A large, simple line-art outline map of the Americas, showing the continents of North and South America. The map is positioned in the background, with the text 'Salud para todos en el año 2000...' overlaid on the right side.

Salud para todos
en el año 2000...



**Organización Panamericana
de la Salud**

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

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.



Se publica también en inglés con el título:
Annual Report of the Director, 1984.
ISBN 92 75 37201 3

ISBN 92 75 17201 2

© Organización Panamericana de la Salud, 1985

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

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

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

Informe Anual del Director 1984



Documento Oficial No. 201
Julio de 1985

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

A los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud

Tengo el honor de someter a su consideración el Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, correspondiente al año 1984. En su preparación se continuaron introduciendo algunas innovaciones tendientes a hacer de este documento un instrumento de trabajo, de análisis y de referencia.

Se ha reiterado ya que el *Informe Anual* del Director es parte indivisible del proceso cíclico de programación conjunta País/OPS. Es este un proceso en el que, a nivel de cada país, se identifican problemas, se definen prioridades, y se programan, ejecutan y evalúan las acciones que los Gobiernos deciden desarrollar con la colaboración de la Organización en el marco de referencia de salud para todos en el año 2000. El análisis a nivel regional de lo ocurrido en este proceso durante el año constituye la esencia del *Informe Anual*. En consecuencia dicho documento debe mostrar el producto de los esfuerzos de cada uno de los Gobiernos y de su actuación colectiva como Organización en la atención de los problemas prioritarios nacionales y en la consecución de las Metas y Objetivos Regionales. Debe evidenciar también el nivel de coherencia de las actividades promovidas y realizadas y la orientación general de éstas, en relación con las Estrategias Regionales y con las políticas definidas por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS. En este contexto el *Informe* se ha estructurado en la siguiente forma:

Parte I. Desde un punto de vista regional, se hace un análisis de conjunto de la situación del sector salud y los problemas más destacados que se le plantean, los enfoques que se aplican para superarlos y las posibles acciones en el futuro cercano.

Parte II. Se analizan en el nivel regional las actividades conjuntas País/OPS en las áreas fundamentales de infraestructura de servicios de salud y del desarrollo de programas de salud, incluidas las áreas programáticas especiales. También se examina la movilización de recursos técnicos y financieros y se resumen los problemas relevantes más comunes.

Parte III. Se examina la labor de los Cuerpos Directivos de la Organización en función de los Objetivos y Metas Regionales. Se relatan asimismo las acciones tomadas por los Gobiernos y por el Secretariado para instrumentar las resoluciones adoptadas por dichos Cuerpos Directivos.

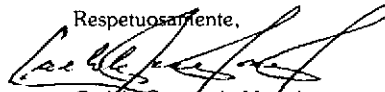
Parte IV. Se resumen las medidas adoptadas por el Secretariado en la instrumentación de la "Estrategia de Gestión" tendiente a apoyar las prioridades nacionales y a poner en práctica las resoluciones de los Cuerpos Directivos.

Parte V. Se registran las actividades que cada Gobierno informa haber realizado con la cooperación de la OPS/OMS en relación con los objetivos nacionales. Se hace un primer intento de mostrar los niveles de salud en cada país y de identificar alguna información sustantiva sobre la movilización de recursos externos.

Este *Informe* debe ser considerado conjuntamente con el *Informe Financiero Parcial del Director correspondiente a 1984*, que también se presenta para ser examinado por el Consejo Directivo. Por lo tanto, se excluye de este documento la información y el análisis de los aspectos financieros.

Por sus propósitos y estructura, este *Informe* es un documento de trabajo de los Cuerpos Directivos de la OPS. En consecuencia, se espera que se examinen y discutan su estructura, contenido y proyecciones, se analicen sus interpretaciones e innovaciones, y se revisen su enfoque general y su utilidad práctica para los Gobiernos, la Organización y el Secretariado.

Respetuosamente,



Cayle Guerra de Macedo
Director

Contenido

Parte I. Apreciación Regional

Análisis de Conjunto y Tendencias	xi
-----------------------------------	----

Parte II. Análisis Regional de las Acciones Conjuntas de los Gobiernos y de la OPS/OMS

Capítulo 1. Desarrollo de la Infraestructura de los Servicios de Salud	1
Desarrollo de los sistemas de servicios de salud	1
Situación y tendencias	1
Planificación y administración	1
Organización y desarrollo de la red de servicios	3
Coordinación intrasectorial	5
Sistemas nacionales de información	6
Formulación y administración de proyectos	7
Investigación sobre servicios de salud	7
Educación para la salud y participación de la comunidad	7
Desarrollo de recursos humanos	8
Gestión del desarrollo de recursos humanos	8
Formación de personal	9
Tecnología educativa y material didáctico	11
Sistemas de información bibliográfica	12
Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP)	12
Administración de becas	13
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción	15
Tecnología de diagnóstico y tratamiento	15
Servicios de laboratorio	15
Salud radiológica	18
Medicamentos esenciales	19
Producción de vacunas y biológicos	21
Capítulo 2. Desarrollo de Programas de Salud	25
Promoción y atención de la salud	25
Alimentación y nutrición	25
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	28
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)	31

Salud maternoinfantil y planificación familiar	34
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)	37
Salud de los trabajadores	39
Salud de los ancianos	40
Salud de los impedidos	40
Salud oral	41
Salud mental	42
Prevencción y control de accidentes	43
Salud ambiental	44
Abastecimiento de agua potable y eliminación de excreta y desechos líquidos	44
Administración de desechos sólidos	46
Asentamientos humanos y vivienda en zonas urbanas y rurales	48
Prevencción y control de la contaminación ambiental	48
Desarrollo de la infraestructura de salud ambiental	48
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	50
Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO)	54
Prevencción y control de enfermedades	56
Epidemiología	56
Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)	57
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	59
Enfermedades diarreicas	64
Control de enfermedades transmitidas por vectores	66
Malaria	66
Erradicación de <i>Aedes aegypti</i>	69
Enfermedad de Chagas	69
Leishmaniasis	70
Esquistosomiasis	70
Oncocercosis	70
Enfermedades parasitarias intestinales	70
Infecciones respiratorias agudas	71
Tuberculosis	71
Lepra	72
Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional	73
Cólera	73
Peste	73
Fiebre amarilla	73
Enfermedades víricas	74
Enfermedades de transmisión sexual	75
Prevencción y control de enfermedades no transmisibles	75
Enfermedades cardiovasculares	76
Cáncer	76
Prevencción de la ceguera	79
Salud pública veterinaria	80
Zoonosis	80
Protección de alimentos	81
Fiebre aftosa	81
Primates no humanos	82

Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO)	83
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)	87
Programas especiales	89
Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá	89
Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre	90
La mujer, la salud y el desarrollo	93
Estadísticas de salud	95
Capítulo 3. Movilización de los Recursos Técnicos y Financieros	97
Generación de conocimiento	97
Investigaciones sobre salud	97
Desarrollo de la tecnología	99
Diseminación de conocimiento	100
Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	100
Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP)	100
Centro de Documentación e Información en Salud	101
Otras redes de información	101
Movilización de la capacidad institucional	101
Redes de centros nacionales	101
Actividades de los Centros Regionales y Subregionales de la OPS/OMS	102
Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD)	103
Movilización de recursos internacionales	104
Movilización de recursos financieros externos	105
Instituciones internacionales de crédito	106
Cooperación financiera bilateral	107
Fundaciones y agencias gubernamentales	107
Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF)	108
Capítulo 4. Problemas Relevantes	109
Crisis económica	109
Capacidad operativa del sector salud	110
Medicamentos esenciales	111
Problemas tecnológicos	111
Parte III. Actividades Relevantes de los Cuerpos Directivos de la OPS	
Capítulo 5. Cuerpos Directivos de la OPS	115
Medidas tomadas en 1984 acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo (1983)	115
Comité Ejecutivo y Consejo Directivo (1984)	119
Anteproyecto de Programa y Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el Bienio 1986-1987	124

Parte IV. Actividades del Secretariado de la OPS

Capítulo 6. Estrategia de Gestión	127
Instrumentación de la Estrategia de Gestión	127
Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES)	128
Capítulo 7. Servicios de Apoyo de la OPS	129
Apoyo técnico	129
Publicaciones	129
Traducciones	131
Sistemas de información de la OPS	132
Información pública	132
Asuntos jurídicos	132
Apoyo administrativo	133
Servicios generales y de conferencias	133
Personal	133
Compras	134

Parte V. Actividades de los Países con la Cooperación de la OPS/OMS

Capítulo 8. Resumen de las Actividades de Cada País con la Cooperación de la OPS/OMS	137
Antigua y Barbuda	139
Antillas y Guayana Francesas	142
Antillas Neerlandesas	143
Argentina	146
Bahamas	150
Barbados	153
Belice	156
Bolivia	160
Brasil	164
Canadá	168
Colombia	171
Costa Rica	176
Cuba	181
Chile	185
Dominica	188
Ecuador	192
El Salvador	196
Estados Unidos de América	200
Grenada	205
Guatemala	208
Guyana	213
Haití	217
Honduras	221
Indias Occidentales Británicas	226

Jamaica	229
México	232
Nicaragua	236
Panamá	239
Paraguay	243
Perú	247
República Dominicana	251
San Cristóbal y Nieves	255
Santa Lucía	258
San Vicente y las Granadinas	261
Suriname	264
Trinidad y Tabago	268
Uruguay	272
Venezuela	275
Indice	279

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000
MARCO DE REFERENCIA
REGION DE LAS AMERICAS^a

I. Características de la Meta SPT/2000

Comprende a toda la población

- | | |
|-----------------------------|---|
| Grupos humanos prioritarios | <ul style="list-style-type: none"> • Población en extrema pobreza en áreas rurales y urbanas • Grupos humanos expuestos a mayor riesgo |
| Niveles de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la esperanza de vida al nacer por medio de: <ul style="list-style-type: none"> — la reducción de la morbilidad prevalente — control de enfermedades transmisibles — abatimiento de la malnutrición — mejoramiento de las condiciones ambientales |
| Niveles de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad de la población a servicios básicos de salud, educación, vivienda y ambiente • Mejoramiento del ingreso familiar y accesibilidad a los alimentos • Estructuras de producción y consumo para satisfacer necesidades básicas |

II. Metas Regionales

- | | |
|--|--|
| Esperanza de vida al nacer | <ul style="list-style-type: none"> • Ningún país tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años |
| Mortalidad infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Ningún país tendrá una mortalidad infantil superior a 30 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos |
| Mortalidad grupo 1-4 años | <ul style="list-style-type: none"> • Ningún país tendrá una mortalidad de 1-4 años superior a 2,4 defunciones por cada 1.000 niños de esta edad |
| Inmunizaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizar al 100% de los menores de 1 año contra difteria, tétanos, tos ferina, sarampión y poliomielitis • Inmunizar contra tétanos al 100% de embarazadas en áreas de tétanos endémico |
| Agua potable y saneamiento básico—metas para 1990 ^b | <ul style="list-style-type: none"> • Agua: <i>zonas urbanas:</i> 87% de la población (269 millones de habitantes)
 <i>zonas rurales:</i> 59% de la población (78 millones de habitantes) • Disposición de excretas: <i>urbana:</i> 71% (219 millones de habitantes)
 <i>rural:</i> 32% (43 millones de habitantes) |
| Cobertura con servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso del 100% de los habitantes al sistema de servicios de salud |

III. Objetivos Regionales

- Reorganización y extensión de los servicios de salud con equidad, eficacia y eficiencia
- Promoción y mejoramiento de la articulación intersectorial
- Promoción de la cooperación intra e interregional

IV. Estrategias Regionales para Alcanzar las Metas y Objetivos

- | | |
|---|---|
| Estrategia de atención primaria y sus componentes | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud • Promoción y atención de la salud • Prevención y control de enfermedades • Salud ambiental |
| Movilización de los recursos técnicos y financieros | <ul style="list-style-type: none"> • Investigación y tecnología • Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) • Cooperación internacional • Recursos financieros |

^aSalud para todos en el año 2000, Estrategias. Documento Oficial de la OPS 173 (1980).

^bDecenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento. Primera Evaluación. OPS/OMS, noviembre de 1984.

Parte I
Apreciación de la Región

Análisis de Conjunto y Tendencias

Los términos de referencia que orientan las iniciativas solidarias de los gobiernos, la Organización y el Secretariado en el proceso de superar los problemas de salud de los países de la Región, están constituidos por tres elementos fundamentales: las características de la meta de salud para todos en el año 2000 que involucra a toda la población, que identifica grupos humanos prioritarios y que define los niveles de salud y bienestar; los objetivos y estrategias regionales definidos en función de la meta de SPT/2000 y que fueron acordados por los Estados Miembros en el Consejo Directivo de la OPS; y las prioridades nacionales de salud que cada gobierno ha adoptado. En este contexto, una visión global de la situación del sector salud en los países de la Región de las Américas, en 1984, permite verificar que los esfuerzos por alcanzar los objetivos nacionales y regionales han tenido que enfrentar obstáculos sustantivos dentro del sector así como otros derivados de problemas externos, cuya complejidad y magnitud han adquirido condiciones de inusitada gravedad.

El marco mayor de estas restricciones está configurado por la crisis que vive el mundo, especialmente el mundo de los países en desarrollo, entre los cuales los de las Américas se encuentran particularmente afectados. Son síntomas relevantes de dicha crisis los desequilibrios de la balanza de pagos y las presiones del endeudamiento externo, así como

los problemas de los desajustes económicos internos; manifestados por los altos índices de inflación, el desempleo, la disminución del ingreso y el empeoramiento de su distribución y los déficit fiscales incontrolados. A ello se agrega la reducción de la disponibilidad de recursos para financiar los programas de los sectores sociales, especialmente las actividades en materia de salud y las dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la población. La insuficiencia de recursos está determinando en muchos casos la imposibilidad de mantener en funcionamiento adecuado los servicios existentes o incrementarlos en función de la demanda de una población en crecimiento continuo. No obstante, es posible visualizar algunos síntomas de recuperación económica en algunos países, lo que aunado a las perspectivas de crecimiento moderado de las economías de los países desarrollados permite esperar tiempos menos difíciles en el futuro próximo. Desde el punto de vista político se han registrado cambios en favor de la normalización institucional en varios países tendientes a establecer formas de gobierno democrático con una mayor participación social, que hacen prever la generación de mecanismos de decisión socialmente más sensibles, con el consecuente incremento de la prioridad para los sectores sociales del desarrollo. Hay, sin embargo, otro tipo de preocupaciones. Entre los conflictos sustantivos, permanece y se ha agravado la crisis especial en el Istmo Cen-

troamericano, agregando dificultades particulares a la solución de los problemas subregionales.

Aun cuando la crisis aminore y se operen reajustes en las estructuras sociales que contribuyan a mejorar los niveles de bienestar de la población, el proceso de recuperación será lento y de larga duración. Por esta razón el imperativo planteado al sector salud de lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia en los servicios continuará manteniendo su validez y trascendencia. Se reafirma así la tesis de que la situación se irá agravando cada vez más si dentro del sector mismo no se suscitan ya transformaciones que permitan encontrar nuevos caminos y procedimientos para alcanzar los objetivos comprometidos. El sector salud por sí solo no puede superar la crisis, pero está en condiciones de atenuar sus repercusiones mediante una mejor racionalización del orden de sus prioridades y el aprovechamiento integral de recursos.

El mayor escollo dentro del sector es casualmente el que se refiere a los problemas de la utilización oportuna y eficaz de sus recursos, lo cual revela en grado sustantivo serias deficiencias en la capacidad operativa de los sistemas de salud. En este sentido, el sector enfrenta enormes desafíos de organización y de operación. La multiplicidad de agencias prestadoras de servicios de salud, la falta de coordinación de éstas y la escasez de personal adiestrado son factores que conducen a duplicaciones y a la falta de coherencia en la atención a las personas en los distintos niveles de complejidad de los servicios. El desperdicio en la utilización de los recursos ya sea por la ociosidad, la prestación de servicios innecesarios, las deficiencias de organización y gerencia o por el uso de tecnologías inadecuadas, constituye otro obstáculo fundamental. También es motivo de seria preocupación el hecho de que las coberturas son aún insuficientes y que segmentos significativos de la población (30% a 40%) no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Para hacer frente a esta situación deberá concederse mayor atención a la adecuación y fortaleci-

miento de los procesos de planificación y administración para ir capacitando al sector en la movilización, organización y utilización de sus propios recursos y en la forma de complementarlos con los de otros sectores del desarrollo. Un reto especial en ese esfuerzo será la adecuación tecnológica y de organización del sistema de servicios a las personas, en todos sus niveles de atención, bajo los principios de una estrategia de atención primaria, adecuada a las diversas condiciones existentes en la Región.

Durante el año 1984, los gobiernos, con la colaboración de la Organización, han llevado a la práctica varias iniciativas con amplias proyecciones futuras. Efectivamente, al examinarse la Región en su conjunto se destacan por lo menos cinco áreas de acción, bien definidas e íntimamente relacionadas entre sí, cuyo propósito intrínseco es lograr un mayor aprovechamiento de los recursos mediante la búsqueda de nuevos procedimientos y soluciones, la articulación de los componentes internos del sector y su coordinación con otros sectores, las acciones conjuntas de grupos de países para combinar y utilizar mejor las capacidades disponibles, la efectiva movilización de recursos nacionales y externos, y la capacitación de la Oficina para actuar efectivamente como instrumento de apoyo a los esfuerzos nacionales.

Nuevos enfoques y desarrollo de tecnología

Varias son las iniciativas que están actualmente en marcha para definir nuevos caminos y soluciones. En este sentido la epidemiología está adquiriendo cada vez mayor relevancia como elemento útil y esencial en la percepción y conocimiento de los factores que influyen en los cambios de los perfiles de salud de las poblaciones, que a su vez tendrán un efecto decisivo particular en la distribución apropiada de los recursos para la salud y en las decisiones referentes a políticas de salud y su instrumentación. Con base en este plantea-

miento se está promoviendo la ampliación y el desarrollo de la práctica epidemiológica en los países para mejorar el conocimiento, evaluación y control de los problemas de salud y el desarrollo de los servicios. Se pretende, concretamente, reforzar la capacidad de generar y usar información para obtener una mejor comprensión de la manifestación, distribución y determinantes de la enfermedad y de la salud, mejorar la capacidad para evaluar el impacto de los servicios en el estado de salud, para integrarlos en el proceso de desarrollo. El fortalecimiento y promoción del enfoque epidemiológico permitirá también conocer con anticipación las necesidades, identificar y calificar las condiciones de riesgo y orientar la definición de prioridades, convirtiendo a la epidemiología en un instrumento de utilidad creciente para la planificación y la conducción técnico-administrativa de los servicios. Se trataría, en otras palabras, de una epidemiología prospectiva que facilite la definición de estrategias y propuestas de soluciones.

En materia de salud materno-infantil la vulnerabilidad derivada de las exigencias de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo, así como de la exposición de madres, niños y familias a los factores emanados de los sistemas biológico, ecológico y económico-social, destaca la importancia de aplicar el enfoque de riesgo tanto para el fomento de la salud y el control de enfermedades como para adecuar los recursos y esfuerzos a las necesidades básicas de salud de este grupo prioritario. Dicho enfoque aplica criterios epidemiológicos en la asignación de los recursos y está permitiendo a los gobiernos formular proyectos que discriminan positivamente en favor de los grupos humanos postergados a fin de canalizar mayor atención a quienes más lo necesitan. A su vez se han identificado intervenciones específicas para la salud del niño, basadas en tecnologías de bajo costo y mayor impacto, cuyo conjunto se englobó en el nombre de supervivencia infantil. La estrategia basada en la aplicación del enfoque de riesgo y la selección racional de

tecnologías apropiadas en la atención materno-infantil constituyen las pautas fundamentales para la formulación y desarrollo de programas que reciben cooperación OPS/OMS en este campo.

La adopción de nuevas orientaciones también se ha hecho urgente en los procesos de planificación y administración a causa de la situación cambiante del fenómeno salud en su conjunto, la demanda creciente de servicios de una población en aumento constante y la disminución real de los recursos del sector. Basándose en la experiencia ganada por los países en esta materia, la OPS/OMS, en empresa conjunta con varias escuelas de salud pública, especialmente la de la Universidad de Antioquia, Colombia, elaboró enfoques estratégicos de planificación y administración de los servicios de salud, que tienen el propósito de contribuir al fortalecimiento de la capacidad operativa de los sistemas. Estos desarrollos conceptuales y metodológicos aspiran a satisfacer los requisitos de la meta de salud para todos y se diseñaron en el contexto de los factores endógenos y exógenos que inciden en la salud de la sociedad y en los sistemas de prestación de servicios. Se caracterizan por su flexibilidad, por ser consubstanciales con la práctica y por reconocer y tratar el conflicto y las conjunturas. Dichas iniciativas incluyen también el desarrollo instrumental de áreas críticas tales como los análisis sectoriales y los de financiamiento. Se han estado aplicando en varios países y se pondrán a disposición de las escuelas de salud pública de América Latina como material de orientación y enseñanza en los cursos de planificación y administración; también se harán llegar a las instituciones que integran el sector salud.

La necesidad de recurrir a soluciones innovadoras a su vez se ha hecho patente en los problemas relacionados con agua y saneamiento. Un análisis de la situación de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento indica que en 1984 la cobertura en zonas urbanas continuó incrementándose, y que en 1990 se alcanzaría la meta del 87% de

servicios a la población. No sucede lo mismo con el abastecimiento de agua a zonas rurales, donde sólo se cubre el 42% de la población, razón por la cual habría que redoblar los esfuerzos para llegar a la meta del 60% en 1990. En similar estado negativo se encuentran los sistemas de alcantarillado urbano y la disposición de excreta en zonas rurales. Para encarar estos problemas, en el marco de referencia del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, se han reorientado las acciones tendientes a consolidar y acelerar la cobertura mediante una efectiva utilización de los limitados recursos financieros, dando preferencia a la población marginada de las grandes ciudades y de las zonas rurales, y contribuyendo así a mejorar los niveles de vida de las comunidades. Esta reorientación enfatiza la articulación de las instituciones de agua y saneamiento con las de otros sectores involucrados en esta tarea; el aprovechamiento de los mecanismos de participación comunitaria existente; la rehabilitación de los servicios, y el fortalecimiento de la operación y mantenimiento de los sistemas. En la instrumentación de esta estrategia sobresalen los esfuerzos de los gobiernos por los análisis sectoriales y la formulación de planes nacionales que, a su vez, han originado proyectos prioritarios, el fortalecimiento de la capacidad gerencial de las instituciones y el desarrollo de tecnologías efectivas y de bajo costo. En este contexto, las medidas que han de tomar los gobiernos y la Organización deberán orientarse a la rehabilitación de los sistemas existentes de agua y alcantarillado, la utilización óptima de los recursos asignados al área y la extensión de la cobertura, dando prioridad a los grupos menos privilegiados.

Existe una tendencia explícita a reorientar la selección de tecnología en salud e incrementar su generación y utilización de acuerdo con las características de los problemas nacionales de salud y los recursos disponibles. No obstante, persiste la preocupación por la forma indiscriminada en que se están incorporando y utilizando las tecnologías, sobre todo en los

casos de transferencia de tecnología de alto costo. Se reconoce que las actuales tendencias del desarrollo tecnológico de las prestaciones de salud y su influencia sobre el gasto en salud, determinan el convencimiento de que en el sector se utilizan tecnologías incompatibles con las aspiraciones y metas que en forma explícita plantean los gobiernos. Dicha incompatibilidad constituye un factor fundamental de desperdicio de recursos que afecta el sistema en su conjunto y repercute negativamente en las formas de atención de la salud, en la actitud del personal y de los beneficiarios, en la estructura y funciones de las instituciones, y lo que es aun más serio, incrementa innecesariamente los costos de operación y desorienta las políticas del sector. En consecuencia, la incorporación de tecnología cara y sin criterios de selección es causa de serios trastornos en la asignación y utilización de los recursos, en la eficiencia y eficacia de los servicios y en la extensión de los mismos a áreas desprotegidas.

Para abordar estos problemas varios gobiernos, con la cooperación de la OPS/OMS, han decidido fortalecer los mecanismos de selección e importación de tecnología, a la vez que incrementar la capacidad interna para su generación y utilización adecuada. Dentro de estas iniciativas se destaca la definición de las bases para los análisis de los procesos de desarrollo de tecnologías que Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay acordaron durante la Reunión Internacional de Desarrollo Tecnológico en Salud, celebrada en Brasil en 1984. Dichos análisis incluyen la selección, costo, asignación, difusión y utilización de tecnología y se pondrán en marcha en 1985. Por otra parte, se han dado los pasos preliminares para organizar una red de información tecnológica.

Además, dentro de los programas de cooperación de la OPS/OMS con los gobiernos se han estado desarrollando nuevos enfoques, entre otros, los sistemas simplificados de diagnóstico con rayos-x, los sistemas de odontología simplificada, las tecnologías

eficaces y de bajo costo en salud ambiental, los instrumentos sencillos para medir el estado nutricional, la tecnología educacional en la formación de recursos humanos y las normas de producción de vacunas. Por su parte, los centros regionales y subregionales de la OPS/OMS han continuado generando y utilizando técnicas y procedimientos en áreas específicas de su responsabilidad. Este campo, esencial para la utilización efectiva de los recursos, demandará para su desarrollo mayores esfuerzos y atención por parte de los gobiernos y de la Organización.

Articulaciones intra e intersectorial

En el proceso de utilizar eficientemente los recursos asignados a la salud, la articulación de los correspondientes a cada componente del sector adquiere particular relevancia. Durante este período, la articulación de los Ministerios de Salud y de las Instituciones de Seguridad Social ha entrado en una etapa que muestra realizaciones concretas y con buenas expectativas de mayor progreso. Dicho proceso ha sido motivo de análisis en el período 1979-1984 en los 16 países donde ambas instituciones comparten responsabilidades en la prestación de servicios de salud. El estudio mostró que, de acuerdo con las características de cada país, la articulación se encuentra en distintos niveles de desarrollo y que existen tendencias a delimitar las áreas de responsabilidad de los componentes del sector; precisar las políticas de financiamiento, incluido el papel del sector privado, y determinar el grado de cobertura real de la prestación de servicios. Los resultados de dicho estudio se examinaron en profundidad en la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS y en la Reunión Conjunta de Ministros de Salud y Directores de Instituciones de Seguridad Social realizada en el mes de julio en Medellín, Colombia. La resolución adoptada por los Ministros de Salud de Centro América y Panamá para incorporar a los directores de

las instituciones de seguridad social y transformar su reunión anual en la Reunión del Sector Salud de Centro América y Panamá, es claro indicador del progreso alcanzado en el proceso de coordinación. También son muestra de avance los convenios de cooperación interinstitucional que se están instrumentando en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá y Perú en las áreas de planificación, organización y mantenimiento de servicios de salud. En estos convenios se siguen enfoques conjuntos de los dos subsistemas para abordar problemas comunes con la cooperación de la OPS/OMS. Este proceso debe conducir paulatinamente a eliminar duplicaciones y lagunas, permitir la extensión de la prestación de servicios a las poblaciones desprotegidas y, en consecuencia, utilizar equitativamente los recursos del sector.

Dentro de las iniciativas tendientes a promover la articulación del sector con otros sectores se destacan las acciones conjuntas de la Organización y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES). Dichas iniciativas tratan de desarrollar bases conceptuales, técnicas y metodológicas para la introducción de la dimensión salud y su articulación intersectorial en los mecanismos de toma de decisiones de la gestión estatal de los países de América Latina y el Caribe. Se espera así definir los criterios que sean de utilidad a los gobiernos para incorporar al sector salud en la planificación global y social en la toma de decisiones y la asignación de recursos. Por otra parte, el área de alimentación y nutrición también ofrece ejemplos en lo referente a instrumentación de políticas de carácter intersectorial. Tal es el caso de Colombia, donde se celebró el Taller Intersectorial de Nutrición y Seguridad Alimentaria para poner en marcha la Política Nacional de Alimentación y Nutrición que incluye la definición de objetivos para el sector agrícola y de elementos para la coordinación intersectorial. Otro exponente está constituido por las iniciativas encaminadas a incrementar la disponibilidad de alimentos en los hogares pobres en Argentina, Bolivia, Nicaragua y Perú.

Finalmente debe mencionarse el problema de la limitada disponibilidad de medicamentos esenciales a toda la población, que varios países tratan de resolver con un enfoque de carácter multisectorial, especialmente en lo referente a la definición y aplicación de políticas de accesibilidad de medicamentos.

Acciones conjuntas de grupos de países

Una de las expresiones de mayor relevancia sobre la combinación de esfuerzos y recursos para abordar en forma solidaria la solución de problemas comunes de salud ha sido el proceso dinámico seguido por los Gobiernos del Istmo Centroamericano en la formulación del Plan para atender las Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Los Ministros de Salud en su Reunión Especial realizada en Costa Rica (marzo de 1984), adoptaron y se comprometieron llevar a la práctica dicho Plan, el cual posteriormente fue considerado favorablemente por los Ministros de Relaciones Exteriores reunidos en Panamá (abril de 1984). Asimismo, los gobiernos integrantes del Grupo Contadora le reiteraron su respaldo. En este proceso cabe destacar tres hechos significativos: la participación activa en grupos multidisciplinarios de más de 200 técnicos nacionales de los ministerios de salud, universidades y de unidades de planificación económica de los países involucrados; la coordinación efectiva de instituciones de cooperación internacional (OPS/OMS, UNICEF, FNUAP, BID y otros organismos); la acción conjunta de los gobiernos, la OPS y el UNICEF para plantear cada propuesta con los recursos financieros requeridos a gobiernos y agencias donantes de las Américas y Europa. El Plan comprende siete áreas prioritarias: el fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud; el desarrollo de recursos humanos; la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos críticos; el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional; el

control de la malaria y otras enfermedades tropicales; la acción inmediata para la supervivencia infantil y el fortalecimiento de los sistemas de agua y saneamiento. Este esquema incluye 40 proyectos subregionales y 267 proyectos nacionales que se espera movilicen recursos nacionales por un monto estimado de EUA\$625 millones y recursos financieros externos por más de EUA\$1.300 millones en un período de 5 años.

En cuanto a su significado y proyecciones, el Plan persigue dos propósitos fundamentales. El primero es la satisfacción de las necesidades básicas de salud, por largo tiempo postergadas o acumuladas en el desarrollo de los procesos históricos de estos países, y que ahora se han agravado por la crisis económica, social y política que afecta en particular a esta subregión. El segundo es utilizar el consenso valorativo de la salud como base para promover el entendimiento y la cooperación entre países, pueblos y gobiernos para el establecimiento de la paz. Las perspectivas de este insólito esfuerzo colectivo muestran que hay posibilidades de estrechar los vínculos entre los países del Istmo Centroamericano, si entre otras iniciativas, la comunidad internacional apoya y fortalece la comprensión política aportando soluciones constructivas para los problemas socioeconómicos de la subregión.

Varios grupos de países han decidido combinar y coordinar sus esfuerzos a fin de encarar el problema de la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales a toda la población. En este contexto, en una reunión de carácter intersectorial organizada por la OPS/OMS y el Gobierno de México, los representantes de Argentina, Brasil, España y México acordaron la formulación y desarrollo de un programa interpaís de producción y comercialización de materias primas y productos terminados a base de la articulación de las facilidades de producción existentes. Se pretende que los países en desarrollo incrementen su autosuficiencia de producción nacional donde ello sea

económico y técnicamente factible, así como la capacidad de negociación en la compra de materia prima y productos terminados. En este último aspecto, la Organización y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) realizaron un estudio para el establecimiento de un fondo rotatorio y un sistema de compras conjuntas para los Gobiernos de Centro América y Panamá. Una iniciativa semejante está promoviéndose y desarrollándose en el Caribe de habla inglesa bajo los auspicios de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Por otra parte, la disponibilidad y accesibilidad de los fármacos constituye una prioridad básica en el Plan para atender las Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Además, los países del Pacto Andino han establecido un sistema de información sobre precios, fuentes de materias primas y de productos terminados que se importan en esos países. Como guía para funcionarios nacionales involucrados en la toma de decisiones en esta materia, la OPS publicó en 1984 un documento sobre *Políticas para la Producción y Comercialización de Medicamentos Esenciales*.

Mobilización de recursos nacionales y financiamiento externo

Debe hacerse énfasis en que no hay solución permanente para los problemas de salud y del desarrollo general si dicha solución no se basa en la capacidad nacional de los países para sustentar y conducir sus propios procesos de desarrollo. Al respecto es conveniente puntualizar algunos hechos fundamentales. La política que ha comenzado a configurarse en este campo por algunos gobiernos con la cooperación de la OPS/OMS tiende a lograr la reorientación del uso de los recursos ya asignados al sector, mediante el incremento de la eficiencia en su aplicación basada en la racionalización de las prioridades, aunado

esto a la identificación simultánea de recursos nacionales que eventualmente pueden encauzarse hacia actividades esenciales en el campo de la salud. En la instrumentación de esta política existen ciertos requisitos cuyo cumplimiento tiende a dar solidez al proceso de asignar prioridades y establecer la consistencia de las propuestas que se requieren para su desarrollo. Dichos requisitos se refieren a la necesidad de definir la viabilidad y la factibilidad de las proposiciones de salud.

Las políticas nacionales de desarrollo y la prioridad otorgada a los sectores sociales, tanto en su articulación con otros sectores como en la asignación de recursos nacionales a la salud, constituyen el término de referencia para la formulación de planes y programas en salud. Como consecuencia, la viabilidad se condiciona en el plano político por el respaldo formal de las autoridades del gobierno y compromiso de agencias, instituciones y grupos que participan en decisiones sobre la sociedad. En el plano institucional la viabilidad la determina el grado de apoyo de todas las instituciones que conforman el sector salud. En otras palabras, la instrumentación de las iniciativas en salud envuelve al gobierno y a la sociedad, y no únicamente a los ministerios de salud.

Por otra parte, la capacidad operativa de las instituciones del sector, para utilizar mejor los recursos disponibles y aprovechar en grado óptimo los recursos adicionales, determina la factibilidad técnico-administrativa. Es así como se trata de evitar la contradictoria situación y los problemas concomitantes, es decir, de movilizar y canalizar recursos adicionales al sector sin una capacidad de absorción y utilización eficiente. En cuanto a la factibilidad financiera, ésta se encuentra condicionada por la política nacional de financiamiento del sector público, específicamente con la prioridad que se asigna al sector salud. A lo anterior se agregan los análisis sobre disponibilidad de recursos de contrapartida y de las posibilidades de financiamiento de los costos recurrentes de operación. Estos mecanis-

mos tienden a racionalizar el proceso de obtener recursos adicionales para el sector.

Un instrumento valioso para la movilización de recursos externos y que adquiere creciente importancia a medida que sistematiza sus acciones es la cooperación técnica entre países en desarrollo y entre éstos y los países desarrollados. Para fortalecer el proceso se ha iniciado un análisis de las áreas prioritarias nacionales, a la vez que de las capacidades potenciales existentes a nivel de los países tanto para recibir como otorgar este tipo de cooperación. En iniciativa conjunta con ILPES se están diseñando mecanismos para financiar proyectos de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD). Hay expresiones concretas de CTPD y Cooperación Económica entre Países en Desarrollo (CEPD) entre ellas, el desarrollo de redes de centros nacionales, la acción conjunta entre países para elaborar el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, la capacitación en medicamentos esenciales en los países Andinos, y los programas de nutrición y los de adiestramiento en la Comunidad del Caribe.

En lo referente a la movilización de recursos financieros externos, la experiencia ha mostrado que deben cumplir con dos requisitos fundamentales: el primero se refiere a su carácter complementario con respecto al esfuerzo nacional. El segundo es su condición coyuntural. En el momento particular de la crisis por la que atraviesan los países, la cooperación financiera internacional puede en casos especiales sustituir temporalmente la capacidad interna de financiamiento. Esto último adquiere particular relevancia cuando se trata de fondos concesionarios y de donaciones. Con este fin y para facilitar la labor de los gobiernos, la OPS/OMS preparó y distribuyó a las autoridades del sector salud el documento *Guías para la movilización de recursos financieros externos* que presenta información relevante sobre fuentes de financiamiento, requisitos y procedimientos, así como estrategias de movilización. En el documento se identifican además numerosas

agencias privadas y fundaciones que pueden hacer donaciones en programas específicos.

En este contexto se ha cooperado con los Estados Miembros en la definición de las necesidades de financiamiento externo de varias iniciativas, dentro de las que se destaca el Plan para la atención de las Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. En esta empresa se espera tener el apoyo de la comunidad internacional, especialmente de la cooperación bilateral, tanto de Norteamérica como de varios gobiernos europeos, que gradualmente está adquiriendo mayor significación. Las agencias internacionales de crédito, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, siguen siendo, no obstante, las fuentes más frecuentes de financiamiento para programas nacionales de agua y saneamiento, servicios de salud y desarrollo de recursos humanos en América Latina y el Caribe.

Capacitación de la Oficina para atender las demandas de estos procesos

Para cumplir con los requerimientos del desarrollo de las iniciativas ya analizadas en este capítulo, así como para lograr la equidad, eficacia, excelencia y suficiencia en el empleo de los recursos para los programas de cooperación técnica, se fortaleció la instrumentación de la "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos OPS/OMS en apoyo directo a los Gobiernos Miembros". En este proceso se destaca el incremento de la capacidad gerencial y operativa de la Oficina Central y de las de Campo. En el nivel central se han consolidado las áreas programáticas, la articulación de sus funciones, así como el desarrollo de enfoques multidisciplinarios, y además se ha readiestrado al personal de distintas categorías. En el campo, las antiguas Oficinas de Área se transformaron en Oficinas de Representación de País. Se puso en marcha el "Plan para el desarrollo administrativo descentrali-

zados" que comprende la revisión y ajuste de los sistemas administrativos, el análisis de la capacidad operativa de las Oficinas de Representación y de los Centros OPS/OMS y el análisis de viabilidad de los rubros de descentralización. Los resultados muestran avances en el diseño y aplicación de módulos de gestión y control de la programación de la cooperación y los subsistemas presupuestario, financiero y contable; en el manejo descentralizado de personal, becas, viajes, seminarios y cursos; y en los sistemas de información para monitoría de programas y presupuesto.

En cuanto a la participación real de los gobiernos en asuntos de la Organización, principio básico de la Estrategia, deben mencionarse las revisiones conjuntas País/OPS/OMS de política y programas de salud, que condujeron a la definición de prioridades nacionales y de necesidades de cooperación de la OPS/OMS y, en muchos casos, de recursos financieros externos.

Se fortalecieron también las relaciones oficiales e informales con organismos internacionales, nacionales y fundaciones, como un aspecto fundamental de la Estrategia para coordinar la cooperación internacional y movilizar los recursos para la salud. Esta ha sido la base de trabajo con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Comisión Económica para América Latina, el PNUD, el UNICEF, el FNUAP, las agencias bilaterales y otras entidades técnicas y financieras de carácter nacional y privado. Estas gestiones dieron origen a acuerdos oficiales sobre la ejecución de actividades conjuntas en determinados países o en programas regionales. Se colaboró también, a nivel nacional, con varios países en el establecimiento de mecanismos eficaces para coordinar la cooperación internacional. Entre estos mecanismos figuran los organismos gubernamentales permanentes y los comités conjuntos País/OPS/OMS que participan en la identificación de los recursos externos necesarios para complementar los de carácter nacional a fin de llevar a cabo los programas nacionales de salud.

Posibles caminos frente al futuro

En síntesis, a pesar de las implicaciones de la crisis económica y social, la Organización y el Secretariado han reiterado sus propósitos de intensificar las acciones hacia el logro de las metas y objetivos regionales. Por su parte los gobiernos, con base en las prioridades nacionales, están canalizando esfuerzos para la solución de problemas predominantes, contribuyendo así al cumplimiento de los propósitos regionales. En este marco se destacan cuatro áreas de acción—evaluación y reorientación del proceso tecnológico, articulación intra e intersectorial, acciones combinadas de grupos de países y la movilización de recursos—que tienden a aprovechar al máximo los recursos, fortalecer la capacidad operativa institucional y del sistema, en apoyo a estas áreas de acción, la actualización y reforzamiento de la estructura y operaciones de la Oficina.

Estas iniciativas se encuentran en las primeras etapas de su desarrollo. En consecuencia, de existir acuerdo en que estos enfoques pueden conducir a soluciones útiles y prácticas, las medidas inmediatas se orientarían hacia la consolidación y fortalecimiento de las iniciativas en marcha, con la flexibilidad necesaria para ajustarlas a los cambios que se operen en el sector y fuera de él, y hacia el aprovechamiento de las coyunturas para vigorizar el proceso.

Las perspectivas sobre la situación económica y social son de profunda incertidumbre. Cualquiera que sea su evolución, el sector salud deberá agudizar su capacidad creativa y su ingenio para incrementar el desarrollo de mecanismos para atender a la población con equidad, eficiencia y eficacia, así como extender los servicios de salud a la población desprotegida de zonas urbanas y rurales. Por lo tanto, además de fortalecer las iniciativas en operación antes citadas, es imperativo continuar la búsqueda de nuevas avenidas y soluciones, a la vez que otorgar alta prioridad a la generación de conocimiento

útil y al desarrollo de tecnologías y de procedimientos que sean socialmente factibles y produzcan mayor impacto. Asimismo, la combinación de recursos y esfuerzos en acción solidaria de grupos de países, debe fomentarse y respaldarse para que actúe como mecanismo, tanto para el tratamiento de problemas comunes a varios países, como para promover el entendimiento y la paz en la Región.

En toda esta proposición existe un condicionante fundamental, a saber, el respaldo político del gobierno. Efectivamente, el convencimiento de que hay formas y medios efectivos para continuar el proceso de mejorar

los niveles de salud y bienestar de la población, que a la vez pueden minimizar las repercusiones funestas de la crisis en el sector, debe expresarse explícitamente a nivel de cada país en directivas y decisiones firmes que involucren al gobierno y a la sociedad en su conjunto. Esta no es una empresa exclusiva del sector salud sino que por el contrario, demanda acciones articuladas e integrales nacionales. La instrumentación de dichas políticas, aunada a las voluntades de los responsables por el proceso, conducirán al óptimo aprovechamiento de los recursos, al fortalecimiento de la capacidad operativa del sector y a la búsqueda de nuevas soluciones.

Parte II
Análisis Regional de las Acciones Conjuntas
de los Gobiernos y de la OPS/OMS

Capítulo 1. Desarrollo de la Infraestructura de los Servicios de Salud

Desarrollo de los sistemas de servicios de salud

Situación y tendencias

1.1 La seria limitación de los recursos asignados al sector salud debido a la crisis económica, sumada a los requerimientos apremiantes de una población en aumento acelerado, han planteado graves problemas en la labor desarrollada por los gobiernos. Pese a esta situación, es posible señalar diversos esfuerzos destinados a: (a) perfeccionar la organización de los sistemas de salud; (b) lograr una mayor cobertura, buscando medios aptos para la extensión de las redes de servicios, y (c) aumentar la capacidad operativa del sistema de servicios de salud, asegurando su articulación con las actividades de otros sectores que repercuten en la situación de salud.

1.2 Cabe destacar en este sentido, que en Costa Rica y Panamá continuaron los esfuerzos de coordinación de los servicios de salud pública con los del seguro social. En varios países se persiguió el mismo objetivo a través de modificaciones de la organización del sector. Tal es el caso de Argentina, donde se es-

tán incorporando los organismos de seguridad social en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social. También en México se amplió la competencia ministerial para perfeccionar la conducción sectorial y, mediante una enmienda constitucional, se crearon núcleos de coordinación y desconcentración-descentralización para lograr la integración de los servicios en niveles subnacionales.

1.3 En otros países de la Región se ha continuado la consolidación de los procesos de extensión de la cobertura mediante la instrumentación de la estrategia de atención primaria, en algunos casos mediante proyectos con cooperación externa (Barbados, Bolivia, Brasil, Cuba, Dominica, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana).

Planificación y administración

1.4 Se han mencionado ya las agudas limitaciones financieras del sector salud y el problema de la creciente demanda de servicios. Dichos factores están obligando a concentrar los esfuerzos nacionales e internacionales para que el sector salud pueda desarrollar la capacidad operativa que le per-

mita alcanzar el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles y potenciales. Esta situación obliga a revisar con urgencia los enfoques y metodologías empleadas tradicionalmente en la administración de los sistemas de salud, sobre todo en lo referente a los procesos de planificación y administración. Las experiencias adquiridas por los países en el área de la planificación y los avances logrados en otros sectores socioeconómicos han constituido elementos básicos en la reorientación del camino que se debe seguir, especialmente en lo que concierne a la capacitación y readiestramiento de los funcionarios nacionales responsables por la conducción de los procesos de acuerdo con la situación imperante. En este contexto se continuaron los esfuerzos en favor del desarrollo conceptual y metodológico de técnicas de planificación más flexibles y convenientes en situaciones coyunturales. Es así como la Escuela de Salud Pública de Medellín, de la Universidad de Antioquia, con la cooperación de la OPS/OMS, continuó desarrollando los enfoques estratégicos de planificación y administración, cuyo contenido se ha estructurado en una publicación técnica que se pondrá a disposición de los gobiernos. En este proceso se identificaron varias áreas críticas de la planificación que requieren desarrollos instrumentales. En una primera etapa se otorgó prioridad al análisis sectorial, a los análisis del financiamiento, y a la formulación de proyectos de inversión como mecanismos para fortalecer áreas específicas de la planificación y administración de los servicios. Cabe mencionar que en Uruguay ya se ha diseñado algún instrumental metodológico para el análisis del financiamiento.

1.5 A fin de consolidar estos esquemas, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social colaboró con la OPS/OMS en el establecimiento de las bases para la acción conjunta que ha de desarrollarse en los cursos de planificación dictados en las escuelas de salud pública y que incluye también el intercambio de experiencias y de docentes. Debe hacerse notar que algunos de los en-

foques estratégicos de la planificación se están utilizando en Honduras, Nicaragua y Panamá.

1.6 Dada la alta prioridad que los países de habla inglesa del Caribe han otorgado al desarrollo de los sistemas de salud, en octubre se realizó en Antigua un taller regional sobre planificación y administración de dichos sistemas al que asistieron 34 participantes de 15 países del área. Este taller, que contó además con la participación técnica y financiera del Secretariado de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y del Commonwealth (Gran Bretaña), tuvo como objetivo evaluar las iniciativas actuales para el desarrollo de sistemas en la región del Caribe; examinar el proceso gerencial para el desarrollo nacional de salud y su relevancia para el Caribe, así como seleccionar áreas prioritarias para fortalecer el proceso de planificación y administración en los 2 años siguientes. En Belice se elaboró el Plan Nacional de Salud; en otros países como: Brasil, Colombia, Jamaica, México, Trinidad y Tabago y Uruguay, se consolidó el diagnóstico de la situación del sector salud, y en Argentina se establecieron las bases para la formulación de un Plan Nacional.

1.7 Para contribuir al fortalecimiento de los procesos de descentralización y administración de los sistemas de salud, se efectuó en México un seminario sobre este tema, con la participación de ocho países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador y México. Los participantes intercambiaron experiencias y analizaron posibles enfoques sobre estos procesos. Con referencia a estas iniciativas y en particular las relativas a la consolidación de las bases jurídicas y legales de los sistemas de servicios de salud, en septiembre se reunió en la Sede de la OPS/OMS un Grupo de Consulta sobre Legislación en Administración Pública y Privada, constituido por funcionarios de siete países: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, México y Uruguay. Se espera obtener, como resultado de esta reunión, una definición de las estrategias y planes nacionales de trabajo en la materia.

1.8 Dentro de las actividades sobresalientes en este campo debe mencionarse también que en Bolivia continuó la readecuación de métodos y procedimientos administrativos necesarios para el desarrollo de las áreas de salud, la programación local y la participación de las comunidades; en Colombia se evaluó el proyecto de desarrollo administrativo, a raíz de lo cual surgieron los lineamientos para fortalecer el desarrollo institucional; en Costa Rica prosiguió la reestructuración sectorial y el Programa de Desarrollo Institucional de la Seguridad Social, lográndose una respuesta gerencial adecuada ante los problemas planteados por la pluralidad institucional del sector; en Dominica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas se fortalecieron los sistemas administrativos sobre medicamentos esenciales por medio de la simplificación de los procesos de adquisición, almacenamiento, distribución y control de inventarios, y en Ecuador y República Dominicana se colaboró en la identificación y análisis de áreas críticas de los actuales sistemas administrativos, obteniéndose un mejor aprovechamiento de los instrumentos técnico-administrativos. En Barbados, Guyana y Suriname se formularon anteproyectos sobre el desarrollo institucional del sector salud en estrecha colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En Guatemala se estudió el ajuste de la estructura administrativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las innovaciones técnicas y administrativas que requieren los servicios de apoyo. De igual manera se efectuó un análisis institucional del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el que se consideró también el mejoramiento del área de suministros.

Organización y desarrollo de la red de servicios

1.9 Continuó dándose prioridad a la extensión y consolidación de la red de servicios de salud. Al respecto, con la cooperación de la OPS/OMS se inició un análisis de las características de organización de los servicios de

salud en la Región en 19 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Dichos análisis permitirán identificar a nivel nacional restricciones y problemas, formular estrategias y definir áreas de cooperación de la OPS/OMS para reorganizar y consolidar los sistemas de servicios. Debe destacarse en este sentido: la implantación de las áreas integradas en Bolivia; en Brasil, el desarrollo de un módulo de programación local y el análisis de la función de los hospitales en la estrategia de la atención primaria; la formulación de un proyecto de apoyo al proceso de consolidación del sistema nacional de salud en Colombia con recursos del Banco Mundial; el desarrollo de la programación de los servicios locales en varias regiones de Honduras, y la formulación de planes estatales descentralizados y de programas locales en México.

1.10 También la Organización colaboró con los Gobiernos del Istmo Centroamericano en la identificación de factores que limitan la extensión de servicios a toda la población y en la formulación de 34 propuestas de proyectos para superar dichas restricciones dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Estas propuestas tienen el propósito de lograr una cobertura universal y asegurar el acceso de toda la población al sistema de servicios. Cuatro de ellas son de carácter subregional y abarcan las áreas de organización y prestación de servicios, formulación y ejecución de proyectos, mantenimiento de instalaciones e insumos críticos. Las 30 restantes corresponden a Costa Rica (4), El Salvador (2), Guatemala (14), Honduras (3), Nicaragua (4) y Panamá (3) y cubren la extensión y consolidación de la infraestructura y el fortalecimiento de los procesos técnicos, administrativos y financieros.

1.11 En la instrumentación de la estrategia de la atención primaria en zonas rurales y urbanas de varios países, incluidos Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua, se está

poniendo de manifiesto una participación gradual del servicio de enfermería en la prestación de servicios a la comunidad y una simplificación de los métodos en los núcleos periféricos. En Brasil se continuó dando prioridad a los servicios del nivel primario del sistema. En este sentido la OPS/OMS colaboró en el fortalecimiento técnico de las secretarías estatales y en el desarrollo de la red de unidades para ampliar la extensión de cobertura de servicios de salud. En Jamaica se realizó una reunión de consulta patrocinada conjuntamente por UNICEF/OMS con la participación de representantes de Birmania, Nicaragua, Papúa Nueva Guinea, Yemen Democrático y de la OPS/OMS y UNICEF. En esta reunión se revisaron el proceso de desarrollo de la atención primaria, sus áreas críticas y sus enseñanzas, y se plantearon las bases para reorientar los procesos y las acciones que emprenderán en el futuro los gobiernos y la OPS/OMS y UNICEF. Además, en varios países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala y Panamá) se han integrado grupos multidisciplinarios con personal de enfermería para prestar atención primaria a la población marginada de zonas urbanas.

1.12 En el campo de la enfermería son dignos de mención los tres talleres subregionales sobre los procesos de cambio y de los requerimientos en enfermería en función de la meta de SPT/2000. Estos talleres se realizaron en Argentina, Brasil y Panamá, con participación de enfermeras de los ministerios de salud, seguridad social, hospitales universitarios y escuelas de enfermería de Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay. En Canadá se realizó un taller sobre la contribución de la enfermería en programas de atención primaria, con la participación de enfermeras de Canadá, Haití, Suriname y de 18 países o territorios de habla inglesa del Caribe. Los estándares de atención de enfermería en hospitales y centros de salud del Caribe, formulados en un taller en 1983, se examinaron en la Reunión de Ministros de

Salud del Caribe en 1984, y posteriormente se distribuyeron entre los países del Caribe para ser utilizados como guía en la determinación de normas de atención de los servicios de enfermería acordes con la realidad nacional. Igualmente, en Argentina, Bolivia, Chile y Perú se realizaron talleres para el diseño de instrumentos de supervisión y evaluación de los servicios de enfermería en comunidades y hospitales. En la República Dominicana se organizó un grupo de trabajo a nivel central para la formulación de normas nacionales de atención de los servicios de enfermería. En El Salvador se dio impulso al desarrollo y mejoramiento de los servicios de enfermería y a la revisión y evaluación de los programas de las escuelas nacionales de este campo.

1.13 En materia de registros médicos, continuó el proceso de reorganización de los departamentos respectivos en cuatro hospitales nacionales de Trinidad y Tabago. En Costa Rica la OPS/OMS colaboró en la implantación de la historia clínica maternoinfantil única y de la historia clínica pediátrica única en centros de salud, clínicas, puestos de salud y hospitales. Por otra parte, Dominica llevó a cabo el plan de reorganización de su servicio de registros médicos según recomendaciones formuladas por la OPS/OMS en 1983. En la República Dominicana la OPS/OMS participó en el diagnóstico de la situación de los registros médicos y en la elaboración de un manual de normas y procedimientos de registros médicos para los hospitales y subcentros del Ministerio de Salud. En Guatemala se colaboró en la determinación de áreas de trabajo en registros médicos del país y para el área de Centro América. Se intensificó la capacitación de personal de nivel técnico en Costa Rica y Venezuela, y de nivel auxiliar en Uruguay. En México continuó el desarrollo de los registros de salud para la atención primaria en zonas rurales y urbanas marginadas. Se colaboró con las autoridades del Ministerio de Salud Pública del Uruguay en la realización de una caracterización de los registros médicos, a fin de analizar su contribución en la evaluación de la calidad de los servicios, las tecnologías

usadas y la continuidad e integridad de la atención de enfermedades crónicas. Finalmente, debe hacerse notar la cooperación prestada a Colombia y Perú para la evaluación y reorganización de los registros médicos de la Seguridad Social.

1.14 En el área de arquitectura y mantenimiento se destaca la reunión celebrada en Lima con representantes de los países del Grupo Andino, la Oficina de Infraestructura Física del Ministerio de Salud de Perú y la OPS/OMS, para examinar aspectos cruciales de la planificación, diseño, equipamiento y mantenimiento de hospitales, y definir pautas de acción. En El Salvador se elaboró la metodología, planes, programas y manuales sobre administración y logística de servicios de mantenimiento. En Honduras se definieron los módulos de equipamiento según los requerimientos de actividades prioritarias de los programas de salud de niveles periféricos, incluida la preparación de un plan de redistribución del equipamiento de los centros de salud. En Nicaragua se inició un inventario nacional del equipo e instalaciones de servicios de salud como base para el ajuste del Programa Nacional de Mantenimiento. Se intensificó la capacitación de personal y se colaboró en la formulación de la estructura orgánica y técnica de la División de Ingeniería y Mantenimiento y en la revisión del programa nacional y regional. En Paraguay se revisó la programación arquitectónica de los distintos establecimientos de salud y se elaboró un diagnóstico de la situación del área de mantenimiento de instalaciones y equipos. En Perú se realizó un taller de equipamiento para el Ministerio de Salud y se prepararon normas nacionales de infraestructura física mediante la definición de la metodología y la elaboración de normas para el primer nivel de atención.

Coordinación intrasectorial

1.15 En la cooperación de la OPS/OMS se han orientado los esfuerzos hacia el fortalecimiento de los procesos de articulación de los

componentes del sector, especialmente la vinculación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social que en los 16 países siguientes comparten responsabilidades en la prestación de servicios de salud: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Al respecto, y para cumplir con la resolución CD28.R34 del XXVIII Consejo Directivo de la OPS/OMS, se analizó el proceso de coordinación en estos 16 países durante el período 1979-1984. El estudio muestra una tendencia progresiva hacia una delimitación más precisa de los componentes del sector e identifica como elementos centrales del proceso las definiciones políticas, el financiamiento de los servicios y los niveles de articulación. El XXX Consejo Directivo consideró dicho estudio en septiembre de 1984, y por medio de la resolución CD30.R15 reiteró a los Estados Miembros que vigoricen la articulación de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social para utilizar efectivamente los recursos técnicos y financieros del sector y extender la atención de salud a los grupos de población marginados. El citado estudio también fue motivo de análisis en la Reunión de Ministros de Salud y Directores de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá.

1.16 Además de estas expresiones regionales y subregionales de política se registran hechos concretos de articulación intrasectorial. En primer término deben mencionarse los convenios de cooperación interinstitucional en desarrollo en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá y Perú, en las áreas de planificación y organización de programas de salud; desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud; análisis administrativo, y desarrollo de recursos humanos.

1.17 En la instrumentación de estos convenios, la estrategia ha consistido en encauzar las acciones de cooperación en áreas donde por mutuo acuerdo las instituciones siguen enfoques conjuntos para la solución de pro-

blemas comunes. Es así como la OPS/OMS prestó asistencia técnica al Instituto Nacional de Servicios Sociales para el Programa de Servicios a Jubilados y Pensionados de Argentina. En Colombia, la OPS/OMS participa actualmente en la elaboración de un modelo de planificación para el Instituto del Seguro Social. En Costa Rica continuó la cooperación sobre organización de la atención médica, administración de los servicios de enfermería, sistema de información y capacitación de personal. En El Salvador, la Organización colaboró con el Instituto de Seguridad Social para identificar las necesidades de mantenimiento de las instalaciones de salud y las posibles áreas de coordinación interinstitucional. En Panamá continuó colaborando con el desarrollo de la Red de Servicios de Salud, habiéndose formulado proposiciones de largo plazo sobre necesidades de infraestructura y readecuación de hospitales claves y para la unificación de los sistemas administrativos. En Guatemala, la cooperación se centró en los servicios de mantenimiento, específicamente el diseño y aplicación de normas y manuales, y la capacitación de personal en el nivel operativo. Con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (España) se suscribió un convenio de cooperación técnica para el desarrollo y promoción de la capacitación técnica y administrativa de las entidades de seguridad social con el fin de mejorar el funcionamiento de los programas de atención de salud y estimular la coordinación con los ministerios de salud.

Sistemas nacionales de información

1.18 Continuó el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información en salud en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay. En estos países se acentuaron los esfuerzos de coordinación interdisciplinaria de la planificación, la administración y los sistemas nacionales de información; se formularon estrategias de cambio, y se intensificó la cooperación entre países con el pro-

pósito de mejorar la articulación de dichos servicios.

1.19 Se identificaron además áreas específicas para el desarrollo de cuatro subsistemas de información. El primero corresponde a suministros de medicamentos, destacándose el establecimiento de núcleos de cooperación técnica interpaís en el área andina (Convenio Hipólito Unanue). El segundo se refiere a programas de extensión de la cobertura de servicios, incluidos los programas de acción inmediata para supervivencia infantil, cuyos subsistemas de información están en desarrollo en los países de Centroamérica y en Panamá. El tercero abarca los subsistemas de control presupuestario cuya operación se está iniciando en Guatemala. Finalmente, el cuarto grupo corresponde a los subsistemas de información sobre planificación y programación actualmente en desarrollo en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, basados en el intercambio de experiencias, y utilizando procesamiento electrónico de los datos.

1.20 Continuó aplicándose la estrategia de capacitar al personal nacional integrando los temas de planificación, administración e información. Al efecto se realizaron dos talleres. En el destinado a los países de habla inglesa del Caribe, se incorporó también el programa de saneamiento. En el segundo taller participaron los países del Pacto Andino: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. El propósito primordial de ambos talleres fue propiciar la coordinación de las áreas interesadas y sentar las bases para el desarrollo de sistemas y subsistemas de información en una etapa siguiente.

1.21 La Organización ha intensificado sus esfuerzos en el desarrollo tecnológico de sistemas de información. Cabe destacarse en este sentido la incorporación de técnicas de evaluación cualitativa para su empleo en los servicios de salud, la utilización de técnicas modernas de computación en diferentes niveles de los sistemas y la revisión y adaptación de algunas secciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

1.22 Prosiguieron en 1984 las actividades referentes a la Clasificación Internacional de Enfermedades, especialmente las tendientes a la creación de una red de centros nacionales. Además de los centros de São Paulo (Brasil) y Venezuela, se estableció uno en Perú y están en formación los de Argentina y México. Los centros definieron una estrategia de trabajo coordinado en el marco de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD). Dentro de este esquema se diseñó un estudio cooperativo de distintos métodos de codificación entre el Centro de São Paulo, el Gobierno de México y la OPS/OMS. Los gobiernos continuaron participando activamente en la preparación de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, a fin de adecuarla para la monitoría y evaluación de los sistemas de salud.

Formulación y administración de proyectos

1.23 Dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, en una acción conjunta de los gobiernos y con la colaboración de la OPS/OMS, se identificaron prioridades y se formularon 29 anteproyectos para el desarrollo de los servicios de salud. Cuatro de ellos son de carácter subregional y 25 corresponden a Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Dichos anteproyectos están bajo la consideración de las agencias de financiamiento. Las propuestas para obtención de recursos externos suman EUA\$332 millones.

1.24 Asimismo se ha cooperado con Barbados, Guyana, Haití, México, Suriname y Venezuela en la elaboración de anteproyectos de infraestructura de servicios con financiamiento externo. La OPS/OMS continúa como agencia ejecutora de la cooperación técnica del BID en proyectos en operación en Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay para el desarrollo de servicios de salud.

Investigación sobre servicios de salud

1.25 Se realizó un estudio de las tendencias de la investigación sobre servicios de salud en 15 países de América Latina y el Caribe, consistente en una revisión de las políticas nacionales e institucionales sobre investigación de los servicios de salud y un censo de los estudios realizados en esos países durante el período 1974-1983. Con base en el análisis de esas tendencias se formularon propuestas al Comité Asesor sobre Investigaciones en Salud de la OPS/OMS acerca de posibles áreas de cooperación. En el Caribe, específicamente en Antigua y Barbuda, Dominica, San Cristóbal y Nieves y Santa Lucía, se realizó una investigación para obtener información cualitativa y cuantitativa para planificación de servicios, financiamiento y determinación de condiciones de salud.

Educación para la salud y participación de la comunidad

1.26 Continuando el análisis realizado en 1983 para definir el alcance y la efectividad de las actividades de educación para la salud y participación comunitaria en proyectos de salud materno-infantil y planificación familiar de 10 países (Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay y Perú), a comienzos de 1984 se distribuyó el informe final a los citados gobiernos y a los organismos financieros relacionados. Se publicó un análisis de estudios de casos sobre participación comunitaria en zonas urbanas y rurales de ocho países de la Región (Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica y México) y se editó la primera publicación de una nueva serie de documentos para trabajadores a nivel comunitario titulada *El Desarrollo y Uso de Materiales Educativos en Salud*. Se probó en el terreno una guía sobre la identificación e incorporación en actividades de salud de métodos y técnicas educativas existentes en la comunidad, y en 1985 se preparará una guía sobre métodos

sencillos para evaluar los efectos que surten las actividades en materia de educación y comunicación en salud. Se colaboró con Colombia, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Uruguay en el proceso de reorganización de los departamentos de educación para la salud de los ministerios de salud; la capacitación de personal de educación para la salud en técnicas de diagnóstico comunitario, y en la planificación y evaluación de programas de educación para la salud. El componente de educación para la salud y participación comunitaria se está incorporando gradualmente en los programas de capacitación en perinatología. Tal tendencia se observó en el taller del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) sobre normas nacionales en perinatología, así como en el curso del CLAP sobre salud pública para el área perinatal y en la Conferencia Interregional (OPS/OMS y EURO) sobre Tecnología Apropriada en Atención Prenatal. Mayor información de esos cursos aparece en el capítulo 2 de este Informe, bajo el CLAP. Debe mencionarse también el curso realizado en México sobre la evaluación del impacto de la educación para la salud y de la comunicación masiva en la utilización de servicios de salud en el cual participaron 80 funcionarios de la mayoría de los países de América Latina.

Desarrollo de recursos humanos

1.27 En el contexto de las Estrategias Regionales de salud para todos en el año 2000 y de la programación regional a mediano plazo, el desarrollo de los recursos humanos en este período se ha encauzado en dos áreas íntimamente vinculadas, en función de los requerimientos de los planes y programas nacionales de servicios de salud. Dichas áreas son la gestión del desarrollo de recursos humanos y la formación de personal.

Gestión del desarrollo de recursos humanos

1.28 **Promoción de políticas y planes.** En este campo se dieron los pasos preparatorios para un análisis conjunto de las políticas en los países de Centroamérica y Panamá, a la vez que se prepararon cinco propuestas de programas de recursos humanos para la subregión y 26 de carácter nacional, las cuales se incorporaron al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. En los países de habla inglesa del Caribe se analizaron, en varios talleres subregionales, los mecanismos para fortalecer los sistemas de administración de personal de salud y para promover la integración de los recursos humanos en los procesos de planificación general. También en el Caribe, y en cooperación con CARICOM, se realizó una encuesta sobre la disponibilidad de recursos humanos con fines de programación ulterior.

1.29 Para revisar la programación regional a mediano plazo y armonizarla con las necesidades y esfuerzos de los gobiernos, se llevó a cabo la Reunión Interregional de Coordinación de Programas de Personal de Salud. En dicha reunión también se examinaron las posibles maneras de abordar los problemas que plantean la integración docente-asistencial, la utilización de personal, la investigación y los requerimientos de personal para atención primaria. Finalmente, en Colombia y República Dominicana se realizaron cursos de planificación de recursos humanos.

1.30 En el fortalecimiento de la capacidad nacional para investigación en recursos humanos, cabe destacar la identificación, por parte del Comité Asesor Regional de Investigaciones en Salud, de las siguientes áreas de estudio: análisis del mercado de trabajo; funciones de la producción (recursos humanos en función de tecnología), y la sociología de las profesiones y el desarrollo educacional. Se consideraron prioritarias en el programa de subsidios de la OPS/OMS las áreas dentro del marco del denominado mercado, ya que con-

tribuirá a una mejor definición de conocimiento de los perfiles nacionales. Debe mencionarse en este sentido que en el curso de 1984 se completó el estudio sobre el mercado de trabajo en enfermería en Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México y Perú, programándose además su análisis comparativo para reprogramación. Asimismo se dio especial importancia a la capacitación en investigación, contribuyendo en esta área con el diseño de varios módulos de autoinstrucción en investigación la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle de Cali, Colombia, y el grupo asesor de investigación del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP). A través de PASCCAP se impartieron cursos sobre metodología de la investigación en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

1.31 En el desarrollo de subsistemas de información se detectaron y luego se incorporaron tres áreas al sistema: recursos humanos disponibles y su utilización en los servicios; instituciones y programas de formación con sus respectivas características, capacidad docente y recursos, y nivel técnico-científico de las profesiones del sector. Con estos elementos se diseñó el subsistema que se implantará en los países en 1985. También en 1984 la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil, basándose en la información del último censo, seleccionó y analizó los datos sobre las categorías del personal, empleo, salarios y funciones.

1.32 **Reorientación de las políticas de utilización de personal.** Constituye un área prioritaria en la mayoría de los países dada la gravedad de los problemas que les plantean a los gobiernos la absorción de determinadas categorías de personal y la deficiente distribución de otras. A nivel regional se preparó una metodología para la definición de perfiles educacionales y ocupacionales, así como una metodología de evaluación basada en los requerimientos del trabajo que sirve para sustentar la supervisión y la educación per-

manente. En el nivel nacional PASCCAP ha organizado talleres destinados, como el de Panamá, a revisar los perfiles ocupacionales de todas las profesiones, y como el realizado en El Salvador con el objeto de elaborar el perfil ocupacional y educacional del médico. En Perú se definió el perfil del personal de enfermería y se estableció el escalafón para personal técnico medio y auxiliar del Ministerio de Salud. Finalmente, en Cuba se completó la investigación sobre evaluación del desempeño del personal de enfermería.

1.33 **Educación continua y supervisión.** Estos dos programas se han integrado dentro de una sola unidad operativa, de acuerdo con las recomendaciones de la reunión regional celebrada a fines de 1983. Para instrumentar este programa conjunto se realizaron talleres en El Salvador, Guatemala, Honduras, y Panamá, diseñándose programas para siete países más. En Cuba se dio apoyo al programa de educación continua mediante la metodología de educación a distancia.

Formación de personal

1.34 El proceso se ha venido desarrollando en el contexto de una amplia integración docente-asistencial y comprende los programas de formación de médicos, enfermeras, odontólogos, y personal de salud pública veterinaria y salud pública y administración en salud.

1.35 **Educación médica.** Se destaca la creación de la Escuela de Medicina de Guyana, la evaluación de la Facultad de Medicina de Guatemala y el desarrollo del programa de integración docente-asistencial de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, así como el estudio de las unidades integradas de la Facultad de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia de Perú. Además se evaluó el programa de residencias médicas en Honduras y se consolidó la nueva Facultad de Medicina de Managua, Nicaragua. También merece

destacarse en este campo el estudio en curso sobre programación y estructuración de las facultades de medicina de Brasil, con fines de reorganización.

1.36 PASCCAP participó en el desarrollo del currículo médico en Honduras. Asimismo se formuló un plan de trabajo para el fortalecimiento académico de las facultades de la Universidad de El Salvador relacionadas con la salud.

1.37 **Educación en enfermería.** De acuerdo a las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS y las recomendaciones del Grupo Consultor en Enfermería (1981), continuaron fomentándose actividades encaminadas a establecer redes de intercambio de experiencias en el desarrollo de la educación en enfermería en América Latina. Al efecto se elaboró un proyecto de subsistema de información científica y tecnológica en enfermería como parte del sistema de información regional, con el fin de apoyar y facilitar la producción, circulación, intercambio y utilización de conocimientos y tecnologías en el campo de la enfermería. Además se inició un análisis de los centros de documentación y bibliotecas en este campo en varios países de América Latina. Con el propósito de examinar el aporte de la enfermería en el sistema de prestación de servicios de salud y de ajustar los programas de formación a las realidades nacionales, se llevaron a cabo dos estudios. Uno de ellos versó sobre la formación de enfermeras profesionales y reveló el alto grado de heterogeneidad de este grupo profesional, a raíz de lo cual se hallan en revisión en varios países los planes de estudio y la práctica profesional de la enfermería. El segundo estudio, con las mismas características, se refiere a la formación de auxiliares de enfermería.

1.38 Además se promovió la reorientación de los currículos de enfermería dentro de un marco de integración docente-asistencial, en Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay, y con el apoyo del PASCCAP se ha venido reformulando la educación en enfermería en El Salvador y en Panamá. En el campo del per-

sonal técnico intermedio merece destacarse el segundo período del convenio de cooperación técnica entre Cuba, Nicaragua y la OPS/OMS encaminado a intensificar la formación de este tipo de personal en dichos países.

1.39 **Educación en odontología.** Continuaron los esfuerzos tendientes a la integración de los programas de enseñanza con la prestación de servicios especialmente en Centro América y Panamá. Durante la Reunión de Asociaciones Dentales del Istmo (FOCAP) se analizó este tema con la participación de funcionarios de las asociaciones, ministerios de salud y universidades, lo cual facilitará una acción coordinada y una mejor utilización de recursos de las entidades participantes. En esta área la OPS/OMS cooperó con Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. La construcción del edificio para la Escuela de Odontología de Trinidad y Tabago progresó en el año, esperándose que dicha escuela comience a prestar servicios en los países de habla inglesa del Caribe en 1985.

1.40 En el área de la investigación se inició una evaluación del efecto de la fluoruración de la sal en la incidencia de las caries dental en los niños de una de las comunidades de Antioquia, Colombia, que recurrió tiempo atrás a la fluoruración. Asistieron al curso sobre pedodoncia y periodoncia social dictado conjuntamente por la Universidad de Panamá y la Universidad de Illinois (EUA) 30 participantes provenientes de ocho países. Una vez más se examinaron los problemas relacionados con la provisión de atención dental a los niños de los Países Miembros y las tecnologías actuales existentes en los Estados Unidos de América y otros países de la Región para la prestación de servicios preventivos y terapéuticos.

1.41 **Salud pública veterinaria.** Continuaron las actividades del Programa Regional de Adiestramiento en Salud Animal financiado por el BID para 1982-1986 por la suma de EUA\$2,2 millones. En 1984 se dictaron

siete cursos sobre vigilancia epidemiológica, administración de programas de salud animal y comunicación social, así como un seminario regional sobre vacuna antiaftosa. Participaron 208 profesionales en los cursos de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Perú, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Hasta el momento se han capacitado 592 técnicos nacionales, en su mayoría empleados en los servicios de salud pública veterinaria. Este personal constituirá la base para institucionalizar la capacitación en los países.

1.42 Con la graduación en 1984 de su octava promoción, el Programa Regional de Capacitación de Asistentes de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria (REPAHA) ha adiestrado en total 239 asistentes de 17 países y territorios de habla inglesa del Caribe. Más de 82% de los graduados de REPAHA están actualmente trabajando en los respectivos países de origen en campos relacionados con su capacitación. Durante 1984 se evaluó la repercusión de este proyecto, destacándose el avance experimentado por las actividades de educación continua y las vinculaciones entre REPAHA y la futura Escuela de Medicina Veterinaria en Trinidad y Tabago. Como el financiamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) terminó en 1984, y para velar por la continuidad del programa, los Países Miembros establecieron un fondo financiado por ellos mismos, constituyéndose REPAHA en una institución dentro de CARICOM.

1.43 **Salud pública y administración en salud.** Dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, los Gobiernos del Istmo elaboraron una propuesta para un plan de educación en salud pública que considera el adiestramiento de 600 profesionales y de 2.000 funcionarios de nivel medio y auxiliar. Se fomentó el intercambio de experiencias y de personal y material educativo entre las escuelas de salud pública de la Región. En este contexto se eva-

luó la Escuela de Salud Pública de Perú y se identificaron las actividades prioritarias para el próximo año de la Escuela de Salud Pública de México.

1.44 En el área de la educación en administración de salud, además del apoyo prestado a los programas específicos de los países, se definió con PASCAP el perfil del personal técnico-administrativo de nivel medio a fin de desarrollar un programa de formación de este grupo con la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de Costa Rica. En lo referente a la administración de servicios de salud se colaboró con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) en la preparación de un proyecto intersectorial que se realizará conjuntamente con la OPS/OMS. En el proyecto se analizaría fundamentalmente la repercusión de la crisis actual en los sectores económicos y sociales de los países de América Latina y el Caribe, y su relación con la formación de personal. Para promover el desarrollo de la enseñanza y la práctica de nuevos enfoques en el campo de la epidemiología, se organizó un grupo de trabajo y se realizaron actividades en Argentina, Brasil, Colombia, Nicaragua, y especialmente en Cuba.

Tecnología educativa y material didáctico

1.45 Se impulsó la producción y distribución de material educativo en campos prioritarios de formación y capacitación. Al efecto se continuó el apoyo prestado a los centros nacionales de tecnología educacional en Brasil, Cuba, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú. Se otorgó especial atención al Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud (NUTES) de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, que actúa como núcleo de apoyo y coordinación de centros en otros países. En este sentido NUTES inició el desarrollo de la evaluación formativa mediante computadoras en Cuba. En Perú se aprobó el reglamento del CENTES

(Centro de Tecnología Educativa en Salud), proyecto conjunto entre el Ministerio de Salud de Perú, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la OPS/OMS. Como parte del proceso de estructuración de la red de centros de tecnología educativa, se hizo un análisis de los centros existentes en Centroamérica y Panamá. Asimismo se apoyó el desarrollo del CENTES en Nicaragua, tratándose de lograr un convenio interinstitucional semejante al CENTES de Perú. En Haití se desarrollaron dos cursos, uno sobre evaluación integrada del proceso de formación y de servicios para los funcionarios del Servicio Nacional de Malaria, y otro de tecnología educativa.

1.46 Se efectuó un análisis y planteamiento de reestructuración del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la OPS/OMS, iniciándose su evaluación mediante encuestas a estudiantes e instituciones educativas. En este campo se evaluó el programa descentralizado de Brasil y los programas de libros de medicina, veterinaria y odontología de Argentina, Colombia, Chile, México, Uruguay y Venezuela.

Sistemas de información bibliográfica

1.47 A través del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) se aunaron los esfuerzos tendientes a consolidar la Red Latinoamericana de Información en Salud. El resumen de las actividades de BIREME aparece en el capítulo 3 de este Informe.

Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP)

1.48 El PASCCAP continuó fomentando la formulación de políticas nacionales en ma-

teria de recursos humanos con la participación de los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social y las universidades de Centro América y Panamá. Al efecto se definió un esquema de planificación de recursos humanos según los requerimientos de la estrategia de atención primaria y las políticas de salud de cada uno de los gobiernos. Dentro de ese esquema, se inició la ejecución de estudios nacionales sobre recursos humanos en Guatemala y Honduras, y se colaboró en el diseño de un subsistema de información en El Salvador y en Guatemala.

1.49 **Investigaciones.** El PASCCAP continuó cooperando con grupos nacionales encargados de las investigaciones sobre el personal de salud. Se han preparado proyectos de investigación sobre el desempeño de los agentes comunitarios de salud en Guatemala, Honduras y Panamá. En Guatemala también se formularon proyectos para analizar y fortalecer el sistema de educación permanente en los campos de metodología educativa, identificación de necesidades y desarrollo de material educativo, así como para seleccionar mecanismos que permitan articular la supervisión con la educación continua. Se desarrollaron ocho talleres de capacitación en metodología de la investigación aplicada al desarrollo de personal en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, con participación de 564 funcionarios. Se publicó un Manual de Metodología de la Investigación preparado por la Universidad de Honduras.

1.50 **Desarrollo de tecnología.** Se apoyó la creación de unidades de tecnología educativa en las Universidades de Costa Rica y de Honduras; igualmente, se diseñaron modelos de capacitación pedagógica para El Salvador, Guatemala y Honduras. Se impartió adiestramiento en metodologías educativas a 324 docentes de los ministerios de salud y de las universidades y se inició la formulación de un modelo de educación a distancia. También se completó un modelo de desarrollo de perfiles ocupacionales y educa-

cionales del personal comunitario y de enfermería, que se aplica ya en todos los países del Istmo Centroamericano. En esta materia debe hacerse notar que con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Honduras se desarrollaron perfiles educacionales y ocupacionales que permitirán reformular el currículo de esa institución.

1.51 Diseminación de información. Se dio amplia difusión a material técnico educativo, especialmente manuales de radiodiagnóstico, de metodología de investigación y de formulación de políticas de recursos humanos. Se publicó trimestralmente el *Boletín PASCAP* destinado al personal que labora en centros y puestos de salud de zonas rurales. Se distribuyó material educativo para los cursos de Salud Pública del Centro de Investigación y Educación en Salud (CIES) en Nicaragua, y para distintos cursos de la Sección de Tecnologías Médicas de la Universidad de Costa Rica.

1.52 Capacitación de personal. En Costa Rica, Guatemala y Honduras se han apoyado los programas de educación continua del personal de salud, tratando de articularlos con la supervisión y la investigación, y de convertirlos en un proceso permanente que cubra a todo el personal. En este campo se diseñó en Guatemala un plan operativo con grupos de tres regiones sanitarias. En Costa Rica se participó en un módulo educativo dentro del programa de educación continua del Ministerio de Salud, habiéndose capacitado 423 funcionarios de esa institución y de la Caja del Seguro Social.

1.53 Dentro de los lineamientos tendientes a incorporar la labor de las universidades en el esfuerzo de los países para alcanzar la meta de SPT/2000, PASCAP inició este año un programa de colaboración con distintas universidades del Istmo Centroamericano, a saber: a) con la Universidad de Costa Rica en la producción de materiales educativos y para apoyar al núcleo de investigación y educación en salud; b) con la Universidad de El Salvador en el inicio de un proceso

tendiente a reformular el currículo de las distintas carreras del área de la salud, y c) con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, Guatemala, en el diseño de un programa educativo de integración docente-asistencial, investigación y capacitación docente en el Hospital General San Juan de Dios.

1.54 Cooperación técnica. Dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, PASCAP colaboró en la formulación de 64 proyectos en recursos humanos. Asimismo coordinó la preparación de cinco proyectos interpaíses para recursos humanos en las áreas de salud pública, capacitación de técnicos de nivel medio, investigación sobre personal de salud, desarrollo educacional y educación permanente, e inició la Red Centroamericana de Centros de Documentación e Información. Se espera principiar en 1985 la ejecución de tres de estos proyectos.

Administración de becas

1.55 En 1984 la OPS/OMS concedió, en las Américas, 1.441 becas, 990 de las cuales, o sea el 69% se adjudicaron a nivel de país. Conforme a la administración descentralizada, se otorgaron 113 becas a la subregión del Caribe y 877 a países de América Latina para estudios dentro de las respectivas subregiones socioeconómicas. La adjudicación de becas a individuos de países de idioma, cultura y condiciones de salud similares fomenta la cooperación técnica entre los países en desarrollo, facilita el aprendizaje y aumenta las probabilidades de adquirir tecnologías apropiadas (cuadro 1).

1.56 La proporción de becas colectivas continuó el aumento iniciado en 1983—del 31% del total se elevó al 32%. Las becas a largo plazo no variaron y las de corto plazo o de viajes disminuyeron ligeramente (cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. Becas concedidas en las Américas, por país de origen y clase de adiestramiento, 1984

País de origen del becario	Clase de adiestramiento			Total
	Cursos en grupo organizados por la OPS/OMS o con su colaboración	Becas a largo plazo	Becas a corto plazo	
Antigua y Barbuda	2	2	3	7
Argentina	23	—	13	36
Bahamas	1	1	3	5
Barbados	4	12	13	29
Belice	1	8	2	11
Bolivia	18	5	3	26
Brasil	25	2	100	127
Canadá	—	2	8	10
Colombia	18	6	25	49
Costa Rica	5	19	22	46
Cuba	43	4	80	127
Chile	20	2	25	47
Dominica	1	4	7	12
Ecuador	19	2	19	40
El Salvador	20	7	22	49
Estados Unidos de América	—	—	17	17
Grenada	1	5	1	7
Guatemala	14	19	33	66
Guyana	1	1	22	24
Haití	8	12	24	44
Honduras	10	5	16	31
Jamaica	4	9	29	42
México	31	4	45	80
Nicaragua	17	9	67	93
Panamá	18	15	9	42
Paraguay	25	2	23	50
Perú	57	4	37	98
República Dominicana	34	2	27	63
San Cristóbal y Nieves	2	1	1	4
Santa Lucía	1	6	6	13
San Vicente y las Granadinas	—	3	7	10
Suriname	2	2	8	12
Trinidad y Tabago	1	7	15	23
Uruguay	14	—	15	29
Venezuela	25	1	24	50
Antillas francesas, Guayana Territorios británicos	—	—	2	2
	2	7	11	20
Total	467	190	784	1.441

— Ninguna.

1.57 De las 1.441 becas concedidas en 1984, 368 (26%) correspondieron a la salud pública y otros campos de la administración, lo que representa una disminución con respecto al 31% registrado en 1983 y una inversión de la tendencia prevalente. Aumentó el porcentaje de becas para salud ambiental del 9% al 12% de todas las adjudicadas; las destinadas a enfermería continuaron

disminuyendo, del 5% al 4%; las de salud maternoinfantil se elevaron del 5% al 7%, mientras que las correspondientes a otros servicios de salud descendieron del 17% al 15%. Continuando con la tendencia reciente, la proporción de estudios sobre enfermedades ascendió del 20% al 23%; los de educación médica y ciencias afines aumentaron del 9% al 10%, y los de medicina clínica del 2% al

3%. Los aumentos observados en el campo de la salud maternoinfantil y en el control de enfermedades transmisibles reflejan las prioridades que están recibiendo en los países de la Región las actividades en dichas áreas (cuadro 2).

1.58 La adjudicación de 1.441 becas y 83 prórrogas representaron 4.004 meses y EUA\$4.837.805, o sea un costo medio mensual de EUA\$1.208, casi 2% menos con respecto al año anterior. Esta disminución se observó en todas las categorías, salvo las becas de cursos colectivos en América Latina y el Caribe. Varios factores contribuyeron a este descenso desacostumbrado del costo total de las becas correspondientes a 1984. Continuaron satisfactoriamente en los Estados Unidos de América y Canadá los esfuerzos encaminados a identificar y utilizar instituciones que ofrecen enseñanza y capacitación de igual calidad a un costo más bajo. En América Latina y el Caribe, los estipendios—establecidos y abonados en moneda local—al igual que los demás gastos locales, no han aumentado en la misma medida que la reevaluación del dólar de los Estados Unidos de América. Además, muchas de las becas concedidas con arreglo a la descentralización fueron para cursar estudios en países vecinos, lo que representó un gasto menor en concepto de viajes y matrículas.

1.59 Por último, en 1984 se adjudicaron 653 becas a mujeres, lo que representa el 45% del total. Esta cifra es superior al porcentaje anterior más elevado (43%), alcanzado en 1981. Los esfuerzos encaminados a mejorar la concesión de becas a la mujer como elemento esencial en la estrategia de salud para todos aparentemente tienen cierto éxito.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción

1.60 Pese al bajo poder de compra de los estudiantes causado por la crisis económica que continúa afectando a América Latina, la cantidad de material vendido a través del pro-

grama durante 1984 fue esencialmente igual a la del año anterior. Se calcula que en el momento de preparar este *Informe* el monto de las ventas en 1984 ascendía a EUA\$115.000.

1.61 La OPS/OMS sigue estudiando las diversas maneras en que el Programa pueda atender mejor las necesidades de los Países Miembros, sin excluir el financiamiento de la producción de textos innovadores y otro material didáctico a cargo de autores y grupos de trabajo latinoamericanos. En 1984 se registró considerable progreso en la publicación y distribución de manuales de atención primaria de salud de dos series básicas. Se publicaron, como parte de la "Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares", siete manuales y juegos de módulos destinados al personal técnico y auxiliar empleado en las áreas de salud mental, técnicas de laboratorio, salud maternoinfantil, asistencia oftalmológica básica, preparación de material didáctico para la comunidad, preparación básica para el Programa Ampliado de Inmunización y principios de epidemiología. A la segunda serie titulada "Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud", pertenecen los manuales referentes a la administración de suministros farmacéuticos y control de la hipertensión distribuidos entre los encargados de la planificación y ejecución de programas de atención primaria de salud en América Latina.

Tecnología de diagnóstico y tratamiento

Servicios de laboratorio

1.62 En 1984 comenzaron a aplicarse en los países las recomendaciones del Seminario Regional de Programas de Laboratorio celebrado en Chile, en octubre de 1983. Se destaca, en primer término, la ampliación de los servicios de control de la calidad en las redes nacionales, la creación de programas de bioseguridad y la producción y distribución de reactivos. Al efecto, el Instituto de Salud

Cuadro 2. Becas concedidas en las Américas, por materia de estudio y país de origen, 1984

Materia de estudio	Lugar de origen del becario																		
	Antigua y Barbuda	Argentina	Bahamas	Barbados	Belize	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Dominica	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América	Grenada	Guatemala	Guyana
Organización de salud pública																			
Administración de salud pública	—	—	1	3	—	2	1	1	4	8	1	1	1	3	—	—	—	9	2
Administración médica y hospitalaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	3	—
Otras submaterias de administración pública	1	8	1	6	3	3	23	1	6	3	35	10	1	14	15	4	1	5	8
Saneamiento del medio																			
Inspección sanitaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Ingeniería sanitaria	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Otras materias especializadas	1	—	1	2	—	—	16	—	5	3	13	1	1	5	3	1	—	22	—
Enfermería																			
Enseñanza de enfermería	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Enfermería de salud pública	—	—	—	—	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Servicios de enfermería	—	—	—	3	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Otras	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—
Salud maternoinfantil	—	6	—	—	—	—	12	—	3	3	1	3	—	—	—	3	—	—	—
Otros servicios de salud																			
Salud mental	—	2	—	3	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Educación para la salud	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	1	1	—	1	—	—	—	1
Salud ocupacional	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nutrición	—	1	—	—	—	1	4	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	4	—
Estadísticas de salud	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	1	4
Cuidados dentales	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	2	3	—	—	16	—	—	—	—
Rehabilitación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Control de preparaciones farmacéuticas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Enfermedades transmisibles																			
Malaria	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Zoonosis	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiebre aftosa	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Leprosia	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Otras enfermedades transmisibles	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—
Servicios de laboratorio	—	3	1	1	—	1	4	—	4	—	8	1	—	1	—	—	—	—	—
Salud pública veterinaria	—	12	—	1	—	10	6	1	6	—	1	8	—	7	3	—	—	4	—
Otras	2	2	—	—	—	3	9	—	9	2	12	5	1	5	2	—	1	2	—
Educación médica y ciencias afines	—	1	—	3	—	—	11	5	5	7	38	7	—	2	3	8	1	7	1
Medicina clínica	—	1	—	1	2	—	13	—	2	10	6	2	—	1	—	—	—	—	—
Total	7	36	5	29	11	26	127	10	49	46	127	47	12	40	49	17	7	66	24

—Ninguna.

Cuadro 2. Becas concedidas en las Américas, por materia de estudio y país de origen, 1984 (Cont.)

Materia de estudio	Lugar de origen del becario															Total			
	Haití	Honduras	Jamaica	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	San Cristóbal y Nieves	Santa Lucía	San Vicente y las Granadinas	Suriname	Trinidad y Tabago	Uruguay		Venezuela	Antillas francesas, Guayana Territorios británicos	
Organización de salud pública																			
Administración de salud pública	12	3	5	1	7	12	—	4	3	—	—	—	1	1	—	—	1	1	88
Administración médica y hospitalaria	—	—	—	—	1	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	16
Otras submaterias de administración pública	11	4	6	23	12	5	4	15	10	1	—	—	3	4	5	7	1	5	264
Saneamiento del medio																			
Inspección sanitaria	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Ingeniería sanitaria	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	15
Otras materias especializadas	3	—	1	12	10	2	11	7	10	—	—	1	2	9	3	4	—	1	150
Enfermería																			
Enseñanza de enfermería	—	2	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	13
Enfermería de salud pública	—	—	1	—	1	—	—	—	5	—	2	—	—	2	—	—	—	1	19
Servicios de enfermería	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	21
Otras	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	—	—	—	—	—	—	—	10
Salud maternoinfantil	2	—	—	8	12	6	5	24	2	—	1	—	—	—	2	1	—	—	94
Otros servicios de salud																			
Salud mental	—	9	4	1	8	3	5	4	3	—	3	3	—	—	2	4	—	—	79
Educación para la salud	4	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
Salud ocupacional	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Nutrición	—	4	—	—	2	1	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	24
Estadísticas de salud	3	1	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	20
Cuidados dentales	1	1	2	1	3	—	1	3	7	—	—	—	—	—	—	4	—	—	49
Rehabilitación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Control de preparaciones farmacéuticas	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Enfermedades transmisibles																			
Malaria	3	—	—	1	—	—	2	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
Tuberculosis	2	—	6	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	—	1	—	1	20
Zoonosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4
Fiebre aftosa	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Lepra	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Otras enfermedades transmisibles	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Servicios de laboratorio	1	—	1	3	4	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	8	—	—	46
Salud pública veterinaria	—	—	—	9	5	—	9	9	6	—	—	—	—	10	6	—	—	—	113
Otras	2	3	2	11	1	1	6	8	4	1	2	3	2	3	3	8	—	2	117
Educación médica y ciencias afines	—	3	1	3	16	5	—	11	6	—	—	—	—	—	1	3	—	—	148
Medicina clínica	—	1	—	1	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	46
Total	44	31	42	80	93	42	50	98	63	4	13	10	12	23	29	50	2	20	1.441

— Ninguna.

Pública de Chile fortaleció los programas a su cargo así como su función de Laboratorio Central del Sistema Nacional. También amplió las actividades que desarrolla, como Centro Colaborador de la OMS al incrementar su cooperación con otros países. En México continuó la consolidación del Sistema Nacional de Laboratorios mediante la capacitación de personal de los laboratorios de referencia y de los centros periféricos de la red, y a través del fortalecimiento de los programas de protección de alimentos y de epidemiología. En Brasil se reforzó la infraestructura de la red de laboratorios al establecerse centros nacionales de referencia con un intenso programa de adiestramiento. A raíz del impacto del proyecto del PNUD en el mejoramiento de laboratorios en el Caribe que se viene desarrollando desde 1981, los países de esa región han presentado a ese organismo una solicitud de extensión.

1.63 En un esfuerzo para que los gobiernos fortalezcan la administración de sus laboratorios, se han organizado cursos regionales y nacionales en cooperación con los Centros de Estados Unidos de América para el Control de Enfermedades (CDC). Para prevenir, además, los riesgos potenciales, se ha continuado la organización de cursos en Argentina, Brasil y Trinidad y Tabago, creándose a la vez comités de bioseguridad en Argentina, Colombia, Chile, México y Venezuela.

1.64 A fin de abordar los problemas de control de la calidad, además de los programas ya en marcha de serología de sífilis, química clínica, identificación de *Mycobacterium tuberculosis*, microbiología y parasitología, se inició en 1984 el programa de control de la calidad en hematología en el que ya participan 10 países. Tiene relación con este campo la producción y disponibilidad de reactivos biológicos. En 1984 se inició un programa en el que Brasil (Instituto Lutz y Fundación Oswaldo Cruz), Chile (Instituto de Salud) y México (Gerencia General de Productos Biológicos y Reactivos) colaboraron facilitando cerca de 900 reactivos a 11 países.

Argentina y Cuba se han incorporado a este esquema ofreciendo, respectivamente, antígeno y anticuerpos monoclonales para la enfermedad de Chagas.

1.65 Como resultado del taller regional sobre estandarización de pruebas de susceptibilidad a antibióticos (Caracas), se estableció una red de centros nacionales (Argentina, Colombia, Chile, México y Venezuela) que determinan la sensibilidad de los agentes etiológicos a los antibióticos en uso. Los datos obtenidos son enviados al Centro Colaborador de la OPS/OMS en Boston donde son analizados y la información resultante diseminada a los países de la Región.

1.66 Se registraron avances en el programa de vigilancia virológica del dengue (países del Caribe, El Salvador, Guatemala y México) y en la tecnología de hibridomas y producción de anticuerpos monoclonales.

1.67 Se realizó una evaluación de los servicios de inmunología en Centroamérica y Panamá, como base para establecer una red de centros de inmunología similar a la que ya opera en los países de habla inglesa del Caribe. Con el propósito de aprovechar al máximo la biotecnología moderna en favor de la salud humana y animal, así como ambiental, se diseñó una red de centros de biotecnología destinados a la investigación, el adiestramiento y el intercambio de información.

Salud radiológica

1.68 La OPS/OMS continuó el desarrollo del programa destinado a fomentar el uso del "sistema esencial de radiología" en zonas carentes de estos servicios. Se evaluó el programa de Colombia, donde en 1983 se instalaron a título experimental cuatro unidades en el Departamento de Antioquia. Los resultados de la evaluación mostraron que: el sistema cubre las necesidades comunes de diagnóstico; el adiestramiento de auxiliares por el término de 1 semana es suficiente; la supervisión de un técnico profesional es nece-

saría, y la operación del sistema no ofrece problemas. Nicaragua obtuvo e instaló cuatro unidades, se adiestró el personal y se establecieron las bases para la evaluación. Chile proyecta utilizar el sistema en 1985. La encuesta celebrada en colaboración con los Gobiernos de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua y República Dominicana sobre el empleo de las instalaciones de rayos x reveló que su utilización real en el diagnóstico es muy baja en los hospitales pequeños, donde oscila entre el 1% y el 5%, y del 20% al 30% en los hospitales de referencia. Dentro del programa de la OPS/OMS, en colaboración con la OMS y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), encaminado a determinar con precisión la dosis de radiación que reciben los pacientes en tratamiento, se incorporaron, en 1984, 120 servicios de radioterapia en Barbados, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Aún cuando existe una evidente tendencia hacia el mejoramiento de la dosimetría, 40% de los centros no satisfacen todavía los criterios de exactitud. En el Hospital Danbury en Connecticut (EUA), se inició, junto con el Centro Colaborador de la OMS en Medicina Nuclear, un estudio piloto para determinar la exactitud de la dosis en materia de medicina nuclear en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay. Se hará un análisis comparativo de los resultados que se espera contribuirá a mejorar los procedimientos de diagnóstico.

1.69 En lo referente a la protección contra las radiaciones, la OPS/OMS colaboró con Argentina en la aplicación de nuevas modalidades de diagnóstico y protección; con Colombia en estudios sobre protección en cuatro localidades; con México en el desarrollo del Programa de Protección Radiológica, y con las Antillas Neerlandesas en la identificación de necesidades de protección y en la preparación de un proyecto de legislación.

Medicamentos esenciales

1.70 Continuaron aumentando los gastos en medicamentos tanto en el sector público como en el privado, si bien la elevada cifra del costo de los productos farmacéuticos comercializados registrada en América Latina y el Caribe en 1983—más de EUA\$5.000 millones—no refleja las verdaderas necesidades de salud de la Región. Otro problema serio es la disparidad entre la provisión de fármacos a menudo insuficiente, como resultado de la extensión de la cobertura de los servicios de salud, y la facilidad de adquisición de esos productos, principalmente para las poblaciones urbanas con medios económicos y acceso a la asistencia médica. Con el apoyo de la OPS/OMS, los Países Miembros han promovido varias medidas encaminadas a garantizar la disponibilidad de medicamentos a toda la población, a un costo razonable.

1.71 En las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar en septiembre de 1983 durante la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS sobre "Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales" se preparó un proyecto de resolución, que luego fue aprobado por el Consejo, invitando a los gobiernos a que fomentaran la autosuficiencia en materia de medicamentos. Con el objeto de apoyar esta estrategia, la Organización coordinó un estudio sobre la producción de materias primas en Argentina, Brasil y México que sirvió de base para proponer enfoques regionales que integren las instalaciones existentes de producción y amplíen sus mercados. En una reunión celebrada en México en julio de 1984, representantes de los países mencionados y de España examinaron las propuestas y recomendaron un programa interpaíses de producción y comercialización de materias primas y productos acabados así como de investigaciones y desarrollo farmacéuticos. Los Gobiernos Miembros de la OPS/OMS hicieron suyas estas recomendaciones en la XXX Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1984. La Organización cooperará en el desarrollo de este complejo

programa a largo plazo, que exigirá un compromiso político de alto nivel y la coordinación intersectorial en el seno de los países participantes.

1.72 La OPS/OMS dio prioridad al componente medicamentos esenciales del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, formulado por los gobiernos de esa subregión. Se prepararon perfiles de proyectos interpaíses y nacionales en materia de definición de políticas farmacéuticas, producción, control de la calidad y sistemas de compras conjuntas y suministros. La OPS/OMS ya está cooperando con Centro América y Panamá dentro de la estructura de estos perfiles de proyectos. Por ejemplo, la Organización, en colaboración con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), terminó un estudio sobre el establecimiento de un fondo rotatorio y un sistema de compras conjuntas para Centro América y Panamá. Además de las actividades centroamericanas, la OPS/OMS colabora con el Pacto Andino en el fomento del intercambio de información sobre precios y fuentes de materias primas y de productos acabados importados en los países andinos.

1.73 La OPS/OMS, en su cooperación con los gobiernos hace hincapié en la necesidad de una política farmacéutica nacional que sea coherente y, a este respecto, durante 1984 llevó a cabo una serie de actividades. En Argentina se emprendieron estudios y actividades preliminares encaminados al establecimiento de un programa especial de distribución gratuita de medicamentos esenciales a la población necesitada. En Colombia se organizó un taller intersectorial sobre la necesidad de una política nacional, y las autoridades de salud prepararon un primer programa para 1985. También en Nicaragua se efectuaron estudios y propuestas para la formulación de políticas farmacéuticas nacionales y la preparación de listas de medicamentos esenciales y de un formulario terapéutico; el Gobierno estableció un organismo nacional (COFARMA) para seguir un enfoque intersectorial integrado en materia de

medicamentos. Cuba, Ecuador y Perú recibieron cooperación técnica en aspectos concretos de sus políticas farmacéuticas.

1.74 En cuanto a los sistemas de suministro farmacéutico, el Servicio de Medicamentos de Barbados ha sido designado Centro Colaborador de la OMS para la Gestión Farmacéutica en los países de habla inglesa del Caribe. Por mediación del personal de dicho Servicio se ofreció cooperación técnica a Dominica para la publicación de su formulario nacional y a San Vicente y las Granadinas para el mejoramiento de su sistema de suministros farmacéuticos. En Santa Lucía se están iniciando actividades semejantes.

1.75 Durante 1984, se dedicó particular atención al desarrollo de los recursos humanos. En Colombia y en Costa Rica se ofrecieron en marzo y noviembre, respectivamente, cursos subregionales de "adiestramiento del instructor" en materia de gestión de suministros farmacéuticos, con la cooperación de la Universidad Javeriana y el Instituto Centroamericano de Administración Pública, respectivamente. Esta actividad llevó a la organización en 1984 de cursos nacionales de gestión farmacéutica en Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela, con la colaboración del Acuerdo Hipólito Unanue. En 1985-1986 se ofrecerán también cursos en los países centroamericanos. La Central de Medicamentos (CEME) del Brasil llevó a cabo un curso referente a los aspectos políticos, técnicos y administrativos de un programa de medicamentos esenciales.

1.76 A los efectos de reforzar la capacitación de personal en el campo del control de la calidad de los medicamentos, se intensificaron las actividades con la participación del Laboratorio Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá, que en 1984 fue designada Centro Colaborador de la OMS para la Inspección de Medicamentos. Durante el año tuvieron lugar varios cursos regionales sobre aprobación y registro de medicamentos y sobre bioequivalencia farmacéutica, y se están preparando otros para 1985 sobre vigilancia

posterior a la comercialización y análisis cromatográfico.

1.77 En dos países proseguían los proyectos sobre regulación y control de medicamentos, financiados por el PNUD. El proyecto del Brasil ofrece los recursos requeridos para el desarrollo de la infraestructura del Laboratorio Federal encargado del control de alimentos, medicamentos y productos biológicos. El proyecto de Guatemala insiste particularmente en la ejecución del proceso de aprobación de medicamentos y en el fortalecimiento del laboratorio oficial de control de fármacos, y se va desarrollando de manera satisfactoria.

Producción de vacunas y biológicos

1.78 Una de las actividades básicas de cooperación de la OPS/OMS es la vigilancia de la potencia e inocuidad de las vacunas empleadas en programas nacionales de inmunización. A consecuencia de esta fiscalización, en 1984 fueron retirados tres fabricantes de la lista de proveedores para 1985 porque sus productos no reunían los requisitos de la OPS/OMS. En otro caso, se revocó el contrato de un fabricante de una vacuna (viva) antipoliomielítica por incumplimiento de la consistencia de la esterilidad del producto suministrado a uno de los países.

1.79 La verificación de la estabilidad de las vacunas antipoliomielítica (oral) y antisarampionosa (virus vivos) es hoy una medida sistemática establecida en los laboratorios de salud de Argentina, Brasil, Chile y México. Durante 1984, otros cuatro laboratorios nacionales reunieron los requisitos para practicar la prueba, a saber, los de Colombia, Ecuador, Honduras y Venezuela. Todos los laboratorios participantes en el ensayo de vacunas víricas recibieron previamente material de referencia de laboratorios colaboradores de México y los Estados Unidos de América. Además, virólogos de laboratorios de Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras y República Dominicana recibieron adiestramiento

en México en materia de titulación de vacunas víricas.

1.80 Con el fin de que los laboratorios de producción de vacuna de América Latina sean autosuficientes y puedan participar en las licitaciones internacionales de vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la OPS/OMS proporcionó cooperación técnica, los laboratorios se evaluaron periódicamente y se verificó la potencia de sus productos en los laboratorios de referencia designados por la OPS/OMS. Tres fabricantes de vacuna de la Región reunieron los requisitos: Brasil (BCG), Chile (DPT) y México (BCG).

1.81 La monitoría de la estabilidad de la vacuna antiamarílica producida en Brasil y Colombia está a cargo del Centro Nacional de Medicamentos y Sustancias Biológicas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (EUA), que es el laboratorio de referencia designado por la OPS/OMS para la mencionada vacuna. Prosiguen los estudios financiados con fondos del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá) con el propósito de mejorar la estabilidad de la vacuna 17D a una temperatura más alta (37°C). En apoyo a la elaboración de vacuna antiamarílica, la OPS/OMS proporcionará una subvención a la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil) y al Instituto Nacional de Salud (Colombia). Dichos laboratorios intercambian información sobre producción y control, y además, el científico encargado de estas dos actividades en el laboratorio de Colombia recibió el adiestramiento correspondiente en Brasil.

1.82 Con respecto a la vacuna antivaricélica, la OMS mantiene en reserva una existencia de vacuna liofilizada para casos de urgencia, calculada en unos 105 millones de dosis nominales. A petición del Comité de Ortopoxvirus de la OMS, en 1984, se estudió la situación de la producción de las existencias de vacuna en las Américas. Se conservan existencias de esta vacuna en los Estados Unidos de América (20 millones de dosis), en

Colombia (6,6 millones de dosis), en Perú (4 millones de dosis) y en Canadá (1 millón de dosis). Canadá mantiene siembras primarias y secundarias así como un volumen indeterminado de pulpa, que permitirá al país reanudar la producción en caso de una situación de emergencia.

1.83 México se ha convertido gradualmente en un colaborador digno de confianza que ofrece servicios a muchos otros países de la Región. El Instituto Nacional de Virología y el Laboratorio Nacional de Referencia de ese país prestaron los servicios siguientes: verificaron la estabilidad y actividad de muestras sobre el terreno de vacunas antipoliomielítica y antisarampionosa enviadas por los PAI nacionales de Bolivia, Colombia, Chile, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú; proporcionaron servicios de consulta técnica a Cuba sobre las vacunas DPT y antisarampionosa; llevaron a cabo (octubre-noviembre) un curso regional de adiestramiento en vacunas víricas para contralores de países latinoamericanos, y pusieron a disposición de los laboratorios de control antisuero neutralizante de referencia de poliomielitis 1, 2 y 3. El Laboratorio Nacional de Referencia de México, junto con el Centro Nacional de Medicamentos y Sustancias Biológicas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (EUA), está tomando medidas para poner en marcha un esquema de verificación de la calidad en la microtitulación de vacunas víricas: antipoliomielítica (oral) y antisarampionosa (virus vivos). Participan en esta empresa los laboratorios de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Honduras, Perú y Venezuela.

1.84 El Instituto Clodomiro Picado de Costa Rica y la Universidad del Estado de Oklahoma en los Estados Unidos de América están llevando a cabo investigaciones sobre la caracterización de la normalización del veneno y antiveneno homólogo de *Bothrops atrox*. Los factores del veneno se utilizarán para preparar inmuoantisueros perfeccionados de alta especificidad y actividad.

1.85 El constante e inusitado crecimiento

de los programas biológicos en América Latina ha aumentado el nivel de los recursos de biotecnología en los países. Una importante consecuencia de esta actividad ha sido la designación de 12 expertos de la Región en los grupos de la OMS, 6 en el de sangre y productos sanguíneos, 4 en el de patrones biológicos y 2 en el nuevo programa de la OMS para la elaboración de vacunas.

1.86 **Programa de transfusión de sangre.** Para llevar a cabo las actividades del programa a plazo mediano de servicios eficaces de transfusión sanguínea a nivel de los países, la OPS/OMS depende de una red de bancos de sangre colaboradores. Una reciente encuesta indicó que los bancos de esta naturaleza en Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Jamaica, Nicaragua y Uruguay reúnen las condiciones para referencia y adiestramiento en servicios de banco de sangre. Durante 1984, la OPS/OMS proporcionó cooperación técnica inmediata a los países para la evaluación de sus servicios de transfusión sanguínea como base para la definición de políticas nacionales. En Belice, donde el funcionamiento de unas instalaciones comerciales de plasmaféresis viola el Código de Ética y socava los esfuerzos de organizaciones benéficas, el Gobierno adoptó disposiciones legislativas regulando el uso de sangre. Además, se preparó una propuesta de proyecto en esta materia y se identificaron las posibles fuentes para su financiamiento. En Perú, el servicio de salud ha encomendado a un grupo de trabajo que ofrezca asesoramiento sobre la viabilidad de una política nacional de transfusión sanguínea. A solicitud de la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, se ha determinado la disponibilidad y necesidad de hemoderivados en Colombia, Perú y Venezuela, particularmente en lo que concierne a hemofilias. Un banco central de sangre por país bastaría para suministrar las cantidades requeridas de crioprecipitado para esos casos.

1.87 En Brasil se ofreció cooperación técnica a una industria local que fabrica bolsas de sangre de plástico desechables con material

básico local y elabora los componentes con sangre completa. El Gobierno encargó al Instituto Nacional de Control de la Calidad Sanitaria (INCOS) la fiscalización de la inocuidad y calidad de las bolsas de sangre.

1.88 En mayo se evaluaron los servicios de transfusión de sangre de Barbados, Belice, Dominica, Grenada, Haití, Jamaica y Trinidad. Se formuló una propuesta para establecer un proyecto interpaíses para atender a los bancos de sangre de la subregión del Caribe, utilizando el Centro Nacional de Transfusión

de Sangre de Kingston, Jamaica, como centro de referencia para adiestramiento y para la producción de reactivos; y el Hospital Queen Elizabeth de Bridgetown, Barbados, como banco colaborador de sangre para el Caribe oriental. En diciembre, los bancos de sangre de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay empezaron a participar en un esquema de garantía de la calidad de las pruebas de laboratorio, patrocinado por la OMS, a fin de que los bancos de sangre uniformenten sus procedimientos de ensayo.

Capítulo 2. Desarrollo de Programas de Salud

2.1 Durante 1984, el desarrollo de los programas de salud involucró actividades en las siguientes áreas: (a) la promoción y atención de la salud de la población, especialmente de los grupos humanos más expuestos a los factores de riesgo; (b) el desarrollo de iniciativas para mejorar las condiciones del ambiente, con particular referencia a los grupos marginados de las grandes ciudades y de las áreas rurales; y (c) la prevención y control de enfermedades. Estas tres grandes áreas están estrechamente vinculadas. Este capítulo considera además varios programas prioritarios identificados por los Cuerpos Directivos de la Organización: las necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá, preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, la mujer, la salud y el desarrollo, y estadísticas de salud.

Promoción y atención de la salud

Alimentación y nutrición

2.2 En esta área prioritaria de los gobiernos, la OPS/OMS ha encauzado su colaboración hacia el fortalecimiento de planes y programas nacionales que permitan a los países incrementar la disponibilidad y el consumo de alimentos, establecer mecanismos permanentes de vigilancia alimentaria-nutricional y prevenir carencias específicas. La OPS/OMS ha colaborado también en la incorporación de la alimentación y nutrición

como parte importante de la estrategia de atención primaria de la salud y en el fortalecimiento de las instituciones nacionales y subregionales de alimentación y nutrición.

2.3 **Incremento de la disponibilidad de alimentos.** Con miras a desarrollar estrategias dirigidas a aumentar la disponibilidad de alimentos básicos en los hogares pobres, la OPS/OMS está desarrollando, en colaboración con el Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (INTA) un estudio que permita conocer con mayor exactitud la existencia y efectividad de diversos programas de subsidios y de donación de alimentos en América Latina. Este estudio incluye un análisis a mayor profundidad de programas realizados en Brasil, Colombia, Chile y Perú, y será complementado con investigaciones prospectivas que se han de iniciar en 1985. En Brasil colaboraron con la OPS/OMS en este esfuerzo el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, el Centro Nacional de Recursos Humanos de la Secretaría de Planificación y la Fundación Joaquín Nabuco. Estas instituciones analizaron los programas de subsidios y de donación de alimentos formulados en base al Estudio Nacional de Despensa Familiar (ENDEFE) y los Programas de Abastecimiento de Alimentos Básicos (PROAB) y de Nutrición en Salud (PNS). En Colombia, como resultado del taller intersectorial sobre nutrición y seguridad alimentaria (1983), se constituyó un grupo de trabajo con representantes del Departamento

Nacional de Planeación, los Ministerios de Salud, de Agricultura y de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; este último replanteó la continuidad del Plan de Alimentación y Nutrición (PAN) y del Programa de Desarrollo Rural Integrado (DRI), ambos de importancia básica para la instrumentación de las políticas alimentarias y nutricionales de ese país. En lo concerniente a la ayuda alimentaria, la OPS/OMS colaboró en el análisis técnico de nuevos proyectos del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y en la evaluación de los que se hallan en marcha. En 1984, el PMA brindó ayuda a 20 países de la Región mediante 42 proyectos que proporcionaron 396.902 toneladas métricas de alimentos por un valor de EUA\$270.293.900.

2.4 Incremento del consumo de alimentos. Con el propósito de hacer más efectiva la participación familiar y comunitaria en el consumo y utilización de los alimentos, se examinaron las recomendaciones del taller sobre educación alimentaria-nutricional celebrado en Jamaica en 1983. Para este fin, en septiembre de 1984 un grupo de trabajo se reunió en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) para definir las actividades prioritarias que deberían iniciarse inmediatamente y las necesidades de investigación-acción que la OPS/OMS sometería a la consideración de los Países Miembros en las áreas de comunicación social, educación a nivel comunitario y formación de personal, desde el trabajador de salud a nivel comunitario hasta el personal con formación universitaria en salud, nutrición y alimentación y áreas afines. Se espera que estas acciones sirvan de base para generar planes de acción a nivel de países.

2.5 Vigilancia alimentaria nutricional. La cooperación con los países en este campo recibió renovado impulso mediante la realización de dos eventos. El primero fue la organización de un "Grupo de Consulta OPS/OMS sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional", que replanteó el concepto operativo de la vigilancia y formuló recomen-

daciones para orientar la cooperación OPS/OMS hacia la investigación operacional, la capacitación de personal y la cooperación técnica entre países. El segundo evento fue un seminario-taller regional sobre el aporte de los censos de talla de escolares a los sistemas de vigilancia alimentario-nutricional, organizado por el INCAP y los países miembros de Centro América y Panamá. En esta área se destacan también las actividades desarrolladas por los gobiernos con la cooperación de la OPS/OMS. Así en Brasil, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición/Fundación Joaquim Nabuco estableció un proyecto experimental sobre vigilancia alimentaria y nutricional en el Estado de Pernambuco. En Chile el INTA está organizando el primer curso internacional sobre vigilancia alimentaria y nutricional (CIVAN-85), que se realizará en marzo-julio de 1985 conjuntamente con la Universidad de Cornell (EUA) y la OPS/OMS. En Colombia continuó el desarrollo del proyecto de nutrición de la Universidad del Valle y se evaluó además el programa de vigilancia nutricional de los Departamentos del Valle y Cauca (Fundación Kellogg, Agencia Alemana para la Cooperación Técnica y la OPS/OMS). Con miras a usar esta experiencia en escala nacional se programó un taller nacional (1985) como medio para incorporar la vigilancia alimentaria nutricional al sistema de información de salud. En Ecuador, INCAP/AID-EUA/CDC/LATINRECO apoyaron conjuntamente la planificación de una encuesta nacional de nutrición, salud y consumo de alimentos que se realizará en 1985. En Perú se diseñó y desarrolló una encuesta nacional de salud y nutrición; al finalizar el año se estaban analizando los datos. En la República Dominicana se revisaron las actividades de vigilancia nutricional mediante la aplicación de indicadores antropométricos en la población infantil, por parte de los trabajadores comunitarios de salud.

2.6 Prevención de carencias específicas mediante acciones masivas. La Organización impulsó el control de la deficiencia de yodo, bocio endémico y cretinismo conse-

cutivos con énfasis en los países del área andina, en donde el problema es más grave. En Bolivia, con el Programa Conjunto OPS/OMS/UNICEF de Apoyo Nutricional, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública puso en marcha el plan de acción elaborado en 1983, con los siguientes logros: 1) incremento de la producción de sal yodada con la instalación de dos plantas nuevas en La Paz y Chuquisaca y dos más en 1985, así se espera llegar a yodizar más del 85% de la sal de consumo humano en ese país; 2) organización de los pequeños productores de sal para que formen cooperativas de producción-yodación-comercialización de sal yodada; 3) iniciación de una amplia campaña educativa popular sobre los beneficios del consumo de sal yodada; 4) creación de un fondo rotatorio que cubra las necesidades de insumos para la permanencia del programa de yodación de la sal; 5) identificación de comunidades de alto riesgo que necesitan otro tipo de acción para aliviar esta deficiencia como una medida transitoria, y 6) implantación de un sistema de control y vigilancia de la deficiencia de yodo en los servicios de atención primaria de salud. En Colombia y Venezuela se procedió en 1984 a dar seguimiento a las recomendaciones emanadas de la V Reunión del Grupo Técnico OPS/OMS para el Control del Bocio Endémico y el Cretinismo realizada en Lima en noviembre de 1983. En Ecuador, diversos grupos colaboran activamente con grupos científicos belgas en el estudio de la erradicación de la deficiencia de yodo, como base para la programación ulterior. En Perú, también con el apoyo del Programa Mixto OPS/OMS-UNICEF, el Ministerio de Salud elaboró un plan de acción destinado a erradicar la deficiencia de yodo que se iniciará a principios de 1985.

2.7 La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1984 el programa global de erradicación de la deficiencia de vitamina A. Se procede ahora a fortalecer los programas existentes, por medio de la fortificación de alimentos en Guatemala y Honduras y mediante la administración sistemática de dosis

masivas periódicas en Haití y el nordeste de Brasil.

2.8 En cuanto a la deficiencia de hierro y anemias nutricionales, a mediados de 1984 se concluyó el estudio longitudinal de fortificación del azúcar con NaFeEDTA realizado por el INCAP/OPS/OMS en cuatro comunidades de Guatemala. Los resultados de dicho estudio son muy satisfactorios y abren nuevas avenidas para la prevención y control de esta deficiencia.

2.9 Finalmente, la OPS/OMS y el INCAP promovieron en 1984 la elaboración de programas de fluoruración de la sal en Costa Rica, Nicaragua y Perú, con miras a subsanar la deficiencia de este micronutriente tan importante para la salud oral.

2.10 **Alimentación y nutrición en la atención primaria de salud.** La OPS/OMS colaboró con varios gobiernos en el desarrollo de proyectos de apoyo nutricional dentro de las actividades de atención primaria de salud, en estrecha coordinación con UNICEF y con financiamiento del Programa Mixto OPS/UNICEF de Apoyo Nutricional. Los proyectos alcanzaron en 1984 diversos niveles de desarrollo. En Brasil, la Universidad de Pernambuco y el Instituto Nacional de Nutrición, con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS, realizó en agosto el primer curso internacional de nutrición y atención primaria, al que asistieron 25 médicos, enfermeras y nutricionistas. Además, la Organización cooperó con los gobiernos del Istmo Centroamericano en el desarrollo del componente alimentario-nutricional dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, que se describe en este mismo capítulo bajo Programas Especiales. Dominica, con el apoyo del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), tiene ya en operación un programa con amplia participación comunitaria y con actividades de prevención y control de enfermedades relacionadas con la nutrición como obesidad, hipertensión, diabetes y arterioesclerosis y sus complicaciones, altamente pre-

valecientes en esa isla y en los países del Caribe en general. En Haití, el proyecto tiene ya 18 meses de actividad, centrándose las actividades en la práctica generalizada de la rehidratación oral, así como en el desarrollo de medios de evaluación del proyecto y la definición de estrategias para su extensión. En Nicaragua se definió con el apoyo del INCAP, el plan de operaciones quinquenal y el plan de acción para el primer año del proyecto que comenzará a funcionar a principios de 1985. El proyecto de Perú se encuentra en la etapa de consolidación de la estructura operativa y el Gobierno lo pondrá en marcha en la zona de Puno a principios de 1985. En San Vicente y las Granadinas el proyecto está en marcha con la colaboración del CFNI y su labor se dirige a la formación de personal, el desarrollo de los componentes educativos y el incremento de la participación comunitaria.

2.11 En el área de la nutrición preventiva, se concluyeron los tres estudios piloto del proyecto PRECAVAS (contribución de intervenciones alimentarias y farmacológicas en la prevención y control de enfermedades crónicas cardiovasculares), realizado en Brasil, Jamaica y México. Se procedió al procesamiento y análisis de la información para diseñar una metodología común y estandarizada que servirá para iniciar en 1985 un estudio epidemiológico de factores de riesgo y sus determinantes alimentarios y de estilo de vida en poblaciones contrastantes de diversos países del hemisferio.

2.12 **Fortalecimiento de instituciones nacionales y subregionales de alimentación y nutrición.** En 1984 se realizó la primera reunión de consulta de los integrantes de la Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición. En esta consulta, en la cual participaron tres instituciones de los Estados Unidos de América, tres instituciones latinoamericanas, los dos centros de la OPS en el área de alimentación y nutrición (CFNI e INCAP) y la Universidad de las Naciones Unidas, quedó establecido un Comité de Coordinación de la Red y se definieron las acciones

prioritarias en que se involucrará dicha Red a partir de 1985. La OPS constituye el Secretariado de la Red. Uno de los objetivos primordiales de la Red es contribuir al fortalecimiento de las instituciones nacionales con vistas a desarrollar la capacidad nacional para resolver problemas alimentario-nutricionales, de salud y de desarrollo; otro es ejecutar acciones conjuntas en investigación-acción, en formación de recursos humanos y en diseminación de información. El programa regional en este campo incluye el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

2.13 Dentro de la labor desarrollada por INCAP en 1984 en materia de generación y diseminación de conocimiento, capacitación de personal y cooperación con los programas de los países del Istmo Centroamericano, sobresalen las siguientes actividades:

2.14 **Investigación.** En nutrición y salud se iniciaron investigaciones sobre aspectos epidemiológicos y operacionales de los componentes de la estrategia de atención primaria de salud, tales como alimentación del niño con diarrea, epidemiología de enfermedades respiratorias agudas en zonas urbanas, educación en salud y nutrición, uso de servicios de salud y vigilancia alimentaria nutricional. Los resultados se aplicarán a la formulación de programas de supervivencia infantil que se desarrollarán a partir de 1985. Junto con el Departamento de Nutrición, se analizaron en Costa Rica los resultados del procesamiento de la información dietética de la encuesta nutricional del país y se programó la encuesta nacional sobre prácticas alimentarias en escolares y madres. Se colaboró con el Instituto Costarricense de Investigaciones y Enseñanza de Nutrición y Salud en la formulación de la propuesta "Evaluación del Impacto de los Programas de Desarrollo Social en el Estado

de Salud y Nutrición 1970-1984", iniciándose las gestiones para obtener financiamiento externo. Con el Ministerio de Salud de Panamá se hizo un estudio del costo y valor nutritivo de las dietas servidas en 33 hospitales del país con el propósito de introducir las mejoras que correspondan. Se iniciaron estudios sobre la contaminación de alimentos consumidos en la calle y los que son regados con aguas servidas para definir las estrategias y planes tendientes a proteger grandes grupos de población. Continuaron en Guatemala los estudios sobre nutrición y alimentación y los factores socioeconómicos. Es importante hacer notar que INCAP continuó los estudios sobre utilización de productos no tradicionales que pueden coadyuvar a la solución de problemas alimentarios. Al respecto se concluyeron los estudios sobre el valor nutritivo del amaranto y continuaron los relativos al frijol alado y al gandul.

2.15 Desarrollo de tecnologías. En el proceso de mejoramiento de los granos básicos de la dieta de la subregión, se destaca la evaluación de campo de la cepa de maíz "Nutricia", cuyos estudios se iniciaron en 1983. En vista de las grandes pérdidas de leguminosas en el período posterior a la cosecha, INCAP está desarrollando tecnologías de uso familiar, comunitario y regional para superar el problema. En cuanto a normas y procedimientos se refiere, se revisaron y actualizaron tanto el *Manual de los Servicios de Dietética* del Hospital San Juan de Dios de Guatemala como el *Manual de Supervisión y Evaluación* del Departamento de Nutrición del Seguro Social en Panamá.

2.16 Disseminación de información. Las principales actividades realizadas durante 1984 por el sistema de difusión técnica incluyeron la publicación de tres números del boletín *INCAP Informa*, distribuido primordialmente en el Istmo Centroamericano; la publicación y distribución de tres números del *Suplemento sobre Nutrición Maternoinfantil, Lactancia y Destete*; publicación y distribución de los documentos titulados *Lineamientos*

para el establecimiento de bancos de leche y Bibliografía seleccionada sobre lactancia materna, y preparación de 2.975 paquetes de documentos sobre nutrición maternoinfantil, lactancia y destete, los cuales fueron distribuidos en 21 eventos en Centro América, Panamá y la República Dominicana.

2.17 Capacitación de personal. Durante 1984 se realizó en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá un estudio de las necesidades de recursos humanos en los programas de alimentación y nutrición. En 1985 se efectuará el de Costa Rica. El resultado de estos estudios permitirá a los países planificar en forma más racional la formación de recursos humanos para estos programas. El Instituto continuó colaborando con la Universidad de San Carlos de Guatemala en la formación de nutricionistas; también con la Universidad de Panamá en la planificación de la carrera de nutrición, así como con las Escuelas de Nutrición de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Centroamericana de Nicaragua. El INCAP continuó desarrollando el curso de posgrado en ciencia y tecnología de alimentos destinado a profesionales de toda la Región. Debido a la prioridad que la subregión otorga a los programas de supervivencia infantil, el Instituto ofreció cursos cortos sobre lactancia materna, educación alimentaria y nutricional y sistemas de información para el personal de los ministerios de salud. En este sentido también se intensificó la capacitación de profesionales de la salud en lactancia materna en los distintos países, incluido el curso subregional sobre manejo clínico de la lactancia materna para personal hospitalario, realizado en Costa Rica. Con el propósito de analizar los planes de acción de los países del Istmo acerca de la vigilancia alimentaria y nutricional, se realizó en Antigua, Guatemala, un seminario-taller subregional sobre el aporte de los censos de talla de escolares a los sistemas de vigilancia alimentario-nutricional. Participaron 52 profesionales de los países de Centro América y Panamá, procedentes de los sectores agrícolas, educativos, de planificación y salud.

2.18 INCAP colaboró con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador en la formulación de un anteproyecto para un plan de educación en servicio para el personal de hospitales, así como en la revisión del programa de capacitación para ayudantes rurales de salud en aspectos de alimentación y nutrición. Finalmente, INCAP colaboró en la realización de un seminario-taller sobre evaluación del estado nutricional, en el que participaron 40 médicos, enfermeras y nutricionistas. La División de Recursos Humanos de la Dirección General de Servicios de Salud de Guatemala, con la cooperación del INCAP, desarrolló un curso-taller sobre metodología de la investigación aplicada a los recursos humanos de los servicios de salud.

2.19 El cuadro 3 resume las actividades de capacitación del INCAP durante 1984, por país y Región de origen de los participantes y el tipo de adiestramiento ofrecido.

2.20 **Cooperación técnica.** El INCAP, junto con otros recursos técnicos de la OPS/OMS, colaboró con los Gobiernos del Istmo en la elaboración de proyectos subregionales del plan prioritario "Mejoramiento de la Situación Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y Panamá", los que se enumeran a continuación: a) fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de vigilancia nutricional; b) educación alimentaria y nutricional; c) refuerzo técnico y administrativo de los programas de ayuda alimentaria; d) fortificación de

Cuadro 3. Participantes en los programas docentes del INCAP, por país, Región de origen y tipo de adiestramiento, 1984

País y Región de origen	Escuela de Nutrición	Cursos de posgrado	Residencia avanzada	Adiestramiento tutorial	Adiestramiento en cursos nacionales	Total
Países miembros del INCAP:						
Costa Rica	1	1	—	2	20	24
El Salvador	—	—	—	20	40	60
Guatemala	13	7	—	46	213	279
Honduras	5	—	—	2	39	46
Nicaragua	2	—	—	8	33	43
Panamá	—	—	1	3	162	166
Total	21	8	1	81	507	618
Otros países de las Américas:						
Bolivia	—	—	3	—	—	3
Colombia	—	—	1	—	—	1
Ecuador	—	—	1	—	—	1
Estados Unidos de América	—	—	—	1	—	1
México	—	1	—	—	—	1
Perú	—	1	—	1	—	2
Total	—	2	5	2	—	9
Otras Regiones:						
Bangladesh	—	—	3	—	—	3
Bulgaria	—	—	1	—	—	1
Filipinas	—	—	1	—	—	1
Inglaterra	—	—	—	1	—	1
Total	—	—	5	1	—	6
Total general	21	10	11	84	507	633

— Ninguno.

alimentos; e) formación y capacitación de recursos humanos, y f) disponibilidad de alimentos. El INCAP realizó estudios sobre movilización de recursos para áreas prioritarias del citado plan: a fines de diciembre de 1984, la AID/EUA adjudicó un fondo de EUA\$7,5 millones para apoyar, durante 5 años, a los países en el desarrollo de actividades de rehidratación oral y nutrición dentro del área de supervivencia infantil. Con este esquema, INCAP continuó apoyando a los países en la formulación y desarrollo de los proyectos del área prioritaria de alimentación y nutrición, identificados como proyectos nacionales. Se prestó particular atención a la lactancia materna, elaborándose un módulo para recolectar información sobre actividades sustantivas en ese campo que asegure la retroalimentación del proceso y la toma de decisiones. En cooperación directa con las autoridades de salud se diseñaron protocolos de proyectos en lactancia materna; varios de ellos han sido aprobados y cuentan con financiamiento externo. En Panamá, INCAP colaboró con el Ministerio de Salud en el desarrollo del proyecto nacional de promoción de la lactancia materna que incluyó el diseño, organización e implantación del Centro de Información; las evaluaciones periódicas del proyecto y la elaboración de planes operativos; el desarrollo de dos seminarios nacionales y 23 regionales de fomento de la lactancia materna, con la participación de 1.200 profesionales de salud, educación, agricultura y trabajo; la elaboración y prueba de la *Guía para la Promoción de la Lactancia Materna a Nivel de Escuelas Primarias*, y el desarrollo de estudios a nivel de hospitales para conocer la factibilidad de ejecutar "bancos de leche materna". En Honduras se realizó un taller sobre tratamiento de situaciones especiales en materia de lactancia materna y se estableció el Centro de Documentación del Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna.

2.21 Se llevó a cabo un estudio institucional de 65 programas de ayuda alimentaria que se realizan en el Istmo Centroamericano. Participaron en el estudio de los países respec-

tivos los directores nacionales de los programas y los representantes de las agencias donantes. Los resultados del estudio se discutieron primero en cada país y posteriormente en la sede del INCAP, con representantes de PMA, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID/EUA), CARE y de la OPS/OMS. En base a los resultados del estudio subregional, se elaboró una propuesta de cooperación con los programas de ayuda alimentaria que se desarrollan en Centro América y Panamá. Dicho proyecto se someterá a consideración de organismos financieros; su monto es de EUA\$6 millones para 5 años de actividades.

2.22 En Honduras se terminó el estudio institucional de los programas de ayuda alimentaria y se analizó y elaboró el informe sobre la evaluación del impacto del Proyecto de Comunicación Masiva Aplicada a la Salud Infantil II (PROCOMSI). En Nicaragua, en cooperación con el Ministerio y UNICEF, se formuló el Programa Alimentario Nicaragüense dentro de la propuesta del Plan Quinquenal de Alimentación y Nutrición en Nicaragua, la que se sometió a consideración del Programa Conjunto de Nutrición OPS/OMS-UNICEF, habiéndose obtenido financiamiento por parte del Gobierno de Italia, por un monto de EUA\$4,8 millones.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

2.23 Durante 1984, el CFNI cumplió su mandato de prestar servicios a los 16 gobiernos de los países de habla inglesa del Caribe y a Suriname, de habla holandesa. En abril de 1984, se inició la construcción de un nuevo edificio para la sede que deberá quedar terminado a mediados de 1985. En este edificio se instalarán laboratorios para pruebas simples, monitoría y evaluación; una cocina de protección y demostración alimentaria, y

locales para la producción de medios audiovisuales y servicios de adiestramiento.

2.24 Investigaciones. Siguió en marcha el proyecto de investigación destinado a evaluar el impacto del costo de los alimentos, de las políticas de subsidios y los procedimientos de producción, comercialización y consumo alimentario, así como los niveles nutricionales. Al efecto se recolectaron datos en países seleccionados sobre el tipo, justificación y alcance de estas políticas y se llevó a cabo una encuesta de agricultores, pescadores y granjas productoras de alimentos. Con fondos de la Corporación Carnegie de Nueva York, se inició en Jamaica un estudio sobre las prácticas de alimentación del lactante, el trabajo de la mujer y los recursos de asistencia social, en el que colaboran el CFNI, el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (Washington, D.C.) y la Universidad de las Indias Occidentales. Continuó, como estudio de seguimiento a una encuesta socioeconómica y nutricional de las familias de Jamaica realizada en 1982, el análisis de los datos desagregados sobre niveles de nutrición familiar. También se llevó a cabo un estudio de los niveles de hemoglobina en individuos sanos de las Indias Occidentales con el fin de determinar los valores normales y establecer puntos límites aplicables al Caribe. Se procedió a una reposición de hierro-folato en 700 niños de edad escolar residentes en las Islas Turcas y Caicos para determinar si la deficiencia de hierro o folato constituye una causa de anemia. También se investigaron los mecanismos de control de la anemia en los países miembros. En comunidades seleccionadas se terminó un estudio de viabilidad del enriquecimiento de alimentos, así como otro sobre el comportamiento y restricciones de grupos familiares en relación con el destete en los niños y finalmente uno sobre el estado nutricional de los ancianos.

2.25 Desarrollo de tecnologías. Con el fin de lograr uniformidad en las tablas de crecimiento del niño en los países del área y superar las deficiencias del sistema actual, el

CFNI, siguiendo las normas de la OMS, preparó no solo las tablas para uso en el Caribe, sino también las que se entregan a las madres de niños de corta edad. Estas últimas se ensayaron en el terreno en uno de los países. Se está procediendo a una evaluación de dichas tablas. Asimismo se está desarrollando un sistema de acopio, compilación, análisis y utilización de información sobre nutrición.

2.26 Respondiendo a las pruebas sobre el terreno se revisó y reimprimió la publicación titulada *Nutrition Handbook for Community Workers*. Fue publicado conjuntamente por el CFNI y la Asociación de Nutricionistas y Dietistas del Caribe (CANDI) el volumen *Food Guide for the Caribbean*, que contiene normas dietéticas básicas para ayudar a la población a prevenir o controlar enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Se preparó el esquema de un anteproyecto sobre elaboración de material didáctico para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus y se formuló la propuesta del proyecto. Atendiendo a innumerables solicitudes, se reimprimió el *Diet Manual for the Caribbean* junto con un volumen de la misma serie titulado *Physician's Guide to Diet Ordering*. Después del ensayo práctico de los datos, se publicó también la versión definitiva de una guía dietética para la insuficiencia renal crónica. Dentro del Programa Mixto OMS/UNICEF de Apoyo a la Nutrición (JNSP), se ensayó sobre el terreno la publicación *Food and Nutrition Manual for Children in Primary Schools*.

2.27 Información técnica. Se elaboró un documento sobre perfiles de alimentación y nutrición de los países de habla inglesa del Caribe y Suriname que serviría de base para el establecimiento de un sistema eficaz de vigilancia de la alimentación y la nutrición. Continuaron utilizándose las tablas trimestrales del costo de los nutrientes como indicador valioso de la vigilancia alimentaria. Siguieron apareciendo los artículos informativos del *NYAM News*, y se publicó el volumen titulado *Food and Budgeting for Caribbean Families*, en el

que se compilaron artículos del *NYAM News*, como instrumento para la educación del consumidor. También se publicó el boletín trimestral del Instituto, *CAJANUS*, así como un índice.

2.28 Capacitación. La actividad principal emprendida en 1984 fue el curso de 7 meses sobre nutrición de la comunidad en el que participaron 19 estudiantes de 15 países miembros. Prosiguieron las sesiones de enseñanza sobre nutrición para posgraduados en la Unidad de Investigaciones Tropicales del Metabolismo y el Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales, así como las enseñanzas teóricas en la Facultad de Agricultura de la propia Universidad, para alumnos no graduados. En las Islas Vírgenes Británicas tuvo lugar un taller, dedicado a enfermeras, sobre la educación del paciente con respecto a la hipertensión. También se dictaron cursos para actualizar los conocimientos de nutricionistas y diestistas profesionales en materia de tratamiento de la hipertensión.

2.29 El CFNI cooperó en la ejecución del programa de adiestramiento de enfermeras especializadas en el Caribe Oriental, en programas de participación comunitaria en el control de diabetes en Barbados y en la formulación y ejecución de un curso de 4 meses celebrado en Kingston para supervisores de servicios alimentarios. Se fortaleció el adiestramiento intersectorial no formal en nutrición a nivel de la comunidad, mediante el establecimiento de un curso piloto de instrucción a distancia utilizando las instalaciones del Experimento de Enseñanza a Distancia de la Universidad de las Indias Occidentales (UWIDITE). Un total de 30 asistentes de la comunidad de los países y centros vinculados por esta red participaron en un curso de 6 semanas de adiestramiento en servicio, en el que se empleó como material de enseñanza el manual titulado *Nutrition Handbook for Community Workers*. Conjuntamente con la Facultad de Educación de la Universidad de las Indias Occidentales y la FAO, se organizó un

taller sobre la educación en alimentación y nutrición en instituciones formadoras de maestros. Comprendidos también en el Programa Mixto OMS/UNICEF de Apoyo a la Nutrición, se llevaron a cabo en San Vicente y las Granadinas y en Dominica talleres de capacitación para agentes comunitarios de la salud, enfermeras, auxiliares de enfermería, funcionarios de agricultura y desarrollo de la comunidad, personal de extensión agrícola y enfermeras especializadas en salud familiar.

2.30 Cooperación técnica. El establecimiento y ejecución de programas y proyectos a nivel nacional y comunitario reforzó la colaboración entre el CFNI y CARICOM, principalmente en el área de la Estrategia Regional para la Alimentación y Nutrición (RFNS). Una de esas actividades fue la organización de un taller intersectorial sobre "Disponibilidad de alimentos y estado nutricional de la familia en Jamaica: un reto para el futuro". La finalidad del taller consistió en sensibilizar al personal directivo principal de los sectores público y privado acerca de los problemas de la alimentación y la nutrición, con referencia concreta a los factores socioeconómicos que afectan la disponibilidad de alimentos y el estado nutricional de la familia. En Jamaica se celebró una reunión con el propósito de establecer las bases de colaboración entre instituciones involucradas en proyectos de alimentación y nutrición. Otro importante aspecto de la cooperación técnica del CFNI fue el Programa Mixto OMS/UNICEF de Apoyo a la Nutrición, administrado por el UNICEF/OPS/OMS, con fondos del Gobierno de Italia. Coordinado por el Instituto, este programa se inició en mayo de 1984 en Dominica y San Vicente y las Granadinas y pretende incorporar la nutrición en la atención primaria de salud. Mediante este programa se intenta reducir la mortalidad infantil y de la primera infancia, mejorar el crecimiento y desarrollo del niño, así como la nutrición materna, y contribuir a la prevención y control de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes. En los componentes del programa de am-

bos países se incluye el apoyo del Consejo de Alimentación y Nutrición, la formación de personal de salud y otras profesiones afines, así como actividades de atención primaria de salud. Bajo este programa, se procedió a una revisión de la política de alimentación y nutrición de Dominica. El CFNI también participó en el establecimiento de una Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición. Asimismo preparó un proyecto para mejorar la nutrición a través de la atención primaria de salud y lo inició en Belice, con considerable apoyo técnico del CFNI/OPS/OMS y del UNICEF. La segunda reunión del Comité Asesor Científico (SAC) del CFNI y la 17a del Comité Asesor en Política (PAC) se celebraron en Kingston, Ja-

maica, en diciembre de 1984, para estudiar el programa de trabajo del Instituto.

Salud maternoinfantil y planificación familiar

2.31 En su mayoría, los países de la Región continúan experimentando descensos en las tasas de mortalidad materna, infantil (cuadro 4 y figura 1) y preescolar, conjuntamente con aumentos en las coberturas de servicios básicos de salud a mujeres y niños. Asimismo, las tasas de fecundidad y de crecimiento demográfico muestran tendencias descendentes, debidas en gran parte al desarrollo educativo y social de las comunidades

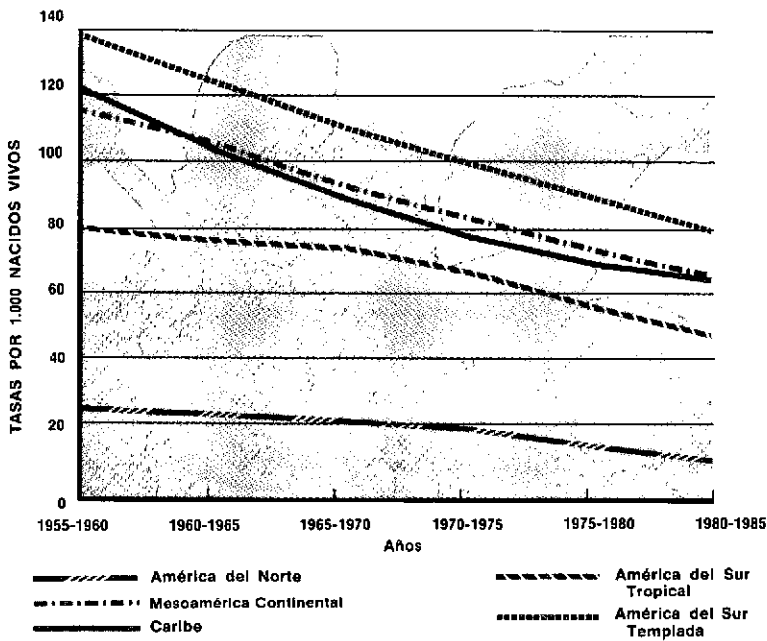
Cuadro 4. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en algunos países de las Américas, 1960-1985*

País	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Argentina	59,5	56,4	51,3	47,2	43,2
Barbados	60,8	46,4	33,8	27,0	25,5
Bolivia	163,6	157,5	151,3	138,2	124,4
Brasil	111,8	102,3	94,9	82,4	72,4
Canadá	26,3	21,3	16,4	12,2	10,4
Colombia	84,5	74,2	66,9	59,4	53,3
Costa Rica	80,6	65,6	50,9	29,3	25,7
Cuba	59,6	47,8	33,8	22,5	20,4
Chile	110,5	95,1	69,5	46,3	40,0
Ecuador	132,3	114,5	100,1	86,0	77,2
El Salvador	128,0	112,0	101,0	84,8	71,0
Estados Unidos de América	25,2	22,2	18,1	14,0	12,1
Guatemala	114,9	101,5	90,2	79,0	67,7
Guayana Francesa	...	...	57,6	47,9	40,5
Haití	170,5	150,2	134,9	120,9	108,2
Honduras	136,8	124,0	110,7	95,4	81,5
Jamaica	54,4	47,0	42,0	30,1	26,2
Martinica	47,7	42,5	34,8	23,0	21,0
México	86,2	78,6	68,6	59,8	52,1
Nicaragua	136,4	122,2	108,9	96,5	84,5
Panamá	62,6	53,9	43,8	36,2	32,5
Paraguay	80,6	66,9	52,6	48,6	45,0
Perú	152,2	132,8	106,5	93,5	81,9
República Dominicana	110,0	96,3	83,6	73,1	63,5
Suriname	63,5	54,6	46,7	39,2	33,8
Trinidad y Tabago	48,0	45,0	40,4	34,6	29,9
Uruguay	47,9	47,1	46,3	41,7	37,6
Venezuela	76,9	64,9	52,4	44,8	38,6

... Información no disponible.

* Fuente: CELADE, Roma, abril 1984. Documento CESA/ICP/1984/EGIV/12.

Figura 1. Tendencias de la mortalidad infantil en las subregiones de las Américas de 1955-1960 a 1980-1985



Fuente: Publicación CESA/ICP 1984/EGIV/12, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

con respecto al uso de medios de regulación de la fecundidad.

2.32 La OPS/OMS ha cooperado con los gobiernos orientando los esfuerzos hacia la elaboración de metodologías encaminadas a extender selectivamente las coberturas de servicios a los grupos de población postergados y las áreas socialmente deprimidas. En este sentido, continuó aplicándose el criterio del riesgo como herramienta de gestión útil para reconocer a las comunidades y familias más vulnerables, enfrentar factores de enfermedad con actividades intersectoriales, y orientar racionalmente la asignación de recursos. En este contexto se realizaron en 1984 seminarios nacionales y locales sobre el tema, mientras el esfuerzo regional se concentró en tres talleres para docentes y divulgadores realizados en La Falda (Argentina), Medellín (Colombia) y Lima (Perú). Participaron 83 profesionales provenientes de 14 países de la

Región. Como resultado de los talleres se redactó el manual sobre enfoque de riesgo en la atención de salud, ya revisado y listo para publicarse a principios de 1985. Se están realizando nueve estudios sobre factores de riesgo en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Guatemala, México, Nicaragua y Uruguay, con apoyo de la OPS/OMS.

2.33 En el área del crecimiento y desarrollo del niño se intensificó el trabajo de la red de instituciones cooperantes, integrada por los centros de La Plata (Argentina), La Habana (Cuba), Denver (EUA) y México, además de otras instituciones nacionales y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Montevideo, Uruguay. En septiembre se reunió en Washington, D.C., un Grupo Regional de Consulta sobre este tema, con participación de UNICEF y otras agencias interesadas en la materia. El Grupo definió el tipo de instrumentos de control de

crecimiento y desarrollo por utilizarse, así como las investigaciones que han de apoyarse.

2.34 En el taller regional sobre "Estrategias de Atención Primaria de Salud y Mortalidad del Niño" realizado en mayo en México, se presentaron estudios sobre la mortalidad infantil en las Américas y su relación con los servicios de salud, la evolución de la mortalidad infantil en Costa Rica, Cuba, Chile, y algunas experiencias relevantes de programas locales que han logrado influir en la reducción de la mortalidad infantil. Además de analizarse las investigaciones presentadas, se examinaron las características de propuestas y protocolos para extender estos estudios a otras áreas. Se concluyeron las publicaciones en preparación desde el año anterior, editándose y distribuyéndose ampliamente el libro titulado *Salud Maternoinfantil y Atención Primaria—Hechos y Tendencias*, un folleto sobre la salud del niño en las Américas y una bibliografía anotada sobre mortalidad maternoinfantil.

2.35 En noviembre se realizó en Washington, D.C., la Conferencia Interregional sobre Tecnología Apropiaada Prenatal en la que participaron más de 50 investigadores del Caribe, Estados Unidos de América, Europa y Latinoamérica. Durante la conferencia surgieron lineamientos orientadores para el desarrollo de tecnologías útiles en el control prenatal, así como para la selección y evaluación de las mismas.

2.36 Se trabajó intensamente en la formación del personal de salud maternoinfantil en una amplia gama de categorías, desde parteras empíricas hasta profesionales ya especializados en el tema, dándose énfasis a la administración de programas de salud maternoinfantil. Se desarrollaron seis cursos internacionales adaptados a los requerimientos de los programas en Buenos Aires, Argentina; Cali, Colombia; Medellín, Colombia; Santiago, Chile (2), y Montevideo (CLAP), Uruguay. Cerca de 200 participantes de América Latina asistieron a dichos programas. El análisis,

conclusiones y recomendaciones de la reunión de diciembre de 1983 sobre educación en salud maternoinfantil se envió a los países participantes y a las entidades donantes. Además, se publicó y distribuyó a los gobiernos la guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos. La implantación de medidas concretas en este campo ya se ha iniciado en algunos países y todo hace prever su rápida expansión.

2.37 El Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo de la OPS consideraron en sus 92a y XXX reuniones de junio y septiembre, respectivamente, el informe presentado por el Director de la OSP sobre el tema "Base para la definición de la política de acción de la Organización en asuntos de población". El Consejo Directivo adoptó la resolución CD30.R8 que recomienda a los gobiernos fortalecer los programas maternoinfantiles, tomando en cuenta su estrecha relación con los problemas de dinámica de población, a la vez que promover la participación de todos los sectores en la formulación de políticas de población. Insiste, asimismo, en el uso de los datos demográficos para la identificación de los grupos prioritarios y las poblaciones de mayor riesgo. Este mismo informe fue examinado posteriormente por los grupos de salud y población del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la AID/EUA, con el propósito de estimular la coordinación en este campo.

2.38 Dentro de las investigaciones sobre salud maternoinfantil y planificación familiar se destacan el estudio acerca de las características sociodemográficas y la problemática de las madres solteras adolescentes realizado en Colombia conjuntamente con la Universidad Javeriana; el estudio sobre educación en anti-concepción, un modelo de programa para adolescentes desarrollado en San Cristóbal y Nieves, conjuntamente con la Universidad de las Indias Occidentales, y el diseño de la investigación sobre la conducta reproductiva de los adolescentes que se realizará en Cuba con el Instituto de Ciencias de la Salud. Estas iniciativas han permitido elaborar una metodo-

logía de investigación que se pondrá a disposición de los demás países en 1985. Debe mencionarse que a nivel de país y a través de los proyectos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), se desarrollaron investigaciones sobre la mortalidad infantil en Bolivia, Paraguay y Uruguay. En Paraguay también se investigó la incidencia del aborto, en conjunción con la Universidad Nacional.

2.39 Tomando como base las experiencias de evaluación de la capacitación de las parteras tradicionales realizadas en Bolivia, Colombia, El Salvador, Honduras y Perú, se convocó un grupo de trabajo multidisciplinario para preparar un modelo más completo de la evaluación de los programas de capacitación de parteras tradicionales.

2.40 Se colaboró con el FNUAP en la provisión de información básica para la evaluación de proyectos de salud y educación para la vida familiar, cuya ejecución está a cargo de los países con la cooperación de la OPS/OMS. A partir del resultado de la evaluación de los enfoques seguidos en salud materno-infantil en 1983, se revisaron y ajustaron las estrategias de cooperación técnica para los países de habla inglesa del Caribe. Respondiendo a las necesidades expresadas por estos mismos países, FNUAP financió un curso más de salud familiar para enfermeras. Durante el presente año se ejecutaron conjuntamente con el FNUAP 35 proyectos, de los cuales 31 fueron a nivel de país y 4 regionales. Los fondos presupuestados ascendieron a EUA\$7,5 millones y la información disponible indica que se llegará a ejecutar el 95% de los fondos correspondientes a los proyectos. Merece destacarse el inicio de nuevos proyectos de 4 años de duración en Brasil, Ecuador y Grenada por un monto de casi EUA\$18 millones y la extensión de los proyectos de Antigua, Honduras, Nicaragua y Perú por casi EUA\$10 millones durante 4 años.

2.41 Los 18 proyectos de salud materno-infantil financiados por la Fundación W.K. Kellogg han continuado recibiendo el apoyo

técnico de la OPS/OMS durante 1984, especialmente en los aspectos cualitativos de las actividades de salud, así como en capacitación e investigación. Los cursos internacionales de salud materno-infantil con énfasis en atención primaria han recibido apoyo técnico-financiero de la Fundación Kellogg. Durante la reunión anual de los coordinadores de proyectos de planificación familiar realizada en Santiago, Chile, se apreció el avance significativo de los proyectos merced a la creciente participación de las instituciones locales y de las comunidades en las actividades de desarrollo de la atención primaria. Pudo también advertirse las reales posibilidades de trabajo por medio de redes nacionales e internacionales sobre desarrollo y evaluación de tecnologías de salud y realización de investigaciones sobre los servicios de salud. En el nuevo plan de trabajo, aprobado por la Fundación Kellogg para el próximo trienio, se contempla la creación de seis o siete redes de este tipo de funciones en las cuales los proyectos de salud materno-infantil aunarán esfuerzos y recursos con los proyectos de administración de salud.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

2.42 El CLAP continuó desarrollando investigaciones y tecnologías para la atención perinatal, diseminando información, capacitando personal, y prestando cooperación técnica con los países para la organización de servicios de salud perinatal.

2.43 **Investigaciones y desarrollo de tecnologías.** Debe hacerse notar que las investigaciones que se venían realizando en el propio Centro, están transfiriéndose gradualmente a los países con la finalidad de contribuir a fortalecer las capacidades nacionales y producir un mayor impacto. En 1984 el CLAP trabajó con 17 países de la Región en actividades conjuntas. Los programas iniciados y en ejecución fueron los siguientes:

en el campo del crecimiento y desarrollo se estudió la eficacia de diferentes tecnologías para estimar la edad de gestación, peso y salud fetal; se elaboraron tecnologías simples para estimar la madurez pulmonar fetal en la rotura prematura de membranas ovulares, así como la correlación entre la madurez placentaria y la madurez pulmonar fetal. En cuestiones de lactancia, se estudiaron los patrones de la lactancia materna en niños de muy bajo peso; las técnicas de lactancia en niños prematuros, y la variación del flujo lácteo durante el amamantamiento. Se investigó la epidemiología del bajo peso al nacer, se realizaron programas de normalización para el manejo perinatal de la prematuridad, se estudiaron los patrones de la contractilidad durante el embarazo, y se investigó la hemorragia intracerebral en los nacidos con bajo peso. Se probaron sistemas de registros perinatales, con la historia clínica perinatal, la historia clínica perinatal simplificada, y el carné pediátrico.

2.44 En enfoque de riesgo, se estudió el momento de alta en casos de bajo riesgo y las

implicaciones materno-neonatales, el riesgo presentado por factores perinatales, y los hábitos y uso de fármacos en el embarazo. Además, se realizaron estudios sobre los patrones de la presión arterial durante el embarazo y sobre el diagnóstico de la situación perinatal en los servicios materno-infantiles.

2.45 **Diseminación de información.** Se publicaron y distribuyeron 45 artículos científicos elaborados en el Centro. La automatización de la biblioteca del Centro realizada este año posibilitó la preparación de series técnicas y la asistencia bibliográfica especializada a los países. El boletín semestral del CLAP *Salud Perinatal* aumentó su tirada a 10.000 ejemplares.

2.46 **Capacitación de personal.** En 1984 asistieron 258 becarios a los cursos del CLAP (cuadro 5). También se realizaron pasantías con programas docentes específicos.

2.47 **Cooperación técnica.** Las solicitudes de 14 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador,

Cuadro 5. Participantes en los cursos de capacitación del CLAP por materia del curso y por país de origen, 1984

Materia del curso	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Costa Rica	Chile	Ecuador	El Salvador	España	Guatemala	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Total
Fundamentos científicos para la asistencia perinatal integral según riesgo ^a	—	1	1	4	—	1	1	—	1	—	—	—	1	1	1	12
Especialización en salud ^{b,c}	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	4
Metodología para investigación epidemiológica, operacional y clínica en perinatología ^d	3	1	1	4	—	1	1	—	1	—	—	1	2	2	2	27
Evaluación del crecimiento y desarrollo fetal ^e	6	1	1	5	1	2	2	—	1	—	—	1	5	1	1	21
Normalización del control prenatal según riesgo	9	1	1	6	2	2	2	—	—	1	2	—	5	2	1	19
Crecimiento y desarrollo posnatal ^e	1	1	2	4	—	2	1	—	1	1	1	1	3	1	1	15
Introducción en salud pública para el área perinatal y materno-infantil ^d	5	1	1	5	—	3	1	3	1	—	7	2	8	1	1	27
Total	24	6	7	29	3	11	8	3	5	2	12	5	24	8	1	111

— Ninguno.

^aCurso de 7 meses. ^bContinuación del curso sobre asistencia perinatal integral según el riesgo. ^cCurso de 2 años. ^dCurso de 4 semanas. ^eCurso de 2 semanas.

Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela) para actividades concretas programadas requirieron del CLAP 310 días de consultoría. Fundamentalmente, se brindó cooperación en las áreas de organización de servicios; capacitación de personal; investigación, y normalización.

Salud de los trabajadores

2.48 Tal como se definió en 1983, la cooperación de la OPS/OMS en el campo de la salud de los trabajadores está destinada a apoyar, reforzar o promover actividades nacionales de salud ocupacional como parte de los servicios de salud. Merecen destacarse al respecto varias iniciativas de interés regional. La realización del seminario-taller sobre actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud, celebrado en marzo en Campinas, Brasil. El seminario tuvo como objetivo discutir las implicaciones de las interrelaciones entre la salud ocupacional y los servicios de salud; analizar experiencias de los países de la Región relativas a actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud, y discutir mecanismos y proponer estrategias para aprovechar dichas experiencias. Asistieron 40 participantes de 11 países de la Región, habiéndose identificado experiencias y modelos puestos en marcha en algunos países como Brasil, Colombia, Cuba, Chile y República Dominicana. Como subproducto del evento destacan la publicación en marcha titulada *Antología de Experiencias* y la amplia distribución del informe final del seminario, que contiene guías útiles para poner en práctica la estrategia de integración de la salud ocupacional en la red de servicios de salud. Durante el VII Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos en el Trabajo, promovido por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CISS), realizado en Oaxtepec, México, en noviembre, la OPS/OMS contribuyó con un documento sobre las actividades de salud ocupacional en los programas de atención médica en el que se señalan

pautas de acción basadas en las experiencias discutidas en el seminario de Campinas.

2.49 Bolivia y Suriname revisaron en 1984, sus programas de salud ocupacional con la cooperación de la OPS/OMS. Bolivia dio los pasos preliminares para fortalecer el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) y descentralizar hacia las regiones de salud las actividades de monitoría de los trabajadores de alto riesgo, como los de minería y agricultura expuestos a plaguicidas fosforados. Suriname espera controlar, con la cooperación de la OPS/OMS, el problema de las intoxicaciones por plaguicidas, en especial el paraquat. Varios estados de Brasil, como São Paulo y Rio de Janeiro, están llevando a cabo la integración de los programas de salud de los trabajadores a los programas de salud de los adultos. Colombia decidió asignar al Instituto de los Seguros Sociales (ISS) un papel importante en salud ocupacional y fortalecer el Comité Nacional de Salud Ocupacional. En el seminario-taller sobre salud ocupacional, llevado a cabo en noviembre, se analizaron las implicaciones prácticas y las estrategias destinadas a desarrollar la salud ocupacional. Con Cuba se definieron los términos de referencia y el programa tentativo de trabajo para obtener la cooperación del Instituto de Medicina del Trabajo, en La Habana, como Centro Colaborador, sumándose los esfuerzos de los centros que ya desempeñan esta función en la Región.

2.50 Con la cooperación de la OPS/OMS, Chile organizó en noviembre, el primer congreso chileno de salud ocupacional y enfermedades ocupacionales, celebrado en Concepción. La OPS/OMS también aportó sugerencias prácticas incluyendo la enseñanza de salud ocupacional en las facultades de medicina. Guatemala asignó al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) un papel importante en materia de salud ocupacional. También durante 1984 se formalizó la designación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, en Houston (EUA), como Centro Colaborador en salud ocupacional.

Salud de los ancianos

2.51 Los avances científicos, tecnológicos y administrativos han determinado gran incremento en el número de habitantes de 60 años y más. En América Latina, se prevé que dicho grupo de población se elevará de 23 millones (6,4%) en 1980 a 41 millones (7,2%) en el año 2000. Este aumento en la magnitud absoluta y relativa de la población anciana ha obligado a muchos países a expandir y adaptar los servicios de salud a fin de atender las demandas de dicho grupo social en forma acorde con el desenvolvimiento social, económico y cultural de los países, y con la definición de las políticas nacionales sobre el envejecimiento.

2.52 En 1984, varios gobiernos procedieron a evaluar, con la cooperación de la Organización, los programas de atención a los ancianos para determinar las estrategias por seguir y las actividades de capacitación de personal. Argentina, Chile y Uruguay celebraron, con el apoyo de la Organización, una reunión en Punta del Este a fin de establecer líneas concretas de acción en materia de enfermedades crónicas y atención de los ancianos. Se complementará esta iniciativa con un seminario sobre políticas de atención a dicho grupo social que se efectuará en Buenos Aires en 1985. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Pensionados y Jubilados de Argentina organizó un taller, con apoyo técnico de la Organización, para actualizar el personal de esta institución, que presta atención a 3 millones de ancianos, es decir, el 90% de este grupo. Debe mencionarse asimismo que Argentina, Barbados, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, El Salvador, Guyana y Jamaica participaron activamente en la preparación y levantamiento de la encuesta de necesidades de los ancianos, auspiciada por la OPS/OMS y con apoyo financiero de las Naciones Unidas. Tres de ellos (Costa Rica, Chile y Guyana) finalizaron la encuesta durante 1984.

2.53 Los países que participan en el estudio colaborativo antes mencionado estuvieron

representados en la reunión sobre orientación de políticas de salud para los ancianos, organizada por la OPS/OMS y la Fundación Kellogg que tuvo lugar en Washington, D.C. Participaron en este evento 25 expertos de las Antillas Neerlandesas, Bélgica, Canadá, Costa Rica, Dinamarca, Estados Unidos de América, el Reino Unido y Venezuela, quienes compartieron sus experiencias con los delegados de Argentina, Barbados, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica y Uruguay. También asistieron representantes del Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (Austria) y del Centro Internacional de Gerontología Social (Francia). Basándose en la experiencia de los países desarrollados, se identificaron en la reunión aspectos directrices que han de tomarse en cuenta antes de planearse la atención de los ancianos, tales como los parámetros demográficos, científicos, económicos, sociales y psicológicos; los aspectos de información al público; el adiestramiento de personal; las alternativas en materia de seguridad social; la autoatención; la función de los servicios de salud, con especial énfasis en la atención primaria y la participación familiar y comunitaria, la función de las organizaciones no gubernamentales en la promoción, y la colaboración con los gobiernos en las políticas correspondientes. La OPS/OMS publicará en breve los resúmenes de las presentaciones y conclusiones de este evento, esperándose que contribuyan no solo a la difusión y comprensión de este aspecto básico de la salud pública en América Latina sino que sirvan sobre todo de fuente de información y orientación para la promoción de iniciativas a nivel nacional.

Salud de los impedidos

2.54 La promoción de la rehabilitación como componente de la atención primaria y de los servicios generales de salud, están conduciendo a los países de la Región y a la OPS/OMS a efectuar cambios en ciertos aspectos de la programación, coordinación y

ejecución de actividades. Al respecto, el Consejo Directivo de la OPS consideró en su XXX Reunión celebrada en septiembre-octubre de 1984 un informe del Director sobre el tema y aprobó la resolución CD30.R7, en la que se insta a los gobiernos a continuar adoptando políticas y programas de protección y asistencia integral a las personas impedidas y de prevención de las causas de invalidez; y que den especial énfasis al desarrollo de las tecnologías de rehabilitación en la formulación de los programas para las personas impedidas, con base en la familia y la comunidad, en el contexto de la estrategia de atención primaria de salud. Esta decisión constituye la base para la promoción de actividades de los gobiernos y la OPS/OMS.

2.55 Algunos gobiernos, con la cooperación de la OPS/OMS, están llevando a la práctica la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Dentro de este esquema, Argentina capacitó en servicio a agentes sanitarios de las provincias de Jujuy, la Rioja y Neuquén. Con funcionarios nacionales de Chile, Ecuador, Perú y Uruguay se examinó la posibilidad de aplicar la RBC en esos países. En México se analizaron los lineamientos de la RBC en zonas suburbanas. Las actividades de capacitación siguen recibiendo atención prioritaria en algunos países. La OPS/OMS cooperó en la realización de cursos sobre ortesis y prótesis en Chile, Ecuador y Uruguay y en el desarrollo del congreso nacional de terapia física en Colombia. Asimismo cooperó en la conferencia sobre sordera con la participación de 14 países y territorios de habla inglesa del Caribe y Haití.

2.56 Se fortaleció la coordinación con el Instituto Interamericano del Niño y con la "Helen Keller International Incorporated" en la preparación de un manual de rehabilitación basada en la comunidad. En coordinación con el UNICEF y con "Rehabilitation International", se participó en la reunión sobre los programas de prevención y rehabilitación de niños de 0 a 6 años, que estas dos instituciones realizaron en Panamá con representa-

tes de todos los países del Istmo Centroamericano y México. En el proceso de difusión de conocimiento, se destaca la distribución de la publicación en español, inglés, francés y holandés sobre la autoatención de las personas paraplégicas entre las autoridades nacionales y los organismos de las propias personas incapacitadas.

Salud oral

2.57 En el campo de odontología preventiva, se concedió especial atención al desarrollo de la capacidad de los países para proceder a la fluoruración de la sal de mesa refinada como método alternativo a la fluoruración de los sistemas de abastecimiento de agua, de conformidad con una resolución (CD26.R39) del Consejo Directivo de la OPS en su XXVI Reunión (septiembre de 1979). Se llevó a cabo un seminario viajero con la asistencia de seis participantes de cinco países (Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica y México) con el fin de examinar directamente la fluoruración de la sal en Suiza y los equipos, los procedimientos y el material apropiados en Alemania Occidental y Holanda. Durante 1984, Colombia y Perú aprobaron decretos en virtud de los cuales se autoriza la fluoruración de la sal, y Jamaica anticipó la consideración de este método. En julio, los Ministros de Salud de la Comunidad del Caribe recomendaron el empleo de la fluoruración de la sal, y se adoptaron medidas para determinar los posibles procedimientos. En Costa Rica se inició una encuesta para identificar las necesidades de un programa de esta naturaleza y calcular el consumo de la sal de mesa. En México y Perú se determinaron los requisitos para implantar la fluoruración de la sal en esos países. Se prepararon modelos básicos de proyectos para introducir modificaciones en las fábricas de sal de Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica y México en relación con los requerimientos de tales programas. En Colombia se emprendió un estudio para evaluar la incidencia de la caries dental en una aldea que ha estado partici-

pando en un proyecto de fluoruración de la sal. En el proyecto quinquenal de Bermuda prosiguieron las actividades de prevención de la caries dental mediante el uso de otros vehículos que contienen fluoruro. Este programa demostró que en el período de 5 años se había reducido la incidencia de caries dental en un 80%. En Dominica se llevó a cabo un programa de adiestramiento de maestros de escuela en salud oral y prevención de la caries dental. También se apoyó la iniciación de un programa en gran escala para que los escolares de Lima se enjuaguen la boca con fluoruro, así como a programas de prevención en El Salvador, Panamá y Venezuela. En la República Dominicana se llevó a cabo un proyecto nacional para la implantación de un programa de prevención de la caries dental.

2.58 En relación con el desarrollo de los servicios dentales preventivos o curativos, se introdujo un nuevo sistema de prestación de asistencia dental en los servicios de salud de Viña del Mar, Chile, y, con el Gobierno de Argentina, se examinó la provisión de servicios dentales dentro de los programas generales de salud. Se celebró en la República Dominicana una reunión multidisciplinaria para estudiar posibles enfoques del desarrollo de los recursos de odontología y la prestación de servicios. Asimismo, un grupo mixto de trabajo finalizó los preparativos de una encuesta sobre disponibilidad de equipo y material dental y en qué medida la Región importa o exporta estos artículos.

2.59 No obstante, la mayor preocupación es la provisión y accesibilidad de los servicios dentales a las poblaciones rurales y a las urbanas marginadas. Por este motivo, se adoptaron las primeras medidas tendientes a determinar las barreras que se oponen al desarrollo de la salud oral en los países en desarrollo de la Región, las cuales serán objeto de examen durante una reunión que tendrá lugar en Brasil en 1985.

2.60 En 1984 se puso considerable énfasis en la elaboración de medios audiovisuales, entre los que se destacan las video cintas so-

bre el programa de prevención dental de Bermuda, sistemas y equipo simplificados que se emplean en los programas de México y aspectos del programa de la Organización en salud oral. En la República Dominicana comenzó la producción de material audiovisual para su uso en gran escala por parte del personal de la comunidad en los programas preventivos.

Salud mental

2.61 En 11 países de la Región se continuaron los programas de fomento del desarrollo psicosocial del niño mediante el estímulo de su interacción con el ambiente. Se prestó especial atención al grupo de niños con mayor riesgo de sufrir retardo en el desarrollo intelectual por su mayor vulnerabilidad frente a agentes biológicos o sociales. Barbados, Cuba y Panamá han iniciado actividades orientadas al manejo de factores psicosociales favorecedores de enfermedades, mediante la modificación de la conducta y la disminución de las tensiones. Para este fin, en Cuba se ha organizado un programa que cuenta con 600 psicólogos en los centros de salud. En el Seminario Internacional de Psicología de la Salud realizado en La Habana en diciembre de 1984 se examinaron los programas de tres países, subrayándose la relevancia del enfoque psicosocial en el control de enfermedades crónicas, problemas de los adolescentes y accidentes. La ayuda a los padres del niño retardado fue el tema de un seminario celebrado en Guyana, y el manejo de los problemas psicológicos en el seno de las familias fue el tema tratado en tres cursos para trabajadores de centros de salud de Belice, Costa Rica y Honduras. En el segundo seminario del Caribe (el primero se realizó en 1983) sobre psiquiatría transcultural reunido en las Islas Vírgenes (EUA) en marzo de 1984, representantes de los países de habla inglesa del Caribe examinaron los modelos utilizados en esa área para el tratamiento de las enfermedades mentales, destacándose entre las recomendaciones las referentes al impacto de los factores étnicos y

el valor del apoyo comunitario. En Perú se capacitó a un grupo de pediatras y médicos generales en la identificación y tratamiento de algunos problemas mentales y del desarrollo psicosocial, de alta prevalencia en la población infantil.

2.62 En respuesta al aumento progresivo de los problemas derivados del alcoholismo y la farmacodependencia en la Región y a la demanda de servicios de asesoría por parte de los gobiernos, la Organización brindó cooperación técnica a ocho países y a la subregión del Caribe en materia de elaboración de propuestas para la obtención de financiamiento externo.

2.63 La OPS/OMS colaboró con la subregión del Caribe, a través del Instituto de Alcoholismo del Caribe, en la organización de un seminario sobre prevención de accidentes de tránsito y en la planificación de un seminario sobre prevención de la farmacodependencia. Para enfrentar el creciente problema del uso de cocaína en la Región, se auspició un seminario en Bogotá, destinado a médicos clínicos de los países del área andina. Además, en septiembre se organizó conjuntamente con la OMS y el Gobierno de Colombia una reunión de 22 expertos sobre cocaína para acordar una estrategia mundial de prevención y control. Los Centros Colaboradores de la OMS, entre ellos el Instituto Nacional del Uso Indebido de Drogas y el Instituto Nacional de Alcoholismo y Abuso del Alcohol de los Estados Unidos de América, la Fundación de Investigaciones de Farmacodependencia del Canadá, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Universidad de Miami han facilitado consultores de esas instituciones para proporcionar cooperación técnica a los programas nacionales. En Guatemala, la Organización participó con la Universidad de Alabama (EUA) y el Gobierno en la realización del primer seminario latinoamericano sobre alcoholismo en la industria.

2.64 Se realizaron talleres sobre la organización de servicios comunitarios de salud mental en Anguila, Chile y Uruguay, y se dio

apoyo a las actividades de rehabilitación del paciente mental crónico en Chile, Guatemala y la República Dominicana. En Argentina, Bolivia, Dominica y Grenada, las autoridades nacionales, con la cooperación de la Organización, decidieron adoptar programas de salud mental y asistencia psiquiátrica en consonancia con los nuevos planes nacionales de salud. Se evaluaron los programas de salud mental de Colombia, Costa Rica, El Salvador y Guatemala y del Estado de Rio de Janeiro (Brasil) con la colaboración técnica de la OPS/OMS. Como resultado de esa evaluación se sugirió reorientar los programas nacionales, haciéndose hincapié en la descentralización de los servicios y la participación comunitaria. Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá han proseguido extendiendo los servicios de salud mental mediante la utilización de la red de atención primaria, apoyada por los servicios de mayor complejidad.

Prevención y control de accidentes

2.65 En cumplimiento de una resolución de la 8a Conferencia de Ministros de Salud en el Caribe se realizó, del 12 al 15 de junio, en Bridgetown, Barbados, un taller sobre la prevención de accidentes de tránsito en los países de habla inglesa del Caribe con los auspicios de la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Gobierno de Barbados y la OPS/OMS. La reunión tuvo como fines principales identificar la naturaleza y etiología de los accidentes de tránsito en el Caribe, recomendar métodos para reducir su frecuencia y efectos, y desarrollar un plan de acción para la reducción del problema. Asistieron a esta reunión 21 delegados de 10 países caribeños entre los que se encontraban epidemiólogos, funcionarios de policía y de transporte y administradores de salud. Cabe destacar, entre las conclusiones más importantes, la creación inmediata de comités nacionales sobre seguridad vial y la designación del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) como entidad coordinadora

en adiestramiento, vigilancia epidemiológica e investigación de los accidentes de tránsito.

2.66 Con la colaboración conjunta del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF—Banco Mundial) y la OPS/OMS, se analizó en Colombia el programa de prevención de accidentes de tránsito, particularmente en los aspectos referentes a la información y la evaluación, así como en lo relativo a la construcción y mantenimiento de carreteras. Se proyecta incorporar los resultados de este estudio como acciones específicas en los planes nacionales de prevención. En Cuba se realizó un taller sobre el desarrollo de investigaciones en el campo de la prevención de accidentes en la infancia. Durante esta reunión se discutió la experiencia cubana resultante de la realización de una encuesta de morbilidad por accidentes en menores de 15 años. La metodología desarrollada se ofrecerá a otros países de la Región como instrumento que les permita conocer la magnitud

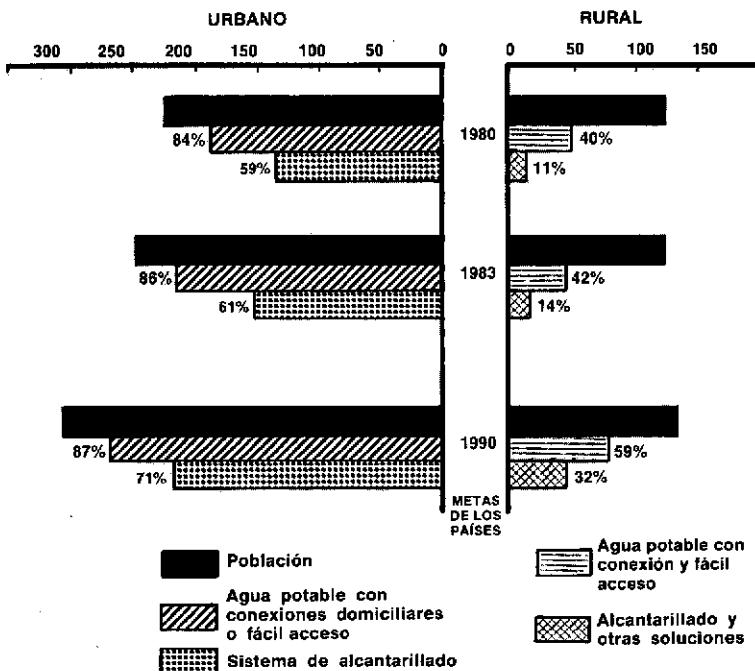
del daño y promover luego el establecimiento de programas adecuados.

Salud ambiental

Abastecimiento de agua potable y eliminación de excreta y desechos líquidos

2.67 Dentro del contexto del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (DIAAPS) cuyo propósito es lograr la cobertura integral de la población, con énfasis especial en los grupos humanos menos privilegiados, se analizó la información obtenida en 1983 sobre las coberturas alcanzadas en 26 países de América Latina y el Caribe con 369 millones de habitantes, o sea el 96% de la población total de esa Región, figura 2. El análisis reveló que el

Figura 2. Población urbana y rural servida con agua potable y alcantarillado en 26 países de América Latina y el Caribe, 1980, 1983 y metas a ser alcanzadas en 1990



86% de la población urbana y el 42% de la población rural disponían de sistemas de abastecimiento de agua potable y que el 61% y el 14% de la población urbana y rural, respectivamente, tenían servicios de alcantarillado y de eliminación de excreta. En relación con 1982, estos datos señalan incrementos de un 2% en el abastecimiento de agua potable en zonas urbanas y rurales y en los servicios urbanos de alcantarillado y saneamiento y de un 3% en los servicios rurales de eliminación de excreta. De continuar esta tendencia en 1990 podría alcanzarse la meta del abastecimiento de agua potable en zonas urbanas y estaría próxima a alcanzarse la misma meta en zonas rurales y la meta de servicios de alcantarillado.

2.68 Continuó la instrumentación de las estrategias del Decenio con vistas a la implantación de los planes nacionales formulados en 1983 por Bolivia, Haití, Honduras y Paraguay. A través del programa cooperativo entre la Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica (GTZ) y la OPS/OMS, además del Plan Nacional para el Decenio de Perú, se inició un proceso de fortalecimiento de las instituciones nacionales encargadas del abastecimiento de agua potable y del saneamiento en zonas rurales de Bolivia y Honduras. También se diseñó un plan para la provisión de agua potable y saneamiento en zonas rurales de Haití, que incluye el incremento de la capacidad gerencial y operativa de las instituciones nacionales a cargo de dichos servicios en el medio rural. Como parte de las actividades del programa cooperativo se realizó un taller de planificación en Corolco, Bolivia, en el que participaron los gerentes de las compañías de abastecimiento de agua potable y saneamiento para evaluar el desarrollo del Plan Nacional del DIAAPS. Como resultado de la evaluación se mejoró la coordinación y se creó la Asociación Nacional de Empresas de Agua y Saneamiento. En la subregión del Caribe, la OPS/OMS colaboró con Antigua en el análisis de métodos adecuados para la eliminación de desechos; también cooperó con Dominica en la preparación de la primera etapa de

planes reguladores de sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado, y con Trinidad y Tabago en la formulación del programa de cooperación técnica (PNUD) en adiestramiento, sistema de mapas, filtraciones, mantenimiento y control de contaminaciones. Dentro del proyecto de agua y saneamiento rural financiado por el PNUD, en El Salvador, se concluyó el adiestramiento en aguas subterráneas y su explotación. También con recursos del PNUD, en Guatemala se terminó la elaboración del Plan Nacional del Decenio y se inició un proyecto de fortalecimiento institucional del sector agua con un costo de EUA\$314.000 para 1985-1986.

2.69 A pesar de los problemas de endeudamiento de los países en la presente crisis económica, durante el ejercicio económico de 1983-1984, el total de préstamos del BID y del BIRF fue de EUA\$669,5 millones, sin incluir los componentes de agua y saneamiento en los préstamos destinados a otros sectores como el de agricultura. Los fondos nacionales de contrapartida durante ese mismo período, se estimaron en EUA\$1.617,9 millones. En Bolivia, continuó la cooperación técnica para la ejecución de las obras encaminadas a mejorar el acueducto de la ciudad de Tarija, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); así como la colaboración con el Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado de Cochabamba (SEMAPA), en las obras de alcantarillado que según se prevé concluirán a fines de 1985.

2.70 Dentro del Programa Global de Cooperación Técnica (BID/OPS/OMS), se colaboró en la preparación del proyecto de inversión en sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento destinados a San Salvador, El Salvador, cuatro ciudades de Honduras y Tijuana, México. Como resultado de la reunión sobre desarrollo de proyectos y financiamiento de sistemas de agua y saneamiento auspiciada por el Banco de Desarrollo del Caribe que se realizó en Jamaica en 1983, se preparó y circuló un inventario de los proyectos de los países del Caribe que requieren financiamiento.

2.71 Como parte del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, la OPS/OMS colaboró con los Gobiernos del Istmo en la formulación de 70 proyectos nacionales de los cuales 42 son de abastecimiento de agua potable, 16 de alcantarillado y eliminación de excreta, 4 de manejo de desechos sólidos y 8 enfocan otros aspectos del saneamiento y las contaminaciones. La inversión estimada es de EUA\$572 millones, incluidos EUA\$177 millones de financiamiento externo. Además se identificaron cuatro proyectos subregionales sobre investigación de fuentes de abastecimiento de agua, administración de desechos sólidos, producción de insumos y recursos humanos y tecnológicos. Su costo se estima en EUA\$21 millones, incluidos EUA\$11 millones de financiamiento externo.

2.72 En la formulación de proyectos debe destacarse la cooperación conjunta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC) y la OPS/OMS en cuatro proyectos de provisión de servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado y eliminación de aguas servidas en Cuba. En dichos proyectos, además de determinarse los recursos externos necesarios, internacionales y bilaterales, se han identificado las áreas en que se requiere la cooperación horizontal de otros gobiernos (CTPD), entre los que se mencionan Brasil y México.

2.73 Las posibles formas de encarar y resolver los problemas institucionales, económicos, técnicos y sociales que limitan la provisión de agua y saneamiento a la población marginada de áreas periurbanas, fueron examinadas en el Simposio Regional de Agua Potable y Disposición Sanitaria de Excretas en Areas Urbanas. El simposio, organizado por la OPS/OMS con el auspicio de AID/EUA, AIDIS (Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental), CEPALC (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) e IAWPRC (Asociación Internacional sobre Investigación y Control de la Contaminación del Agua) se celebró en Chile

en noviembre, con la asistencia de 105 participantes de 22 países y 9 agencias internacionales y bilaterales. El análisis conjunto de los problemas citados se traducirá, a nivel de cada país interesado, en un examen de los factores políticos, técnicos y financieros condicionantes que deben plantearse en la programación nacional correspondiente.

2.74 El material producido como resultado del taller sobre transporte, disposición y utilización de lodos resultantes del tratamiento de aguas negras (1983), que constituye una guía sobre el tratamiento de dichos desechos, se distribuyó entre las autoridades nacionales pertinentes. En los países de habla inglesa del Caribe hay interés de aprovechar estos desechos como fertilizantes.

2.75 Con el fin de examinar la nueva guía de la OMS sobre la calidad del agua potable y definir los procedimientos que han de seguirse en su aplicación en los países de la Región, se efectuó un taller en Santa Lucía con la asistencia de CARICOM y del Banco de Desarrollo del Caribe. Continuó la promoción del uso de sistemas simplificados de fluoruración de agua en República Dominicana, Uruguay y Venezuela. En México se adiestraron 40 profesionales de cinco Estados sobre técnicas de remoción de flúor del agua potable para su aplicación en áreas donde el contenido de flúor es elevado.

Administración de desechos sólidos

2.76 Los problemas relacionados con la administración de los desechos sólidos continúan intensificándose a causa del incremento de la cantidad y la naturaleza de dichos desechos, el crecimiento vertiginoso de las ciudades y de las zonas urbanas marginadas, los limitados fondos asignados a estos servicios, la transformación de la tecnología y la crisis y recesión económicas que padecen los países de la Región.

2.77 En este contexto, la colaboración de la OPS/OMS con los gobiernos se orientó a la

realización de estudios sectoriales y formulación de políticas, planes y programas; la identificación y preparación de proyectos; la promoción del manejo seguro de desechos peligrosos; la movilización de los recursos nacionales y cooperación entre países, y la transferencia de experiencias y tecnologías relativas al manejo de desechos sólidos. Así es como la Organización cooperó con Paraguay en la formulación del plan nacional de desechos sólidos, y con Uruguay en la realización del plan nacional de limpieza pública urbana. Por otra parte, Brasil concretó las Directrices Nacionales de Limpieza Urbana que regirán el manejo de los desechos sólidos en el país. La cooperación con los países del Caribe se centró en la formulación de programas para el manejo de residuos sólidos.

2.78 En México, la OPS/OMS colaboró con la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) en la preparación de proyectos de aseo urbano para ser financiados por el BIRF (Banco Mundial). También cooperó en Paraguay con la Municipalidad de Asunción en la solicitud de financiamiento por el mismo Banco. En Nicaragua colaboró en el proyecto de limpieza pública de Managua. La Organización siguió prestando apoyo al proyecto de mejoramiento del servicio de aseo urbano de la Ciudad de Guatemala y de varias ciudades del Perú. Asimismo colaboró en la preparación del proyecto de aseo urbano de Petrolina, en Brasil, mientras que en las Bahamas cooperó en la evaluación del plan de mejoras de los servicios urbanos.

2.79 En materia de eliminación de desechos sólidos en las ciudades, la OPS/OMS colaboró en proyectos para rellenos sanitarios en Dominica en el Caribe; Managua, Nicaragua; Ciudad de Panamá, Panamá, y Santo Domingo, República Dominicana. Debe destacarse el notable mejoramiento del relleno sanitario de la Usina 5 en Montevideo, Uruguay. En Cuba se pusieron en práctica los programas de desechos sólidos, en especial el referente a rellenos sanitarios, área en la que se ha adelantado visiblemente, lográndose el

acondicionamiento y cercado del 80% de los vertederos existentes en las localidades del país. En cuanto a la promoción del manejo seguro de residuos sólidos especiales y peligrosos, la Organización colaboró con SEDUE de México, y con Guatemala en la búsqueda de soluciones al problema de residuos sólidos avícolas y la consiguiente proliferación de moscas.

2.80 Un ejemplo del apoyo prestado al fortalecimiento de la participación comunitaria en los servicios de limpieza pública fue la reunión internacional destinada a analizar experiencias en sistemas no convencionales de recolección de basuras en áreas urbanas marginadas realizada en el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con la participación de 35 profesionales provenientes de 11 países de América Latina.

2.81 A fin de promover la movilización de recursos nacionales y la cooperación horizontal entre países y entre regiones dentro de un país se efectuó el Encuentro sobre Servicios de Aseo Urbano de las Metrópolis de América Latina en Rio de Janeiro, bajo los auspicios de la OPS/OMS y la Compañía Municipal de Limpieza Urbana de Rio. Asistieron 26 participantes y 12 observadores pertenecientes a las empresas de limpieza pública de ocho metrópolis latinoamericanas (Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Lima, México, Santiago, São Paulo y Rio de Janeiro) y de otras instituciones vinculadas. La decisión más importante fue la de formar una Red Latinoamericana de Instituciones Colaborantes en Aseo Urbano (RELICAU).

2.82 En cuanto al desarrollo institucional y de los recursos humanos se destacan: la realización del IX Curso Latinoamericano de Limpieza Urbana en Buenos Aires; los cursos nacionales en Argentina; el taller sobre planificación, administración y financiamiento de los servicios de aseo en Santa Cruz, Bolivia, y el de aspectos tecnológicos de desechos sólidos en Tarija, también en Bolivia, y el taller sobre limpieza pública de Chiclayo, Perú.

Asentamientos humanos y vivienda en zonas urbanas y rurales

2.83 Uno de los acontecimientos fue la conferencia técnica realizada en México sobre climatología urbana y sus aplicaciones, especialmente en zonas tropicales; la conferencia fue organizada por la Organización Meteorológica Mundial (OMM) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), con la participación de la OPS/OMS. Se examinaron los conocimientos actuales sobre la influencia del clima en la vida de las comunidades, la utilización de la tierra, la urbanización y la construcción, y su posible contribución a mejorar la salud humana, el medio ambiente, el aprovechamiento de la energía y otras ventajas sociales y económicas. Sus resultados serán de indudable valor para la labor futura de los países de la Región. Se inició en Argentina la recolección de la información necesaria para reactivar el desarrollo de los programas de mejoramiento de la vivienda rural en relación con la enfermedad de Chagas. Además se colaboró con México en la formulación de un programa de equipamiento sanitario básico para asentamientos de la población rural marginada.

Prevención y control de la contaminación ambiental

2.84 Para poner en práctica la resolución CE73.R10 del Consejo Ejecutivo de la OMS, de enero de 1984, sobre el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS), el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo de la OPS instaron en el mismo año a los Gobiernos Miembros a participar en las actividades del IPCS y a apoyar las políticas y estrategias para la acción que debe emprenderse en la Región. Con este fin se inició un estudio evaluativo sobre el estado de la seguridad de las sustancias químicas en la Región que dará lugar a la preparación de programas de mediano plazo sobre la materia. Se informará sobre el progreso de estas acciones al Consejo Directivo de la OPS en 1985.

2.85 En el programa de contaminación de la Bahía de La Habana, Cuba, se evaluaron los trabajos realizados por las autoridades nacionales en el proyecto PNUD/UNESCO/CUB y se formuló la programación de cooperación técnica para los años 1985 y 1986, incluida la identificación de otros aspectos relacionados con el control de la calidad ambiental. En Santa Lucía se identificaron posibles problemas ambientales relacionados con la industria textil. Además se sentaron las bases para colaborar en el estudio de los efectos que producen en el ambiente ciertas actividades industriales. En los países de habla inglesa del Caribe se diseñó, en colaboración con las autoridades nacionales de Jamaica, un taller sobre el análisis de la repercusión ambiental, previsto para marzo de 1985. Con la participación de PNUMA y CARICOM, y dentro del proyecto de "Administración de las Aguas Costeras de las Islas del Caribe" se terminó el estudio evaluativo de la contaminación originada en las costas de Antigua, Belice, Dominica, Grenada, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas. Los resultados de este estudio están siendo considerados por los respectivos gobiernos. Se preparó un estudio consolidado para CARICOM. Continuó el apoyo al Instituto de Salud Ambiental del Caribe. En los informes de CEPIS y ECO se registra información complementaria sobre la colaboración de la OPS/OMS en contaminación ambiental.

Desarrollo de la infraestructura de salud ambiental

2.86 Continuaron en los países las actividades tendientes a desarrollar y fortalecer las funciones gerenciales y operativas de las instituciones de salud ambiental, así como de sus recursos humanos. Después de los dos talleres subregionales realizados en Panamá y Colombia en 1983, sobre la aplicación de sistemas de información en abastecimiento de agua y saneamiento para el proceso de monitoría y evaluación del DIAAPS, se llevó a

cabo un tercer taller sobre este tema en Georgetown, Guyana, en mayo de 1984. Asistieron 22 participantes (Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Haití, Jamaica, Suriname, y Trinidad y Tabago) y 15 asesores de la OPS/OMS, expertos en planificación, sistemas de información de salud y salud ambiental. Posteriormente, la OPS/OMS colaboró directamente con seis países de la Región en la implantación de la metodología propuesta en los talleres. En octubre se terminó de preparar el sistema de información, a ser procesado por microcomputación, que servirá de base para la monitoría y evaluación del progreso de los planes nacionales de agua potable y saneamiento.

2.87 Dentro del programa de planificación de proyectos de abastecimiento de agua potable y saneamiento del Instituto de Desarrollo Económico (IDE) del Banco Mundial, se efectuaron en la Región tres seminarios. Al primero de ellos celebrado en marzo en la sede del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en Lima, asistieron 39 participantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y Perú. El segundo seminario se reunió en mayo en Panamá y contó con el patrocinio del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAAN) y la participación de 40 representantes de Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela. El tercero se realizó en noviembre, en Río de Janeiro, con el patrocinio del Banco Nacional de la Habitación (BNH) y la asistencia de 22 participantes de Brasil, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Los temas se centraron en los conceptos y metodologías de la planificación de proyectos, incluido el análisis de los aspectos técnicos, económicos, financieros, institucionales y de recursos humanos.

2.88 En Brasil, la Cartera Operacional del Sistema Financiero de Saneamiento (COSAN) del Banco Nacional de la Habitación (BNH) continuó la labor tendiente a mejorar la capacidad del sistema financiero en los

campos de información, evaluación, contratación y supervisión para apoyar mejor la ejecución del Plan Nacional de Saneamiento (PLANASA). La OPS/OMS y el BNH reprogramaron y extendieron por 3 años más el acuerdo de cooperación técnica con un monto adicional de EUA\$1 millón. Igualmente extendieron hasta septiembre de 1985 la cooperación técnica con COSAN/BNH para fortalecer el programa de desarrollo institucional de las compañías estatales de agua potable y saneamiento (PRODISAN). A través de este programa y su línea de crédito se canalizan recursos del BNH dentro de PLANASA a fin de acelerar el desarrollo institucional de las compañías estatales, reducir los costos de funcionamiento y aumentar la productividad.

2.89 Como resultado del acuerdo firmado en 1983 con la República Dominicana para el desarrollo institucional del Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), se inició en 1984 la ejecución del proyecto financiado por el BID. También en Ecuador la Empresa de Alcantarillado de Guayaquil (EMAG) obtuvo un préstamo del BID por EUA\$400.000, para un proyecto de desarrollo institucional de 30 meses de duración y que se iniciará a principios de 1985 con la cooperación técnica de la OPS/OMS. En este período se completó el proyecto del Instituto Nacional de Agua y Alcantarillado (INAA) de Nicaragua para el desarrollo de un sistema nacional de tarifas de agua y saneamiento, financiado con un préstamo del Banco Mundial. Se dotó al INAA de sistemas procesados por microcomputación que permitirán controlar y evaluar el desempeño económico financiero del INAA, así como garantizar el cobro equitativo de sus servicios. Igualmente la OPS/OMS colaboró con el INAA en el montaje del programa nacional de agua potable y saneamiento en el medio rural, a través de la Dirección creada para el efecto.

2.90 En Paraguay se evaluaron los resultados de las actividades de cooperación técnica para el desarrollo institucional del Servi-

cio Nacional de Salud Ambiental (SENASA), que cuenta con recursos del BIRF. Se establecieron los lineamientos que ha de seguir la institución en el desarrollo de su capacidad de ejecución del programa de inversión en abastecimiento de agua, con la participación de las comunidades rurales de ese país. La OPS colaboró con el Servicio de Agua Potable y Alcantarillado de Lima (SEDAPAL), en la organización de una reunión de altos directivos celebrada en febrero con el fin de formular estrategias para utilizar al máximo la capacidad gerencial y operacional en la prestación de los servicios. Se preparó además una propuesta para la preparación e implantación de un sistema de planificación en los niveles estratégico, táctico y operacional.

2.91 Se ha definido una metodología para incrementar la cooperación técnica con los países a nivel regional en lo referente a operación y mantenimiento de sistemas de agua y alcantarillado, con énfasis en la utilización óptima de la capacidad instalada de los servicios, incluido el control de pérdidas. Con el BID y GTZ, se iniciaron en agosto las actividades del sistema de adiestramiento de personal técnico no profesional de las instituciones de agua y saneamiento de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Este proyecto tiende a institucionalizar, en cada una de las agencias nacionales participantes, un sistema de capacitación permanente y autosuficiente para personal técnico no profesional encargado de la operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable y alcantarillado. El proyecto cuenta con el apoyo institucional y la supervisión del Comité de Directores y Gerentes de Servicios de Agua y Saneamiento para la subregión (CAPRE).

2.92 En colaboración con la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) y con el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB), la Organización continuó apoyando al Proyecto Subregional de Desarrollo de Recursos Humanos para el sector agua y saneamiento del Caribe Oriental (Anguila,

Antigua, Barbados, Dominica, Grenada, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas). La Organización continuó cooperando en el fortalecimiento del centro de capacitación y en la formulación y ejecución del programa de capacitación de la Autoridad de Agua y Alcantarillado (WASA) en Trinidad y Tabago. Dentro del contexto de formulación de planes nacionales de capacitación para el DIAAPS la OPS cooperó con Bolivia, Honduras, Paraguay y Perú. En apoyo de estas actividades se elaboró la primera versión de una guía de planificación de recursos humanos para el sector agua y saneamiento.

2.93 En marzo se convocó en Washington, D.C., con el auspicio de la OPS/OMS y del capítulo estadounidense de AIDIS, una reunión de escuelas de ingeniería de los Estados Unidos de América, a fin de identificar alternativas de cooperación entre estas escuelas y las de América Latina para mejorar la enseñanza de la ingeniería sanitaria y ambiental. Se hallan en ejecución planes emanados de esta reunión en los que se contempla asociar escuelas norteamericanas y latinoamericanas en la ejecución de programas comunes.

2.94 Con el objeto de capacitar inspectores sanitarios y personal de atención primaria de los servicios de salud en aspectos de agua potable y disposición de excreta, se inició la producción de material didáctico auxiliar.

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

2.95 El CEPIS constituye un recurso técnico básico para la ejecución del programa de cooperación de la OPS/OMS con las entidades encargadas de los programas de salud ambiental de los Gobiernos Miembros. Son funciones del Centro el desarrollo de investigaciones y de tecnología, la diseminación de

información, la capacitación de personal y cooperación técnica con los gobiernos.

2.96 Investigación. Los trabajos de investigación siguen orientados hacia la búsqueda de soluciones prácticas y económicas de los problemas más urgentes del abastecimiento de agua y el saneamiento. En Perú prosiguen en ese sentido los estudios de diseño, construcción y evaluación de filtros lentos en combinación con prefiltros de grava para sistemas rurales de abastecimiento, con el apoyo financiero de la GTZ. Con la colaboración de la Universidad de Surrey (Inglaterra), se está estudiando en este mismo país un nuevo sistema de filtros lentos dobles para pequeñas comunidades y se evalúa a la vez un equipo de bajo costo para la vigilancia bacteriológica y fisicoquímica de la calidad del agua en sistemas rurales de abastecimiento. Se colaboró también en las investigaciones sobre plantas laminares de filtración rápida realizadas en Brasil y Perú. El control de la contaminación del agua es otra área prioritaria vinculada con la anterior. Al respecto se colaboró con la Dirección General del Medio Ambiente del Ministerio de Salud (DIGEMA) de Perú en un estudio sobre control de relaves de concentradores mineros y se elaboró una propuesta de construcción y evaluación de plantas piloto para dichos relaves. El CEPIS sigue coordinando una red de investigadores con quienes se estudia el proceso de eutrofización de lagos y embalses tropicales. En este sentido se ha elaborado un manual sobre la planificación y prediseño de emisarios submarinos para el control de la contaminación litoral.

2.97 En materia de saneamiento de bajo costo, el CEPIS siguió investigando el tratamiento y reutilización de aguas residuales en las lagunas de estabilización de San Juan de Miraflores (Lima, Perú). Con el apoyo del Banco Mundial y de la GTZ se terminó el estudio de monitoría y control de la calidad de los efluentes, para su reutilización en la piscicultura con vistas a la producción económica de proteínas para la dieta popular. También

se preparó un protocolo de investigación para evaluar los efectos epidemiológicos y socioeconómicos de la reutilización de dichas aguas para el riego. Junto con la GTZ, se está colaborando con las autoridades nacionales de Bolivia en un estudio de evaluación de lagunas de estabilización en zonas de altura (4.000m) para el tratamiento de las aguas residuales de La Paz.

2.98 En 1984 se inició el proyecto "Situación actual, tendencias y promoción de la investigación en abastecimiento de agua y saneamiento", con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID, Canadá), que se realiza en Colombia, Chile, Guatemala y Perú. Se espera que como resultado del proyecto los países definan sus políticas y prioridades respectivas de investigación y se cree a nivel regional un sistema de información sobre las investigaciones en curso en los países. A fin de fomentar las investigaciones y diseminar los resultados de los estudios, se publicó la memoria del seminario regional sobre tecnología no convencional de bombeo de agua en sistemas rurales; se preparó y distribuyó el informe final del seminario regional sobre investigaciones acerca de la desinfección del agua en el medio rural en Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile y Perú; se organizó el Encuentro Internacional de Investigadores de Sistemas No Convencionales de Recolección de Basuras en Areas Urbanas Marginales, con el auspicio del CIID y la GTZ, al que asistieron 45 especialistas y alcaldes. CEPIS continuó la formación de investigadores nacionales. Durante el año se adiestró a siete profesionales y estudiantes peruanos en técnicas de investigación de lagunas de estabilización y en técnicas de control de calidad analítica en laboratorios de aguas y aguas residuales.

2.99 Desarrollo de tecnología. Se orientó hacia el desarrollo de tecnologías viables, eficientes de bajo costo, socialmente aceptables y destinadas en particular a los grupos de población menos atendidos y con riesgos sanitarios mayores. Cabe mencionar,

como ejemplos, la evaluación de la planta potabilizadora de Cutzamala, México y las modificaciones introducidas; los proyectos de evaluación de más de 10 instalaciones piloto de tratamiento de agua en las zonas rurales del Perú, con el apoyo de AID/EUA, la Gran Bretaña (Agencia de Desarrollo de Ultramar y la Universidad de Surrey) y la GTZ; los estudios de factibilidad para el sistema de tratamiento de agua de Puno y Chiclayo en Perú; el diseño de un complejo de lagunas experimentales para la reutilización del agua en Piura y la reutilización de las aguas residuales domésticas de Ica, Pisco y Trujillo, también en Perú.

2.100 En lo que atañe a la tecnología para el control de pérdidas en los sistemas de abastecimiento de agua se han realizado seminarios sobre el tema en Brasil, Colombia, México y Perú, con vistas a la integración de una red regional de entidades de cooperación en desarrollo de técnicas de control. En cuestión de saneamiento cabe mencionar la formación de un grupo de trabajo para la eliminación de la basura en los pueblos jóvenes de Lima, la preparación y difusión de material por ilustrar dicho problema y la forma en que se lo ha encarado en algunos asentamientos de Brasil y de Perú con la participación comunitaria; la coordinación del Encuentro de los Servicios de Aseo Urbano de las Metrópolis de América Latina, celebrado en Río de Janeiro, Brasil, con el auspicio de la Compañía Metropolitana de Limpieza Urbana de Río de Janeiro, Brasil y la asistencia de 38 participantes; la cooperación técnica con la Municipalidad de Lima (Perú) para el relleno sanitario de Marbella, y con la Dirección Nacional de Saneamiento de Argentina para el tratamiento de residuos sólidos industriales peligrosos. En materia de control de la contaminación se destaca la coordinación regional del proyecto Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente (SIMUVIMA), y la distribución de las evaluaciones de los resultados de control de calidad analítica entre los laboratorios nacionales participantes en los proyectos GEMS/Agua y la Evaluación Preli-

minar de Laboratorios. Dichas evaluaciones se hicieron en cooperación con la Agencia para la Protección Ambiental (EUA).

2.101 **Diseminación de información.** La Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) continuó promoviendo el desarrollo y la integración de las capacidades nacionales para la utilización e intercambio de información y de servicios bibliográficos en los campos del abastecimiento de agua, saneamiento básico y salud ambiental. En 1984 se incorporaron a la Red 53 centros, de modo que al final del año integraban la Red 130 centros colaboradores de 13 países. Para fortalecer la Red, CEPIS cooperó con Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay y Perú impartiendo capacitación a 195 funcionarios en el manejo, difusión y utilización de la información técnica. Paralelamente a estas actividades siete países elaboraron propuestas para el desarrollo de centros y redes nacionales de información. Finalmente se revisaron y ajustaron los cinco manuales básicos de trabajo y de coordinación de la Red, como actividad esencial en la etapa de consolidación del sistema. Para ampliar el sistema computadorizado de la Red, se desarrolló un plan de expansión de las facilidades de computación del CEPIS mediante la adquisición de un equipo HP-3000 y de microcomputadoras y la implantación del sistema de minicomputadoras (MINISIS) para el procesamiento de datos de la REPIDISCA, incluyendo la descentralización del procesamiento de datos hacia los países.

2.102 Continuó la publicación de REPINDEX, servicio impreso que contiene 700 resúmenes trimestrales, y del cual se envían 750 ejemplares a los Países Miembros. Algunos países están ya reproduciendo localmente esta publicación a fin de disponer de un mayor número de ejemplares para los usuarios nacionales.

2.103 Los documentos terminados o publicados en 1984 dentro del programa de

publicaciones del CEPIS incluyen los siguientes títulos: *Gerencia de las Actividades de Capacitación en las Instituciones de Agua y Alcantarillado*; *Conocimientos Básicos para Supervisores de Sistema de Agua Potable y Alcantarillado*; *Hidráulica Básica para Ingenieros Sanitarios*; *Hidráulica de las Aguas Subterráneas*; *Guías para Diseño de Plantas de Filtración Lenta en el Medio Rural*; *Evaluación de Plantas de Tratamiento de Agua*; *Pitometría*; *Diseño y Manejo de Lagunas de Estabilización y otros Sistemas Simplificados para el Tratamiento de Aguas Residuales*. Se imprimieron además 14 informes y documentos técnicos menores, 23 módulos de aseo urbano y tratamiento del agua, y tres documentos en inglés sobre estos últimos temas.

2.104 **Capacitación.** Con el fin de promover las actividades de la Red Cooperante Regional, el CEPIS se propone lograr un efecto multiplicador en la utilización de recursos, propiciándose como estrategias la integración de un programa regional de capacitación, el adiestramiento de instructores, la preparación conjunta de manuales y materiales de enseñanza, su prueba y ajuste

en cursos pilotos y la integración de "paquetes" audiovisuales de adiestramiento para que las instituciones nacionales puedan duplicar y utilizar a bajo costo. El Centro ha compilado las experiencias extraídas del diseño y dictado de 30 cursos diferentes en un documento titulado *Información sobre la colaboración que el CEPIS puede prestar a los países de la Región en sus actividades de capacitación en ingeniería sanitaria, ambiental y de saneamiento*. Allí se resumen los detalles técnicos, y el contenido y la organización de dichos cursos, que pueden adaptarse a las necesidades de cada institución. En 1984, el Centro organizó 29 cursos en los que participaron 732 profesionales pertenecientes a la mayoría de los países de la Región. La distribución de cursos por áreas programáticas se ilustra en el cuadro 6.

2.105 **Cooperación técnica.** En el programa de mejoramiento de la calidad del agua para consumo humano se asesoró a Perú (Junta de Calidad Ambiental—Lima, Puno y Chiclayo) y México (plantas de Guadalajara y Cutzamala). Asimismo, se colaboró en el suministro de información técnica sobre este

Cuadro 6. Cursos de capacitación del CEPIS y número de participantes, por área programática, 1984

Área programática	Cursos en el Centro	Cursos en los países	Número de participantes	Residencias
Tratamiento del agua y mejora de la calidad para consumo humano	1	6	171	5
Abastecimiento y distribución del agua y control de pérdidas	1	6	178	—
Abastecimiento de agua en situaciones de desastre	—	1	39	—
Planificación de proyectos de agua potable y saneamiento	1	—	39	1
Gerencia de actividades de capacitación	—	1	24	—
Disposición de aguas residuales y reuso	—	—	—	7
Emisarios submarinos	—	1	20	—
Residuos sólidos y limpieza urbana	1	2	131	—
Información en ingeniería sanitaria y ambiental	1	7	130	4
Total	5	24	732	17

— Ninguno.

mismo tema con instituciones de Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Con respecto a la extensión de la cobertura mediante la reducción de agua no contabilizada, se colaboró con entidades de Brasil, Colombia, Cuba, México y Perú en la revisión y ajuste de los programas nacionales para el control de pérdidas.

2.106 En materia de recolección y disposición de aguas residuales, se colaboró con la Unidad Ejecutora del Proyecto del BID para el Saneamiento de Tarija (Bolivia) en un estudio de contaminación del Río Guadalquivir. También en Bolivia, se realizó una evaluación de los problemas principales que plantea la contaminación del Lago Titicaca y se definieron los estudios técnicos necesarios para determinar las medidas de control necesarias. Se asesoró a Paraguay en la evaluación preliminar sobre la calidad del agua y el manejo del Lago Ypacaraí. Se colaboró con la Junta de Calidad Ambiental de Puerto Rico en el análisis de problemas de contaminación por descargas industriales del Caño La Malaria. Se colaboró con Argentina, Ecuador, Nicaragua y Santa Lucía en la revisión de los estudios técnicos y diseños preliminares de emisarios submarinos para Mar del Plata, Galápagos, Bluefields y Castries, respectivamente.

Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO)

2.107 ECO continuó los estudios sobre las interacciones entre el hombre y el medio físico, biológico y sociocultural en que se desenvuelve. También continuó con las investigaciones, desarrollo de tecnologías, disseminación de información, capacitación y cooperación técnica con los gobiernos en los campos de la ecología humana y la salud.

2.108 **Investigación.** Las investigaciones realizadas durante 1984 estuvieron íntimamente ligadas a los proyectos de cooperación

técnica de los países. Con el Gobierno de Honduras, ECO continuó su participación en el proyecto hidroeléctrico de El Cajón, especialmente en lo que atañe a los estudios sobre reasentamiento de comunidades desplazadas y de los problemas ecológicos potenciales. A solicitud de las autoridades de la República Dominicana, ECO formuló una propuesta de acción para prevenir los efectos adversos que pudiesen ocurrir como resultado del desarrollo de la represa El Madrigal. ECO continuó colaborando con el Gobierno de Guatemala tanto en la realización de estudios tendientes a reducir los efectos en el ambiente y en la población de la contaminación con arsénico del Río Paz, como en el desarrollo de un estudio sobre la contaminación ambiental con plomo. Basándose en un documento elaborado por ECO sobre los posibles efectos que pudiera ejercer en la salud el proyecto de irrigación del Río Tempesque, las autoridades de Costa Rica continuaron los estudios necesarios para la formulación de un plan. El Gobierno de Bahamas analizó el plan de acción sugerido por ECO en relación con la prevención y control de contaminantes industriales en la zona de Freeport.

2.109 En relación con la frecuencia y distribución de la patología cancerosa originada en la contaminación química del ambiente, se inició una primera etapa de investigaciones sobre la relación entre las sustancias químicas y el tipo histopatológico del cáncer. En un segundo estudio se pretende analizar en el contexto de la industria latinoamericana qué actividades utilizan las sustancias carcinogénicas identificadas por la Agencia Internacional para Investigación del Cáncer. La primera fase del estudio está a cargo de la Escuela de Salud Pública de Chile y la segunda a cargo de la Compañía de Tecnología de Saneamiento Ambiental (CETESB) en São Paulo, Brasil.

2.110 **Desarrollo de tecnología.** Se desarrollaron métodos analíticos simplificados para la evaluación rápida de fuentes de contaminación del aire, el agua y el suelo, funda-

mentados tanto en experiencias de países latinoamericanos, como en pruebas de campo en los Estados de México y Aguascalientes (México). Con el propósito de facilitar la evaluación de las repercusiones en el medio ambiente de las obras de desarrollo, ECO inició, en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), un proceso de adaptación de técnicas de análisis ambiental, para atender los requerimientos de los países de la Región. Los resultados de esta metodología se aplicarán en los países de habla inglesa del Caribe. En 1984, ECO elaboró un manual sobre la evaluación de riesgos para la salud pública asociados con accidentes causados por agentes químicos. Con el apoyo de la AID/EUA y en coordinación con la OPS, se llevó a cabo en julio un simposio interamericano sobre preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre. Posteriormente, CETESB coordinó en Brasil un simposio nacional similar celebrado en diciembre. Para contribuir a subsanar el problema de la carencia de laboratorios de toxicología, ECO, con el apoyo de diversas agencias, en particular la Universidad de São Paulo y CETESB, preparó y distribuyó dos guías, la primera sobre criterios mínimos para el desarrollo de un laboratorio de toxicología y la segunda sobre el montaje de las técnicas toxicológicas y analíticas más frecuentes. Ambas guías se han adaptado a las características y condiciones de trabajo de América Latina y el Caribe. Para facilitar la labor de los servicios de salud en materia de identificación y tratamiento oportunos de las poblaciones e individuos expuestos a sustancias potencialmente peligrosas, se inició en 1984 la preparación de un manual sobre vigilancia epidemiológica de los efectos de la exposición a metales pesados, plásticos, solventes, derivados de hidrocarburos y fibras.

2.111 Diseminación de información. Durante 1984, ECO reestructuró la biblioteca del Centro e inició su colaboración con la Universidad Autónoma de México para compartir información y equipos de computación y rea-

lizar conjuntamente análisis de datos y publicaciones de material técnico sobre el ambiente y la salud. ECO inició la publicación mensual del ECO TABCONT que incluye en forma sistemática el índice de aproximadamente 100 títulos especializados. También publicó tres bibliografías referentes a la evaluación de la repercusión de proyectos de desarrollo de cuencas hidrográficas; los plaguicidas, y la evaluación del impacto ambiental. El Centro atendió 72 solicitudes técnicas de información provenientes de 11 países. En forma trimestral continuó la publicación de la carta informativa titulada *Ecología Humana y Salud*. Se distribuyen 3.000 ejemplares de la versión en español y 1.500 de la versión inglesa. Finalmente, se intensificó el programa de publicaciones de diversas series técnicas con un total de 26 títulos. Para facilitar el proceso de intercambio de información se publicaron además dos directorios, el primero sobre toxicología y el segundo sobre laboratorios de toxicología en América Latina.

2.112 Capacitación. El adiestramiento se orientó a los aspectos metodológicos relacionados con la evaluación de la exposición de las personas a sustancias químicas y en especial los aspectos referentes a la epidemiología, la toxicología, el impacto ambiental y la prevención y control de los efectos de la exposición de las personas a ciertos riesgos, como los presentados por los plaguicidas y el asbesto. En la producción de material educativo sistematizado se contemplan los aspectos teóricos, simulaciones y análisis. Entre las áreas tratadas figuran las siguientes: evaluación epidemiológica de riesgos químicos ambientales, nociones básicas de toxicología, toxicología ambiental, toxicología de alimentos, evaluación rápida de fuentes de contaminación ambiental, evaluación del impacto ambiental y la salud, uso apropiado de plaguicidas y prevención de riesgos por exposición al asbesto. Se desarrollaron talleres y sesiones de adiestramiento en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Honduras, México, Panamá, la República Dominicana y Uruguay. Se estima

que asistieron 2.500 participantes. Se estimuló la reproducción local de los materiales educativos preparados por ECO a fin de ponerlos al alcance de un número mayor de personas.

2.113 Cooperación técnica. Durante 1984, ECO prestó cooperación técnica a México, donde tiene su sede, a través de instituciones de salud, ecología, agricultura, seguridad social, universidades, institutos de investigaciones y otras instituciones oficiales, para llevar a cabo programas y proyectos entre los cuales se destacan los siguientes: apoyo al análisis de estructuración de los programas nacionales de investigación de efectos ambientales sobre la salud; la creación, con un consorcio de universidades, de una maestría en ecología humana; iniciación de un componente en salud ambiental como parte del programa de maestría en salud pública; el inicio del laboratorio nacional de referencia en toxicología; apoyo en investigación de campo y laboratorio en casos de intoxicación con plaguicidas y otras sustancias químicas; estructuración de normas y reglamentos relacionados con la exposición a sustancias químicas, así como un amplio proceso de diseminación de información.

2.114 ECO colaboró con el Gobierno de Cuba, en el análisis toxicológico de los problemas de contaminación de la Bahía de La Habana. Con Panamá, el Centro colaboró en el montaje de técnicas de análisis de residuos de plaguicidas en alimentos de exportación. En Perú, ECO colaboró con CEPIS en la preparación de un protocolo destinado a investigaciones socioeconómicas y epidemiológicas sobre las consecuencias para la salud del uso de efluentes tratados para la irrigación en San Juan de Miraflores. ECO también estudió con Honduras la posibilidad de establecer un laboratorio de plaguicidas que asista a Centro América.

2.115 El Centro, designado en 1984 el punto focal del Panel de Expertos en Administración Ambiental, Programa Interagencial de la OMS, PNUMA y FAO, continuó

prestando asistencia técnica a los diversos componentes del Programa Regional sobre Seguridad Química.

Prevención y control de enfermedades

Epidemiología

2.116 En 1984 se dio prioridad al proceso de transformar en estrategias y actividades prácticas las conclusiones y recomendaciones de la Reunión Regional sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología realizada en Buenos Aires en 1983, y en este contexto, fortalecer la capacidad nacional del desarrollo de la epidemiología como instrumento útil en la prevención y control de enfermedades, la planificación de los servicios de salud, la toma de decisiones y la evaluación. Con el propósito de hacer conocer estos enfoques y sus características a las autoridades nacionales de salud, se decidió, en una primera etapa, difundir ampliamente en todos los países de la Región el informe final de la reunión a través del *Boletín Epidemiológico* de la OPS. Posteriormente, el Consejo Directivo de la OPS, en su XXX Reunión, analizó la trascendencia del tema y adoptó la resolución CD30.R16 instando a los gobiernos a fortalecer la práctica de la epidemiología y ampliar su área de acción. El proceso de implantación continuará con una publicación de todo el material de la reunión y con la promoción de acciones específicas a nivel de cada país.

2.117 Para fortalecer los servicios de epidemiología y estimular los nuevos enfoques, los gobiernos están procediendo a reorganizar y reorientar dichos servicios con la cooperación de la OPS/OMS. Merece citarse el hecho de que en Brasil se analizaron los planes para el establecimiento del Centro Nacional de Epidemiología. Además, en Cuba, Colombia, México y la República Dominicana se incrementó el proceso de reorganización en materia de epidemiología. En colaboración con los

Ministerios de Salud de El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá se elaboraron las guías para analizar la información disponible sobre las condiciones y tendencias de la salud en cada país. En la Región del Caribe, Trinidad y Tabago inició, con el apoyo de CAREC, un análisis sobre las condiciones de salud por medio del método epidemiológico. En la labor tendiente a mejorar la capacidad epidemiológica de los países, debe mencionarse la difusión a través del *Boletín Epidemiológico* de información sobre principios y métodos epidemiológicos, los análisis nacionales y regionales sobre datos epidemiológicos y las experiencias ganadas. En el plano regional se ha mantenido la vigilancia de enfermedades de importancia, a fin de que los gobiernos puedan tomar medidas inmediatas en casos de brotes de enfermedades. En tales circunstancias, el CAREC ha demostrado ser un instrumento efectivo.

2.118 A fin de fortalecer su capacidad epidemiológica, Colombia, Cuba y Venezuela están movilizand los recursos nacionales y han puesto en marcha planes piloto destinados a definir mejor la práctica de la epidemiología. En Cuba se desarrolló un proyecto piloto en el cual se ensayaron las nuevas funciones de los epidemiólogos municipales y regionales. Según los resultados de este estudio, en 1985 se reestructurarán los servicios epidemiológicos nacionales. En Colombia se está llevando a cabo un estudio que incluye cinco centros geográficos diferentes, destinado a elucidar los sistemas epidemiológicos y definir las características que deben desarrollarse en quienes practican la epidemiología. En Venezuela se iniciaron planes para un estudio similar. Una vez definidas las necesidades nacionales, se establecerán redes de instituciones nacionales para preparar más apropiadamente al personal dedicado a la epidemiología. Este es el propósito que persigue la orientación que se le imparte al adiestramiento en epidemiología. Se halla en marcha un plan piloto para reestructurar el componente epidemiológico del programa de capacitación en salud pública en Nicaragua y la

República Dominicana. El CAREC continuó llevando a cabo importantes programas de adiestramiento en epidemiología, incluidas sus aplicaciones en la vigilancia de la atención primaria de salud, protección de los alimentos y problemas seleccionados de la prevención y control de enfermedades.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

2.119 La Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, celebrada en Dominica en julio de 1984, apoyó unánimemente una prórroga de 3 años del Acuerdo del CAREC y decidió que al expirar ese plazo seguiría otro período de 3 años de gestión por la OPS (o sea hasta diciembre de 1990). En diciembre de 1984 todos los gobiernos a excepción de uno habían firmado la prórroga del Acuerdo.

2.120 La práctica de la epidemiología en la región del Caribe se caracteriza por una amplia variedad de situaciones y problemas: las enfermedades crónicas no transmisibles han superado a las enfermedades transmisibles como el principal problema de salud en épocas recientes; los sistemas de vigilancia pasiva que no son representativos de toda la población y se han orientado hacia las enfermedades transmisibles; la información sobre salud no contiene datos sobre las características de la población ni sobre los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud; hay necesidad de perfeccionar los indicadores para evaluar las condiciones de salud; la información sobre salud se distingue por el atraso en su recolección y el limitado análisis de datos; y hay limitaciones en la investigación epidemiológica, en el adiestramiento en epidemiología y en el análisis y evaluación de los problemas de salud y de las tecnologías empleadas. En los últimos años, CAREC y otras instituciones regionales han tomado las medidas necesarias para mejorar la práctica de la epidemiología en los países miembros.

2.121 **Investigaciones.** El CAREC continuó dedicándose activamente a investigar el

Campylobacter, la hepatitis vírica (cuatro brotes), casos sospechosos notificados de viruela, brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (salmonelosis), fiebre tifoidea, criptosporidiosis, mortalidad neonatal excesiva y erupciones cutáneas atribuidas a riesgos ambientales (como el de la pintura de un edificio). Además se ofrecieron consulta sobre una gran diversidad de problemas de enfermedades y ambientales, desde la perturbación de sepulturas de casos de cólera hasta la manipulación de artículos comestibles sospechosos. Se hicieron los preparativos para proceder a las evaluaciones epidemiológicas del estado de salud de cada uno de los países miembros. Estas evaluaciones estarán a disposición de los países miembros para su consideración al ajustar los programas a la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000. Con ellas se pretende además demostrar la utilidad de las técnicas epidemiológicas en la gestión de los servicios de salud.

2.122 **Capacitación.** La capacitación de personal continuaba siendo una de las importantes funciones del Centro. Las actividades se han centrado en dos campos principales: epidemiología y prácticas para la protección de los alimentos. Con respecto al primero, los talleres organizados por los países miembros sobre la vigilancia de la atención primaria de salud han activado las capacidades locales para el acopio, análisis y empleo de datos para la identificación de problemas y planificación y evaluación de programas. A consecuencia de la capacitación de tutores de enfermería en materia de epidemiología en el CAREC, esta disciplina forma parte del curso básico de enfermería en las escuelas de esta profesión de la subregión. La elaboración de material didáctico (por ejemplo, el manual de epidemiología del CAREC y el banco de datos CARIBE con ejercicios prácticos, además de la biblioteca de medios audiovisuales) permite continuar a nivel local el adiestramiento en epidemiología. El CAREC colabora también en la divulgación de información epidemiológica mediante publicaciones como las tituladas *Surveillance Report* (CSR) y *EPI Notes*.

2.123 CAREC ha ampliado sus servicios a los países en el área de protección de alimentos. Además de sus actividades de adiestramiento, el Centro viene desarrollando nuevas capacidades en materia de microbiología alimentaria y entomología, así como una biblioteca de préstamo de medios audiovisuales que aseguran la continuidad de los servicios a los países miembros. Una subvención de la AID/EUA por la cantidad de EUA\$225.000 para un programa de adiestramiento en protección de los alimentos, que se llevará a cabo de junio de 1984 a junio de 1985, ha permitido al Centro emprender un programa intensivo de capacitación posbásica para inspectores, educadores especializados en salud y supervisores de instalaciones de producción de alimentos. El programa de protección de alimentos ha incluido cursos locales sobre inspección de establecimientos alimentarios, dedicados a inspectores de salud pública de Barbados, Jamaica y Suriname, así como cursos sobre el comercio de alimentos en las Islas Vírgenes Británicas, Jamaica y Trinidad y Tabago. Además, en cooperación con la Administración de Alimentos y Medicamentos (EUA), se ofreció un curso para 10 inspectores de instalaciones alimentarias en Trinidad y Tabago.

2.124 El programa de capacitación de médicos y enfermeras en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, iniciado en 1983, continuó desarrollándose satisfactoriamente durante todo el año. Con la participación de dos consultores de las Indias Occidentales y otro de los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) se preparó un nuevo manual y se distribuyeron 500 ejemplares. Se había proyectado para fines de 1984 una segunda edición con una tirada de 2.500 ejemplares.

2.125 **Cooperación técnica.** Durante el año se procedió a una evaluación de los programas relativos a enfermedades de transmisión sexual en las Bahamas, Belice, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Grana-

dinas y Santa Lucía. Los consultores participantes fueron facilitados a través del programa de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), por los Gobiernos de Jamaica y de Trinidad y Tabago y por el de Suriname para los programas en Guyana. El CAREC sigue colaborando con los países del Caribe en el desarrollo y fortalecimiento de la vigilancia del diagnóstico de laboratorio y las capacidades analíticas a nivel nacional.

Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

2.126 Progresos alcanzados hasta la fecha. En el transcurso del año se celebraron reuniones subregionales de administradores de proyectos del PAI de América Latina (20 países) y del Caribe (17 países) con el objeto de examinar el progreso alcanzado y fijar las metas de la cobertura de la inmunización en 1985. Estas reuniones se organizaron en respuesta a la resolución CD29.R16 del Consejo Directivo de la OPS en su XXIX Reunión (1983), en la que se reconoce la necesidad de acelerar el progreso para alcanzar las metas del PAI en 1990. En las reuniones, los participantes revisaron en forma recíproca los planes de trabajo de cada uno y discutieron las metas apropiadas para los próximos 2 años. Luego, cada país redactó nuevamente su plan de trabajo de conformidad con las recomendaciones consideradas adecuadas y viables. Estos análisis conjuntos revelan las siguientes características sobresalientes:

2.127 La cobertura de la inmunización en las Américas ha mejorado considerablemente en los últimos años. Los efectos de esta labor se registran en la figura 3, que representa gráficamente las tasas de incidencia de poliomielitis, tétanos, difteria, tos ferina y sarampión desde 1970 hasta 1983 en los 20 países que componen la subregión de América Latina. Si bien los programas se encuentran en distintas etapas de desarrollo, en general puede afirmarse que se han logrado importantes progresos en lo relativo al suministro de

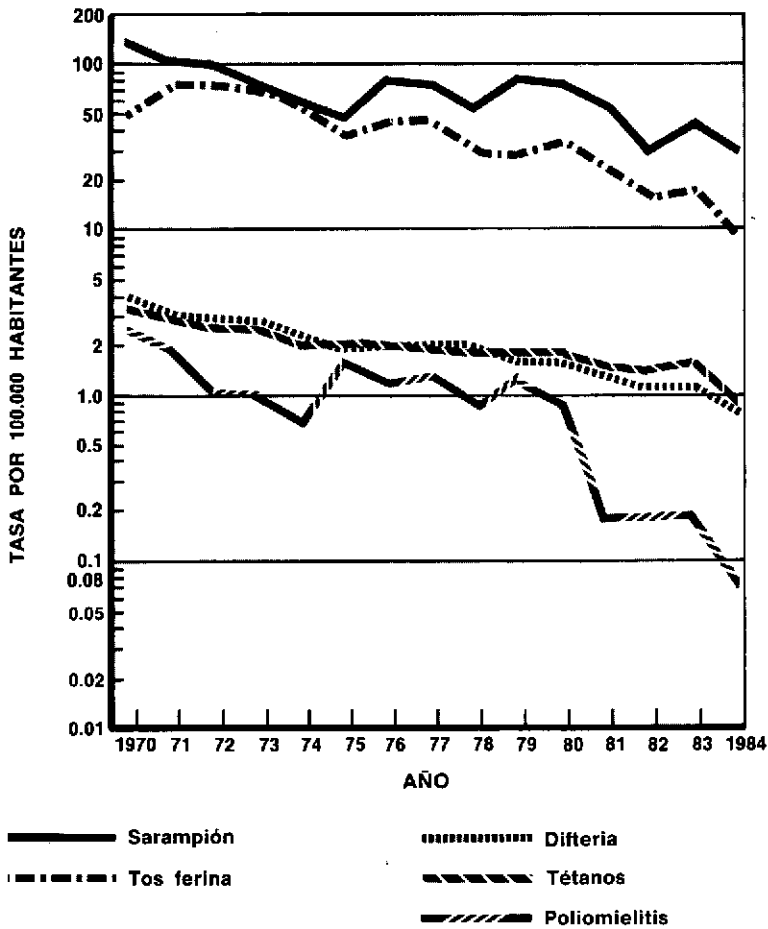
vacunas, ampliación de la cadena de frío, selección de estrategias efectivas de vacunación ajustadas a necesidades particulares, capacitación de personal, evaluación y participación de la comunidad. En su mayoría, los países todavía experimentan dificultades significativas en las áreas de supervisión, sistemas de información y vigilancia epidemiológica. Los planes de trabajo para 1985 consideran el tratamiento de dichas restricciones.

2.128 Casi todos los países informan haber recibido cantidades suficientes de vacunas para los grupos de población a los que va dirigido el programa y haber logrado importantes avances en el mejoramiento y ampliación de la cadena de frío. Varios países experimentaron problemas en la obtención de instrumentos y piezas de repuesto suficientes para mantener en funcionamiento el equipo. Algunos países están ensayando equipo de refrigeración con energía solar y han programado actividades relacionadas con esta nueva tecnología.

2.129 Otro importante adelanto en la mayoría de los programas de los países ha sido la identificación de una combinación apropiada de estrategias de vacunación para satisfacer las necesidades particulares de cada uno. Además de la vacunación en centros de salud ya establecidos, estas estrategias incluyen la vacunación casa por casa en las zonas urbanas, las minicampañas en el medio rural y las brigadas móviles para llegar a zonas muy apartadas. También se destacó la importancia de la participación de la comunidad. Las actividades planeadas en este campo pueden dividirse en dos áreas generales: utilización de los medios de difusión pública y de organizaciones comunitarias para fomentar y participar activamente en la prestación de servicios de inmunización. Varios países utilizan organizaciones de la comunidad ya establecidas, y otros están formando dirigentes comunitarios.

2.130 En numerosos países, la supervisión está recibiendo cada vez más atención. Alrededor de las tres cuartas partes de esos

Figura 3. Incidencia de cinco enfermedades prevenibles mediante la vacunación en la Región de las Américas^a, 1970-1984^b



^{a/} Excluyendo Bermuda, Canadá y los Estados Unidos de América.

^{b/} Datos provisionales para sarampión, tos ferina, difteria y tétanos para 1984.

países planean actividades tales como programación de un número mínimo de visitas de supervisión, adquisición de vehículos adicionales y asignación de una cantidad mayor para viáticos del personal supervisor, organización de cursos de capacitación para supervisores y aplicación de las normas de supervisión.

2.131 Más de la mitad de los países han programado actividades concretas de vigilancia, como encuestas para determinar el grado de inmunidad de los grupos de población a los

que va dirigido el programa en áreas específicas, institución de un sistema de notificación telefónica semanal, comunicación y observación de las reacciones a las vacunas y la utilización de estudios seroepidemiológicos. Entre las actividades mencionadas en los planes de trabajo para mejorar la notificación de enfermedades figuran la elaboración de programas de computadora para reunir y analizar datos, nuevos sistemas para motivar al personal a que presente informes mensuales y promulgación de legislación que haga obligatoria la notificación de enfermedades.

Cuadro 7. Porcentaje de cobertura de vacunación para 1983 y metas de cobertura de vacunación para 1985 en niños menores de 1 año de edad, en 39 países y territorios de la Región

País o territorio	DPT (3a. dosis)		Poliomielitis (3a. dosis)		Sarampión		BCG	
	1983	Metas 1985	1983	Metas 1985	1983	Metas 1985	1983	Metas 1985
Anguila	97	95	100	95	70	95	96	95
Antigua y Barbuda	100	90	100	90	48	^a	^b	^a
Argentina	65	70	94	90	62	80	64	85
Bahamas	65	80	65	80	66	80	^b	^a
Barbados	69	75	62	75	55	65	^c	^a
Belice	59	60	61	60	43	50	81	75
Bermuda	53	^{a,d}	53	^{a,d}	60 ^e	^{a,d}	^b	^{a,d}
Bolivia	7	60	11 ^f	85	14	60	30	70
Brasil	49	80	100 ^{g,h}	95	52	95	56	75
Colombia	41	80	42	80	42	80	78	85
Costa Rica	56	85	54	85	73 ⁱ	95	...	95
Cuba	91 ^j	95	93 ^h	95	71	95	91 ^j	98
Chile	70	90	63	90	100	95	85	95
Dominica	93	^a	92	^a	63	^a	100	^a
Ecuador	23 ^j	60	27 ^j	60	28 ^j	60	64 ^j	80
El Salvador	45 ^{h,j}	85	41 ^{h,j}	85	47 ^j	85	49 ^j	85
Grenada	68	85	72	85	7	80	^b	^a
Guatemala	44 ^h	55	44 ^h	55	12	40	25	45
Guyana	56	75	59	75	44 ^j	85 ^j	73	85
Haití	...	55	...	55	...	55	...	65
Honduras	70	80	68	80	66	85	74	85
Islas Caimán	89	95	90	95	87 ^{e,k}	95 ^{e,k}	69	95 ^j
Islas Turcas y Caicos	70	^{a,d}	79	^{a,d}	80	^{a,d}	98	^{a,d}
Islas Vírgenes Británicas	90	95	75	95	83	95	^b	^a
Jamaica	...	65	...	70	...	60	...	70
México	30	80	85	80	85 ⁱ	80	...	80
Montserrat	95	94	95	86	83 ^e	51 ^e	91	99 ^j
Nicaragua	24	70	29 ^j	80	23	80	89	90
Panamá	61	80	60	80	60	80	81	85
Paraguay	38	80/40 ^m	47	80/40 ^m	37	80/40 ^m	54	80/40 ^m
Perú	20 ^j	30	19 ^j	35	27	43	58 ^j	62
República Dominicana	24	70	22	90	23	60	41	60
San Cristóbal y Nieves	90	90	91	90	^b	80	^c	75 ⁿ
San Vicente y las Granadinas	80	95	84	90	59	75 ⁿ	^b	85
Santa Lucía	81	100	80	100	36	^a	69	^a
Suriname	85	90	83	90	71 ^o	90 ^p	^b	^a
Trinidad y Tabago	60	80	61	80	^b	^a	^b	^a
Uruguay	70	85	74 ^h	90	62	95	95	95
Venezuela	49	65	67	80	42	60	48	80

... Datos no disponibles. ^aNo han sido establecidas las metas de cobertura de inmunización para 1985. ^bLa vacuna no fue incluida en el programa nacional de 1983. ^c5 años de edad. ^dInformación no disponible ya que el país no asistió a la Segunda Reunión Regional de Gerentes del PAI realizada en Trinidad en noviembre de 1983. ^eSe usó la vacuna de sarampión, paperas y rubeola. ^fNo incluye campañas nacionales contra la poliomieltitis. ^gEl número de dosis notificado excedió las metas de población estimada. ^hSegunda dosis. ⁱ1 año de edad. ^jProyectado. ^k15 meses de edad. ^l0-5 años de edad. ^mMetas urbanas y rurales. ⁿ2 años de edad. ^o12-35 meses. ^p1-3 años de edad.

2.132 En la reformulación de los planes de trabajo, las principales actividades para las que se solicita apoyo financiero o técnico en 1984-1985 son las siguientes: capacitación de personal, adquisiciones y evaluaciones de la cadena de frío, compra de vacunas, evaluaciones de los PAI nacionales y visitas interpaíses. Entre los organismos externos interesados en atender esas solicitudes figura la OPS, la AID/EUA, el FNUAP, la Comisión Económica Europea (CEE) y el UNICEF.

2.133 **Metas para 1985—América Latina.** Los 20 países sin excepción establecieron las metas de la cobertura de la inmunización con vacunas DPT, antipoliomielítica, antisarampionosa y BCG. En el cuadro 7 se comparan estas metas con los niveles reales de cobertura de 1983. Casi la mitad de los países de América Latina habían logrado niveles de cobertura de por lo menos 50% con respecto a las vacunas DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa en 1983, si bien la fracción que alcanzó coberturas de 70% o más fue mucho menor. En general la cobertura de BCG fue más alta: 12 países notificaron coberturas mayores del 50%, 7 de los cuales superaron el 70%. La figura 4 muestra el progreso obtenido en las coberturas de la inmunización en el período de 1978 a 1983 y la mejoría espectacular que se lograría si todos los países alcanzaran sus respectivas metas en 1985.

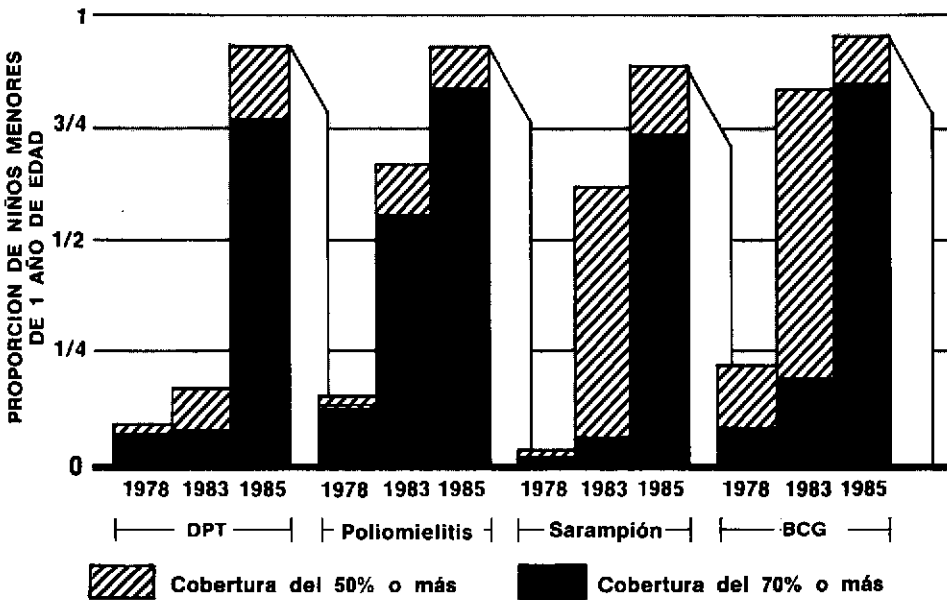
2.134 **Metas para 1985—El Caribe.** El cuadro 7 contiene las metas de cobertura de cada país correspondientes a 1985 para la inmunización completa de niños menores de 1 año con vacunas DPT, antipoliomielítica, BCG y antisarampionosa, junto con las coberturas notificadas en 1983. En general, la cobertura de la inmunización mejoró entre los años 1980 y 1983, en particular en los 12 países más pequeños de la subregión con menos de 130.000 habitantes (en orden ascendente de población: Anguila, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Islas Caimán, San Cristóbal y Nieves, Bermuda, Antigua y Barbuda, Dominica,

Grenada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía). Los siete países más grandes (Belice, Bahamas, Barbados, Suriname, Guyana, Trinidad y Tabago y Jamaica) también han mejorado sus respectivas coberturas pero ninguno ha llegado todavía a niveles superiores al 80%.

2.135 **Capacitación de personal.** Se estima que desde que se emprendieron las actividades de adiestramiento del PAI a principios de 1979 hasta 1984, asistieron a cursos y talleres por lo menos 15.000 trabajadores de salud. Se distribuyeron en la Región más de 12.000 módulos del PAI, directamente por el mismo Programa o a través del Programa de Libros de Texto de la OPS. Continuó recibiendo especial atención el adiestramiento de personal en mantenimiento y reparación de refrigeradores; durante 1984 se adiestraron 30 técnicos en Brasil. En noviembre de 1984, se ofreció a 29 supervisores un curso subregional sobre la cadena de frío y logística, que tuvo lugar en Guatemala, como actividad inmediata del Programa de Supervivencia Infantil para Centro América y Panamá. Merced a los acuerdos concertados con las escuelas de salud pública de Buenos Aires y Rio de Janeiro se está produciendo material didáctico adaptado a las necesidades nacionales. Además, las investigaciones operativas sobre inmunización, incluido el control de las enfermedades diarreicas, ha pasado a formar parte de la elaboración de ese material en Argentina.

2.136 **La cadena de frío.** El Punto Focal Regional para la cadena de frío del PAI en Cali, Colombia, sigue ofreciendo servicios de prueba para identificar el equipo adecuado para almacenamiento y transporte de vacunas. En cooperación con el Departamento de Ciencias Térmicas (Universidad del Valle) se está prestando creciente atención a la evaluación del equipo de refrigeración con energía solar. En el *Boletín Informativo del PAI* se publicará un informe resumido de las unidades ensayadas. También se ha ensayado sobre el terreno en tres países un indica-

Figura 4. Proporción de niños latinoamericanos menores de 1 año de edad en países donde la cobertura de inmunización es de por lo menos el 50% o 70%, 1978-1983 (coberturas notificadas), 1985 (metas de cobertura)



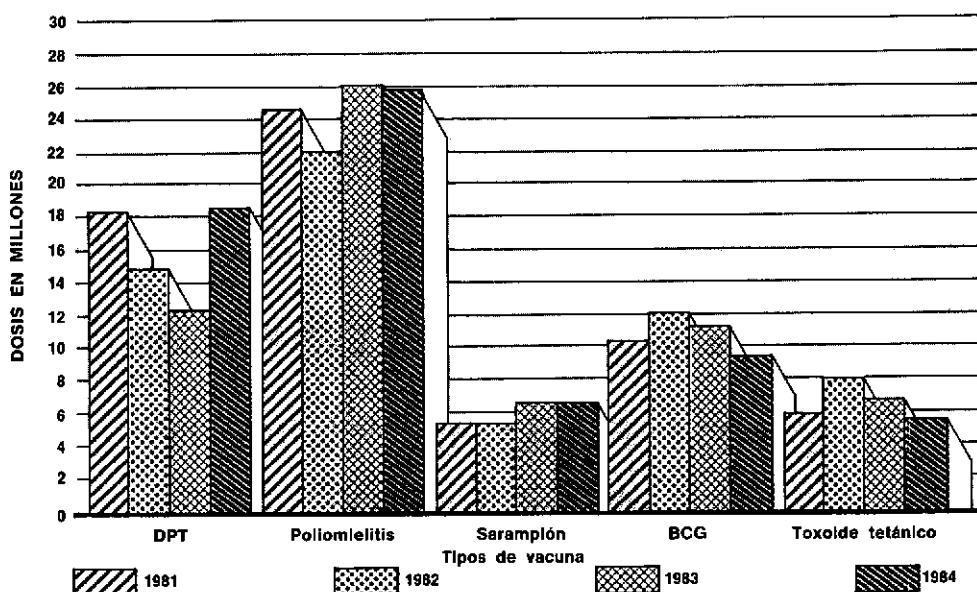
dor del tiempo-temperatura para la vacuna antisarampionosa; los resultados de estas pruebas se están analizando e incorporando en un informe global. Ya está en condiciones de producción un recipiente de vacuna de 0,5 litro elaborado en el Punto Focal. Durante 1984, el Punto Focal de la cadena de frío prestó asistencia a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México en la producción de paquetes de hielo de dos tamaños. Además se proporcionó asistencia técnica al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador para la construcción de cámaras frías para vacunas.

2.137 Fondo Rotatorio. El Fondo Rotatorio de la OPS/OMS para la compra de vacunas y suministros afines recibió un apoyo considerable de los Estados Unidos de América, país que aportó EUA\$1.686.000 a la capitalización del Fondo. Esta contribución, junto con los EUA\$500.000 aportados por el UNICEF en 1983, elevó el nivel de capitalización a EUA\$4.531.112. Pese a la crisis económica que atraviesan numerosos

países de la Región, las compras efectuadas con el Fondo Rotatorio han contribuido a controlar los costos de las vacunas durante un período de rápida inflación. Este fondo sigue proporcionando vacunas de buena calidad a precios razonables. La figura 5 presenta el número de dosis de cada una de las cinco vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio durante el período de 1979-1984 y las compras estimadas para 1985. A fines de 1983, se tuvo conocimiento de que la calidad de las vacunas empleadas en más del 95% de los países y territorios de las Américas se ajustaban a las normas de la OMS. Durante sus primeros 6 años de funcionamiento, el Fondo Rotatorio del PAI hizo pedidos de vacunas por valor de más de EUA\$19 millones (cuadro 8).

2.138 Evaluación. Con el fin de mejorar los servicios de inmunización, la mayoría de los países están evaluando sus programas para identificar problemas que entorpecen las operaciones y definir las soluciones pertinentes. Desde noviembre de 1980, la OPS/

Figura 5. Compras de vacunas realizadas a través del Fondo Rotatorio del PAI, en dosis, 1981-1984



Cuadro 8. Valor en dólares de vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio del PAI, 1979-1984

Año	Valor (EUA\$) L. A. B. ^a
1979	2.259.064
1980	3.250.178
1981	4.303.246
1982	4.209.548
1983	2.763.235
1984	2.342.473 ^b
Total	19.127.744

^aLibre de gasto a bordo (representa el precio en el punto original de embarque).

^bEl valor total incluye el costo (L. A. B.) para las vacunas contra difteria y tétanos (pediátrica y del adulto).

OMS ha colaborado con 18 países en evaluaciones integrales del PAI. Seis países han procedido también a evaluaciones complementarias (cuadro 9) a los efectos de determinar la medida en que se llevaron a la práctica las recomendaciones de la primera evaluación. El PAI ha diseñado un sistema computarizado para monitoría de la cobertura

de la vacunación y la incidencia de enfermedades en todos los países de la Región. Se

Cuadro 9. Número de evaluaciones del PAI por país en la Región de las Américas, 1980-1984

País	1980	1981	1982	1983	1984	Total
Argentina	—	x	—	—	—	1
Belice	—	—	—	—	x	1
Bolivia	x	—	—	x	—	2
Brasil	—	—	—	x	—	1
Colombia	x	—	x	—	x	3
Cuba	—	x	—	—	—	1
Chile	—	—	—	—	x	1
Ecuador	—	x	x	—	—	2
El Salvador	—	—	—	—	x	1
Guatemala	—	—	—	x	—	1
Honduras	—	—	x	—	x	2
Jamaica	—	—	—	x	—	1
Nicaragua	—	—	—	x	—	1
Panamá	—	—	—	—	x	1
Perú	—	—	x	—	—	1
República Dominicana	—	x	—	—	x	2
Uruguay	—	—	x	—	x	2
Venezuela	—	—	—	—	x	1
Total	2	4	5	5	9	25

· Ninguna.

completó la primera etapa del proyecto, durante la cual se registraron los datos de cada país desde 1979 hasta la fecha, sobre los grupos de población a los que iban dirigidos los programas, y sobre el número de dosis administradas. Se preparan informes anuales sobre cobertura de la vacunación y tasas de deserción por país, subregión y región. La segunda etapa, cuya terminación se prevé para principios de 1985, permitirá generar informes y gráficos lineales que indiquen las incidencias notificadas de cada enfermedad comprendida en el PAI desde 1970 hasta la actualidad.

Enfermedades diarreicas

2.139 Se formularon planes de operaciones en otros seis países. En tres de ellos (Suriname, Uruguay y Venezuela) dichos planes se pusieron en operación utilizando principalmente recursos locales; en los tres restantes (Bolivia, México y la República Dominicana) se invirtieron considerables recursos regionales. A consecuencia de la promoción regional durante 1984, Cuba, Grénada, Guatemala y Perú prepararán y pondrán en marcha planes de trabajo durante el primer trimestre de 1985. Así, pues, ascienden a un total de 23 los países en que se está fomentando el control de las enfermedades diarreicas (CED) como parte del programa global de la Región de las Américas. En los demás países, las actividades consisten principalmente en promover el tratamiento de rehidratación oral (TRO).

2.140 Se ha puesto ya en marcha la producción local en gran escala de sales de rehidratación oral (SRO) en Argentina, Brasil, Colombia, México, los Estados Unidos de América y Venezuela; en otros siete países se producen esas sales en menor escala. Actualmente, la Región en conjunto se autoabastece de SRO. Por otra parte, la demanda internacional de SRO probablemente aumente a medida que se extienda la aplicación del tratamiento de rehidratación

oral, no solo porque casi todos los países insisten en que se administren las sales en el hogar para el tratamiento precoz de la diarrea, sino que los mayores costos locales de producción obligan a los países a reducir dicha producción y a comprar paquetes de SRO en fuentes internacionales.

2.141 Con respecto al adiestramiento impartido en 1984, se ofrecieron dos cursos de capacitación en control nacional de enfermedades diarreicas en Brasil (en portugués) y en México (en español). El personal de salud encargado del control de esas enfermedades se adiestró en administración de estos programas. En Brasil, se ofreció instrucción a 45 nacionales y a nueve personas de habla portuguesa de Angola, Cabo Verde, Mozambique y Santo Tomé. En México asistieron al curso un funcionario de Guatemala y 57 de México. En el programa regional se están haciendo planes para impartir capacitación a los coordinadores nacionales recientemente nombrados. El curso de adiestramiento en supervisión de nivel intermedio se realizó en seis países, con un total de 282 participantes. Los países consideran que este curso ha sido muy útil y proyectan repetirlo utilizando fondos locales. Como parte de las actividades de promoción del CED/TRO, se organizaron dos seminarios, uno en Chile y otro en México. En marzo de 1984 se celebró en Bogotá, Colombia, un segundo curso de adiestramiento, titulado "Apoyo de las comunicaciones al control de las enfermedades diarreicas", con el fin de evaluar los proyectos concebidos después del primer curso dictado en Rio de Janeiro, Brasil, en 1982. Asistieron a este segundo curso participantes de 10 países. Se observó que el material didáctico elaborado en los proyectos se está utilizando a nivel de país.

2.142 En el curso del año se efectuaron dos encuestas sobre morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas, una en Belice y otra en Suriname. Se cooperó con Bolivia y México en la organización de encuestas análogas; ambos países las llevarán a cabo en

1985. En Colombia y Costa Rica se realizaron estudios muy completos de programas nacionales de CED, que ofrecieron información útil para la reprogramación de las actividades correspondientes en los países.

2.143 Se intensificaron los esfuerzos regionales tendientes a proporcionar material de instrucción técnica a los programas nacionales. Los documentos técnicos preparados por el Programa Mundial fueron traducidos al español y debidamente distribuidos. Asimismo, en diciembre de 1984 un grupo de expertos preparó, en colaboración con el Programa de Libros de Texto de la OPS, un manual sobre tratamiento del niño con diarrea. En 1985 se llevarán a la práctica los planes para imprimir los módulos destinados a un curso sobre técnicas de supervisión así como otro material didáctico a nivel de país, a fin de hacerlos disponibles en gran escala a nivel local.

2.144 En el campo de la investigación, durante 1984, el Comité Directivo del Grupo Científico Regional de Trabajo recibió y evaluó 24 nuevas propuestas de investigación operativa formuladas por científicos de la Región. Dos de estas propuestas fueron aprobadas sin modificación y seis se aceptaron en principio pendientes de modificaciones. Desde 1982 se han aprobado 32 proyectos en total; 8 se han terminado, 15 se encuentran actualmente en marcha y 9 están pendientes de las modificaciones sugeridas por el Subcomité de Iniciativas con respecto al financiamiento definitivo. El Grupo Científico de Trabajo ha formulado nuevas recomendaciones para la preparación de proyectos en los países para realizar y evaluar actividades de CED, incluida la planificación de intervenciones para reducir las enfermedades diarreicas, así como para evaluar el impacto de las estrategias de CED a nivel de la comunidad.

Control de enfermedades transmitidas por vectores

2.145 Continuó la tendencia ascendente del número de casos de malaria, dengue, en-

fermedad de Chagas, leishmaniasis y esquistosomiasis. Ante tal situación, es urgente incrementar la revisión crítica del conocimiento y métodos existentes y buscar nuevos enfoques y tecnología, así como formas efectivas de combinación de recursos intra e intersectoriales para la prevención y control de dichas enfermedades.

2.146 **Malaria.** De los 255,4 millones de habitantes de los 33 países y unidades políticas originalmente maláricos, 122,8 millones (48%) viven en zonas en fase de mantenimiento, donde no hay transmisión. Alrededor de 132,6 millones (52%) están aún expuestos al riesgo de enfermarse. El número de casos registrados fue de 902.799 en 1984 (cuadro 10). Aunque el continuo deterioro de la situación malárica pudo contenerse en algunos países, otros vieron aumentar en forma extraordinaria el número de casos registrados. A nivel regional, la situación experimentada en 1983 fue la peor de los últimos 20 años. Este retroceso se hizo más evidente en las zonas de colonización de la región amazónica y del norte de Sud América. La crisis económica que atraviesan los países de la Región repercutió en la compra de insumos básicos, así como en la merma de los salarios de los trabajadores al servicio de los programas de salud. El desgaste y deterioro irreparable de equipos de trabajo para el desarrollo de operaciones de control, así como el elevado costo de los equipos importados y de los materiales utilizados en los programas, fue otro problema cuya solución no se vislumbra fácilmente.

2.147 Por otra parte, los conflictos de índole social y política afectaron el desarrollo de las actividades operacionales en vastas áreas. Dichos conflictos también trajeron consigo el desplazamiento de habitantes, quienes se refugiaron en las zonas fronterizas de otros países o en albergues temporales de las grandes ciudades. Se hizo muy poco uso del método epidemiológico para investigar en qué magnitud inciden ciertas variables sociales en el problema relacionado con la transmisión de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores.

Cuadro 10. Casos registrados de malaria en las Américas, 1981-1984

País o territorio	Población en áreas maláricas, 1984 (en miles)	Casos registrados			
		1981	1982	1983	1984
Argentina	3.752	323	567	535	431
Belice	160	2.041	3.868	4.595	4.117
Bolivia	2.469	9.774	6.699	14.441	8.156 ^a
Brasil	55.927	197.149	221.939	297.687	378.257
Colombia	18.600	60.972	78.601	105.360	55.268
Costa Rica	718	168	110	245	569
Cuba	3.350	573	335	298	401
Chile	261	0	0	0	0
Dominica	16	0	0	0	0
Ecuador	5.276	12.745	14.633	51.606	78.599
El Salvador	4.133	93.187	86.202	65.377	66.874
Estados Unidos de América	67.338	1.010	622	605	791
Islas Vírgenes	96	0	0	0	0
Puerto Rico	3.399	11	2	2	2
Grenada	44	0	0	0	0
Guadalupe	283	0	1	1	0
Guatemala	3.104	67.994	77.375	64.024	74.132
Guayana Francesa	73	769	1.143	1.051	1.021
Guyana	836	2.065	1.700	2.102	3.017
Haití	4.818	46.703	65.354	53.954	54.896
Honduras	3.867	49.377	57.482	37.536	27.332
Jamaica	1.705	1	1	4	5
Martinica	194	1	7	1	0
México	41.639	42.104	49.993	75.029	81.640 ^b
Nicaragua	3.165	17.434	15.601	12.907	15.702
Panamá	2.037	340	334	341	125
Paraguay	2.701	73	66	49	554
Perú	6.361	14.812	20.483	28.563	32.621 ^c
República Dominicana	6.060	3.596	4.654	3.801	2.370
Santa Lucía	108	0	0	0	0
Suriname	281	2.479	2.805	1.943	3.849
Trinidad y Tabago	1.159	3	4	3	6
Venezuela	11.580	3.377	4.269	8.388	12.058 ^b
Total	255.510	629.081	714.850	830.448	902.799

... Datos no disponibles.

^aInformación hasta junio.^bInformación provisional.^cInformación hasta octubre.

2.148 El cambio de estrategia para resolver en forma planificada dichos problemas, o sea el desarrollo de los programas de control dentro de los servicios de salud y con la participación de la comunidad, se aplicó muy débilmente. A consecuencia de los desastres naturales, la transmisión malárica aumentó notablemente en algunos países de la subregión andina. Los sistemas de información dentro de los programas nacionales son inadecuados, ya que la información epidemiológica se transmite en un ámbito muy restringido. No se ha completado aún el proceso de estratificación epidemiológica que permita la utilización de recursos locales y la adopción de medidas acordes a la magnitud de los problemas. Además, los centros de capacitación profesional no han respondido a la situación epidemiológica de los países, modificando los programas de estudios a fin de actualizar los conocimientos impartidos a los alumnos sobre las diferentes situaciones de salud-enfermedad y sobre metodologías de vigilancia, prevención y control.

2.149 Los gobiernos, con la cooperación de la OPS/OMS, están llevando a la práctica diversas iniciativas para superar estos problemas. Los gobiernos de Centroamérica y Panamá estudiaron en forma conjunta los problemas creados por las enfermedades tropicales prevalecientes en Centroamérica y trazaron a la vez los planes de acción dentro del contexto de la atención primaria de salud, a fin de reforzar los programas de malaria, *Aedes aegypti* y otras enfermedades transmitidas por vectores. Dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá se determinaron las prioridades regionales básicas, los vínculos intra y extrasectoriales y los mecanismos operacionales; el desarrollo de los programas y del proceso administrativo; el adiestramiento de personal, investigación e información, e identificación de los centros nacionales de excelencia técnica, y los niveles de participación de los países del Istmo Centroamericano en cada uno de los componentes.

2.150 En la subregión andina se inició también un proceso similar al anterior, con la cooperación de la secretaría del Convenio Hipólito Unanue. Se continuó promoviendo la estratificación epidemiológica y operacional de las zonas afectadas por estas enfermedades con el fin de utilizar los recursos locales existentes de manera más racional y efectiva. Como estrategia se promovió la atención primaria, con participación de varios niveles intra y extrasectoriales identificados con dichos problemas y los de la propia comunidad.

2.151 Con miras a obtener una mayor participación de la comunidad organizada, en Bolivia se han incorporado actividades anti-maláricas en las Movilizaciones Populares. En Brasil se consiguió mantener libres de malaria las zonas en fase de mantenimiento. La transmisión de la enfermedad ocurre en áreas de la Cuenca del Amazonas en donde se desarrollan actividades de colonización, minería y explotación de recursos naturales. En estas zonas se ha incorporado el control de la malaria en los proyectos de desarrollo. En Colombia, la situación epidemiológica se ha deteriorado considerablemente, se ha comenzado a tomar medidas tendientes a reforzar las actividades de control mediante convenios con las oficinas seccionales de salud y la promoción de una mayor participación del sector universitario. En México, la ejecución del programa se descentralizó a los estados con el apoyo de unidades normativas de nivel central. Debe notarse que el 90% de los casos notificados correspondieron a solo nueve estados y que en dos de ellos (Chiapas y Oaxaca) se registró el 54% del total de casos del país. Para resolver este problema, la nueva estructura contempla la participación coordinada del gobierno estatal, las autoridades municipales, las instituciones del sector salud y las entidades extrasectoriales relacionadas con el problema. Durante el período los Gobiernos de Belice, Haití, Ecuador y Perú prepararon anteproyectos para la obtención de recursos externos y los Gobiernos de Argentina, Bolivia y Brasil planificaron actividades de CTPD.

2.152 En lo relativo a la estrategia de incorporación gradual de las actividades de malaria en los servicios de salud, se identificó como una necesidad urgente la capacitación de personal en los principios básicos de la epidemiología y control de malaria. Con este fin se inició el adiestramiento del personal básico de monitores para asegurar el efecto multiplicador de la capacitación y extenderlo a todo el personal de los servicios generales de salud. Además se inició la modernización de los sistemas de información y su adecuación para ser utilizados efectivamente dentro de la nueva estrategia de control.

2.153 La investigación es una área decisiva para el control futuro de la malaria en el Continente. En Brasil se realizó un estudio sobre susceptibilidad a las drogas y diferencias genéticas en cepas de *Plasmodium falciparum*; se evaluaron drogas antimaláricas en diferentes esquemas de tratamiento y se estudió la actividad de los macrófagos en la infección malárica experimental. En Brasil y México se ensayó la utilización de anticuerpos monoclonales para la detección de plasmodios en mosquitos; en México también se llevaron a cabo estudios sobre la capacidad de transmisión de los anofelinos y sobre técnicas de centrifugación por gradientes de densidad para la detección de la infección en el vector. Teniendo en cuenta la utilidad de la serología como instrumento de análisis epidemiológico, se promovió su uso en Honduras, Nicaragua y Venezuela, países que realizaron proyectos de investigación. Brasil, Colombia, Nicaragua y la República Dominicana continuaron realizando estudios sobre la influencia de las variables sociales, incluidas las migraciones, formas de producción y vivienda, en el perfil epidemiológico de la malaria.

2.154 Los problemas técnicos sobre la resistencia de vectores a los insecticidas se abordaron con estudios orientados a buscar otros métodos de control, bien sea con nuevos productos químicos o por medio del control biológico y físico encaminado a reducir los criaderos. La solución del problema de la re-

sistencia del *P. falciparum* se buscó a través de la utilización de nuevos medicamentos (mefloquina) o de nuevos esquemas de tratamiento con las drogas conocidas, ya sea solas o en combinación.

2.155 **Erradicación de *Aedes aegypti*.** Los programas de erradicación y control del *Aedes aegypti* han experimentado retrocesos y, como consecuencia, el vector ha reinfestado zonas de las cuales se lo había erradicado y ha invadido otras donde antes no se lo había observado. La información sobre fiebre amarilla es fragmentaria pues la enfermedad ocurre generalmente en áreas selváticas aisladas. Sólo se recibe información sobre casos graves y fatales confirmados mediante diagnóstico de laboratorio. Hasta el 31 de diciembre de 1984, la OPS/OMS recibió notificación de 5 casos en Bolivia, 45 en Brasil, 13 en Colombia, 1 en Ecuador y 23 en Perú, o sea que la epidemia continúa en cinco países de la Región. En cuanto al dengue, debe anotarse que el grado de actividad fue relativamente alto en 1981 y 1982. En 1983, la mayoría de los países notificaron solo casos de transmisión mínima o esporádica. Aunque no se observaron brotes epidémicos de la enfermedad en 1984, se documentó la circulación del virus del dengue en varios países mediante el aislamiento de los serotipos 1, 2 y 4.

2.156 **Enfermedad de Chagas.** Se registraron avances en los estudios de prevalencia de la enfermedad de Chagas iniciados en 1983 en Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y Uruguay. Dichos estudios facilitan ya la programación de actividades en función de las prioridades determinadas por el riesgo de transmisión y los recursos disponibles. Se elaboraron así los proyectos para el control de esta enfermedad en Bolivia, Paraguay y Uruguay a través de los servicios de salud, dentro de la estrategia de la atención primaria y con la cooperación intrasectorial e intersectorial (agricultura, educación y desarrollo rural). Con el propósito de fortalecer la estrategia multisectorial en la so-

lución del problema y de orientar la vigilancia epidemiológica, se convocó un grupo de estudio integrado por los directores de programas de estudio y control de la enfermedad de Chagas de Argentina, Brasil, Ecuador, Honduras, Paraguay, Uruguay y Venezuela que se reunió en noviembre de 1984 en Washington, D.C. En Argentina, Brasil, Colombia, Honduras y Venezuela se ensayaron técnicas inmunológicas más simples que las usadas actualmente para aplicarlas al diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Además, en Venezuela continuaron, con la participación de la comunidad, las investigaciones sobre el efecto de la modificación de la construcción de la vivienda sobre la infestación de triatomíneos, la evaluación de la capacidad vectorial de distintas especies de triatomíneos, y los estudios longitudinales sobre cardiopatía chagásica.

2.157 Leishmaniasis. Los casos de leishmaniasis continuaron aumentando debido al desarrollo de proyectos de colonización con fines agropecuarios y mineros. Con excepción de Brasil, Colombia, Costa Rica y Panamá, los países no tienen en su mayoría actividades organizadas de control, por carecer de estudios epidemiológicos que definan la magnitud del problema, o por carecer de recursos humanos y económicos para la identificación y tratamiento adecuado de la leishmaniasis en la zona endémica. Con el objeto de definir una estrategia para el control y vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, en octubre de 1984 se realizó en México, un seminario subregional sobre epidemiología y control de la leishmaniasis en Belice, Centro América, México y Panamá. La experiencia de Costa Rica y Panamá, que tienen estructurado un programa para la identificación y tratamiento de casos de leishmaniasis, dentro de los Servicios Generales de Salud, sirvió para elaborar recomendaciones que permitirán a los otros países organizar en 1985-1986 actividades para el estudio y control de esta enfermedad. En Paraguay se formuló el proyecto para el estudio y control de la enfermedad en una zona prioritaria que se desarrollará en 1985. En Perú continuó la carac-

terización de especímenes de leishmania en el Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt".

2.158 Esquistosomiasis. En la República Dominicana se definió mejor la zona endémica, lo que permitirá ampliar en 1985 las medidas de control ya en marcha. En Suriname se evaluó el proyecto de investigación y control iniciado en 1983 en colaboración con el Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/OMS. Además se completó el adiestramiento del personal en el análisis computadorizado de datos epidemiológicos.

2.159 Oncocercosis. En Ecuador prosiguió el estudio sobre taxonomía y biología de los vectores a través del Instituto Nacional de Higiene. Este estudio, que se realiza con la colaboración del TDR y del Museo de Historia Natural de Londres, ayudará en el futuro a definir la zona de transmisión de la oncocercosis en la provincia de Esmeraldas y a orientar las actividades de control. Los estudios epidemiológicos de la oncocercosis que realiza el programa para investigación y control de enfermedades tropicales en la región amazónica de Venezuela continuaron recibiendo apoyo técnico de la Organización y del TDR.

Enfermedades parasitarias intestinales

2.160 Se intensificó el adiestramiento sobre diagnóstico, vigilancia y control de parasitosis intestinales en Cuba, Guatemala y la República Dominicana. En este último país se logró definir conjuntamente con la División de Laboratorios y Bancos de Sangre de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y el personal docente de las universidades del país, el contenido y orientación que deberían tener los programas de enseñanza de parasitología para bioanalistas en función de las enfermedades prevalentes en el país. En Guatemala se formuló un programa

de adiestramiento de laboratoristas de los servicios de salud para 1985-1986, el cual permitirá mejorar el diagnóstico tanto de las parasitosis intestinales, de la malaria, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y filariasis a nivel de los servicios generales de salud.

Infecciones respiratorias agudas

2.161 En 1984 se aceleró el proceso de extensión del programa de control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en las Américas. La estrategia adoptada por la Región ha sido la implantación, con máxima cobertura, de actividades estandarizadas para tratar casos infantiles de IRA, dentro de la estrategia de atención primaria de salud. Estas actividades, junto con el tratamiento de la deshidratación por enfermedades diarreicas y la vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles, completan la triada para contrarrestar la morbilidad en menores de 5 años en los países en desarrollo. Entre las actividades sobresalientes deben mencionarse las siguientes: en el estado de Pará, Brasil, las actividades de control con normas sencillas iniciadas en 1982 se incorporaron a los servicios de seguridad social y su cobertura continúa extendiéndose gradualmente a otros estados. En los primeros 2 años del programa se registraron 160.000 niños atendidos, de los cuales 40.000 requirieron tratamiento antimicrobiano. Solo el 1% requirió ser internado en hospitales. Un programa similar se inició en el estado de Rio Grande do Sul. A nivel nacional se aprobó el manual de normas para el tratamiento de IRA en niños, con la participación de sociedades de profesionales de la salud y los Ministerios de Salud y de Provisión Social. En Panamá continuó la implantación del programa de IRA, que cuenta con el apoyo financiero de OMS/Fondo del Golfo Árabe (AGFUND). Se ha ejecutado un 50% del proyecto iniciado en abril de 1984, y el Gobierno ha programado la extensión de las actividades al resto del país como parte de los proyectos del Plan de Necesidades Prioritarias

de Salud en Centroamérica y Panamá, conjuntamente con las actividades de control de enfermedades diarreicas. Guatemala preparó el programa operacional y los materiales para adiestramiento y educación comunitaria. Se ha programado iniciar la implantación de las actividades en los servicios de salud en enero de 1985.

2.162 En el campo de la investigación continuó la ejecución de estudios etiológicos sobre IRA en niños en Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá, Perú y Uruguay. Para capacitar al personal del laboratorio de investigaciones bacteriológicas y virológicas se efectuó un taller subregional en Argentina, con participantes de este país, así como de Brasil, Chile y Uruguay. Con el propósito de promover iniciativas en los países, la OPS/OMS y UNICEF patrocinaron el segundo seminario regional de IRA y supervivencia infantil realizado en octubre en Brasil. Participaron 130 profesionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. En el seminario se revisó la situación de los programas, la capacitación de personal y las prioridades de las investigaciones. Como resultado, los Gobiernos de Bolivia, Colombia, El Salvador y Venezuela tomaron medidas para formular e intensificar sus programas.

Tuberculosis

2.163 Las tasas de mortalidad por tuberculosis continúan su descenso gradual en la mayoría de los países de la Región. La notificación de casos ha aumentado en varios países, debido fundamentalmente al registro más adecuado y a la mayor extensión de la cobertura del programa por medio de la integración gradual de las actividades en los servicios generales de salud. En otros países la notificación de casos disminuyó debido a la reducción de la incidencia. En el último año informado se notificaron más de 240.000 ca-

sos nuevos. Por otra parte, en los 2 últimos años se registraron progresos en los programas de Brasil, Colombia y Chile, así como un descenso del riesgo de infección en Cuba, Chile y Venezuela.

2.164 Como resultado de la escasez e irregularidad del suministro gratuito de medicamentos, muchos programas se han deteriorado y muestran altas proporciones de abandono del tratamiento por parte de pacientes que no han sido dados de alta. Otros programas como el de Perú, por ejemplo, no han obtenido los beneficios esperados después de realizar notables progresos en la organización y supervisión de las actividades. En general, pese a las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA33.26 de 1980 y WHA36.60 de 1983), el apoyo oficial al programa se ha reducido. Al mismo tiempo está aumentando el interés de los organismos extragubernamentales y profesionales, así como el apoyo internacional. En las Américas, la OPS/OMS continuó apoyando los programas de Nicaragua y Perú, en colaboración con la Unión Internacional contra la Tuberculosis, y en Colombia con fondos de OMS/AGFUND. En Colombia se registró un aumento en la notificación de casos nuevos, lo que puede interpretarse como un incremento de la cobertura y de la intensidad de los esfuerzos para el control de esta enfermedad.

2.165 En 1983 la notificación en Brasil se mantuvo al mismo nivel que en 1982, pese al aumento del 10% en el número de servicios de localización de casos, lo que demuestra que se ha alcanzado el máximo rendimiento posible con la tecnología actualmente disponible para el diagnóstico. En Rio Grande do Sul, Brasil, se concluyó el estudio de la prevalencia de infección en alumnos de primer grado no vacunados, completándose así la primera fase del estudio de riesgo de infección. En 1988 se efectuará un segundo estudio que permitirá calcular la variación del riesgo a infectarse de la población y estimar así la magnitud real y tendencia del problema, y su relación con la incidencia de casos descu-

biertos. La inclusión del grupo preescolar de ese estado en el sistema de vacunación sistemática con BCG comenzada en 1984 en los menores de 1 año permitirá además evaluar la reducción de la morbimortalidad debida a la vacunación, especialmente en lo referente a la meningitis tuberculosa.

2.166 Chile elaboró un nuevo manual de normas sintético y práctico, y adoptó para todo el país un esquema económico de tratamiento supervisado de corta duración y gran eficacia. El adiestramiento del personal de administración de programas se impartió por medio de cursos en Argentina, Brasil, Cuba, Chile, México y Venezuela. En la producción de vacuna BCG, Brasil adecuó su sistema para cubrir los requerimientos de exportación a otros países de la Región. El Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) colaboró activamente en el control de la calidad de BCG, en la distribución de tuberculina (PPD), y en el adiestramiento de personal. Se efectuaron cursos de bacteriología de la tuberculosis en Jamaica y en México, con participación de CEPANZO.

Lepra

2.167 La resistencia del *Mycobacterium leprae* al medicamento dapsona es un problema cada vez mayor en los países donde por tres decenios se ha aplicado la quimioterapia con dicho medicamento solamente. La única forma disponible de evitar la resistencia bacteriana es la quimioterapia con medicamentos combinados. Desafortunadamente, los países solo cuentan con recursos limitados para adquirir los medicamentos esenciales empleados en los nuevos regímenes terapéuticos (rifampicina, clofazimina, prothionamida-ethionamida). Los nuevos esquemas de tratamiento requieren además la amplia utilización de los servicios generales de salud y de la atención primaria de salud, que permitan extender la cobertura y asegurar el uso de los medicamentos. Esto implica movilizar recursos técnicos y financieros para el

adiestramiento y supervisión de grandes contingentes de personal.

2.168 A fin de colaborar con los gobiernos en la solución de estos problemas, la OPS/OMS cooperó principalmente en la consecución de fuentes de financiamiento que posibiliten la poliquimioterapia, mediante las siguientes iniciativas: movilización de recursos extrapresupuestarios a través de convenios bilaterales o multilaterales con agencias voluntarias de la Federación Internacional de Asociaciones Contra la Lepra (ILEP) para financiar la adquisición de medicamentos y las actividades implícitas en la implantación de la quimioterapia con medicamentos combinados. Colombia y Ecuador han firmado convenios con la Agencia Alemana de Socorro Contra la Lepra. Otros países están gestionando con esta y otras instituciones y la OPS/OMS el posible financiamiento para el desarrollo de programas.

2.169 La Fundación de la Industria Naviera Japonesa (JSIF) financió la cooperación técnica en la evaluación, reorganización y adiestramiento de personal en los programas de control de la Región. Con su ayuda financiera se obtuvieron además medicamentos específicos para la realización de ensayos terapéuticos en Brasil y México, y para la implantación de la poliquimioterapia en Ecuador. En el Caribe se extendió por 2 años el convenio para financiamiento de los programas entre la Obra Emmaüs de Suiza y los Gobiernos de Anguila, Antigua, Bahamas, Barbados, Dominica, Grenada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Islas Turcas y Caicos. En la República Dominicana, la Fundación Damien de Bélgica, continúa financiando el programa de control de la enfermedad. Brasil y Venezuela ofrecieron cursos anuales de dermatología sanitaria a los países de la Región, y en el Caribe se organizaron talleres para el personal de los servicios generales de salud.

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

2.170 Las enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional son las siguientes: cólera, peste y fiebre amarilla. En 1984 no se registró ningún caso de cólera en la Región de las Américas. Los casos notificados de peste durante los últimos 5 años se resumen en el cuadro 11. Los principales focos de esta enfermedad fueron identificados en Bolivia y Perú y, en colaboración con las autoridades nacionales, la OPS/OMS ofreció adiestramiento con el fin de mejorar la investigación sobre el terreno, el diagnóstico de laboratorio y la lucha contra las pulgas y los roedores. Las directrices nacionales relativas a la peste fueron objeto de estudio y se formularon recomendaciones para su revisión. Durante el año, con excepción de un brote ocurrido en la región amazónica del Brasil, sólo se recibieron notificaciones esporádicas de casos de fiebre amarilla. También en el cuadro 11 se resumen los casos registrados en los últimos 5 años. La extendida reinfestación de *Aedes aegypti* hace que la reintroducción de la fiebre amarilla en zonas urbanas siga siendo una amenaza potencial. Por consiguiente, la OPS/OMS organizó un importante taller en Brasil para estudiar la fisiopatología de la infección amarílica y los adelantos del tratamiento moderno de la enfermedad. La OPS/OMS ha renovado sus esfuerzos para garantizar la obtención de fondos destinados a la elaboración de una vacuna anti-amarílica 17D basada en cultivo tisular. Por lo pronto, en 1984 con la mediación de la OPS/OMS, los laboratorios de producción de va-

Cuadro 11. Casos registrados de fiebre amarilla y peste en las Américas, 1980-1984

	1980	1981	1982	1983	1984*
Fiebre amarilla	119	231	137	50	90
Peste	142	128	182	215	501

* Datos provisionales al 24 de mayo de 1985.

cuna de Brasil y Colombia modernizaron sus instalaciones de producción con las subvenciones recibidas del Centro Internacional de Canadá de Investigaciones para el Desarrollo.

2.171 La OPS/OMS pidió a los Países Miembros que notificaran la manifestación de casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En el cuadro 12 se resumen los datos disponibles.

Enfermedades víricas

2.172 Puesto que la epidemiología de las enfermedades víricas depende más del laboratorio que de los diagnósticos clínicos, se intensificaron los esfuerzos dirigidos a reforzar la capacidad de diagnóstico de laboratorio. La hepatitis vírica, pese a las tecnologías disponibles para combatirla, sigue siendo una importante amenaza para la salud pública. La OPS/OMS convocó, como parte del Programa Mundial de la OMS de Control de la Hepatitis, la reunión de un pequeño grupo de trabajo con el propósito de obtener y analizar infor-

mación sobre el alcance de la hepatitis A, B y no-A-no-B en las Américas. Con la cooperación de la Organización, Brasil fortaleció la producción local de reactivos de laboratorio para la hepatitis.

2.173 Si bien no se registraron brotes importantes de dengue, se notificó el aislamiento esporádico de los tipos 1, 2 y 4. Además se investigaron en México posibles casos de síndrome de dengue hemorrágico. Con el fin de colaborar con los países expuestos a esta enfermedad en la preparación para el caso de epidemias en gran escala, la OPS/OMS llevó a cabo un seminario nacional de adiestramiento en identificación y tratamiento de casos de dengue hemorrágico en Colombia. Prosiguieron las actividades encaminadas a reforzar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios locales y de referencia.

2.174 Con la cooperación de la OPS/OMS y el Ejército de los Estados Unidos de América, Brasil identificó un virus perteneciente al complejo vírico de Hantaan (agente causante de la fiebre hemorrágica con

Cuadro 12. Casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas por país, 1980-1984

País	1980	1981	1982	1983	1984*	Total
Argentina	—	—	—	6	5	11
Brasil	—	—	5	43	134	182
Canadá	2	5	18	48	92	165
Colombia	—	—	—	—	4	4
Chile	—	—	—	—	3	3
Estados Unidos de América	46	255	980	2.644	4.462	8.387
Grenada	—	—	—	—	2	2
Guadalupe	—	—	2	1	5	8
Haití	—	—	—	232	108	340
México	—	—	—	8	4	12
Santa Lucía	—	—	—	—	1	1
Suriname	—	—	—	—	2	2
Trinidad y Tabago	—	—	—	9	7	16
Uruguay	—	—	—	2	1	3
Venezuela	—	—	—	—	9	9
Total	48	260	1.005	2.993	4.839	9.145

— Ninguno.

* Datos provisionales hasta el 24 de mayo de 1985.

síndrome renal). El virus procedía de una rata urbana y fue la primera vez que se aisló este agente en Sudamérica. Argentina y Brasil empezaron a organizar la vigilancia de la enfermedad en seres humanos. En Colombia tuvo lugar un taller especial sobre la encefalitis vírica transmitida por artrópodos y se tomaron medidas para proporcionar reactivos para diagnóstico a los laboratorios nacionales. También se organizó otro taller sobre los vectores de la encefalitis arboviral con el objeto de actualizar los conocimientos de los entomólogos nacionales.

2.175 No ocurrieron brotes importantes de influenza. Sin embargo, el Centro Nacional OPS/OMS de Influenza en Chile aisló una nueva variante de influenza H1N1. Esta cepa ha sido incorporada en la vacuna contra la influenza recomendada por la OMS. Se evaluaron una serie de anticuerpos monoclonales como reactivos de tipificación para *Herpes simplex* aislado en Argentina, Brasil, Chile y Trinidad y Tabago. Los métodos empleados y los resultados obtenidos concordaron con los del centro de referencia (Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades, Canadá); por lo cual dichos anticuerpos monoclonales se facilitarán a laboratorios seleccionados.

Enfermedades de transmisión sexual

2.176 El control de las enfermedades de transmisión sexual sigue teniendo baja prioridad en la mayoría de los Países Miembros. La falta de información sobre la epidemiología de las principales enfermedades de esta naturaleza y sus secuelas, contribuye a que se desconozca la importancia que revisten para la salud pública y al fomento de medidas tradicionales de control de estas enfermedades. A fin de disponer de una mejor información acerca de las enfermedades de transmisión sexual, la OPS/OMS y los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) llegaron a un acuerdo cooperativo para desarrollar proyectos piloto en 1985 en uno de los seis países

colaboradores. El proyecto pretende mejorar la vigilancia de esas afecciones utilizando una serie de procedimientos epidemiológicos. En Nicaragua, Panamá y Suriname se evaluaron las actividades del programa de control de enfermedades de transmisión sexual y se formularon recomendaciones. La OPS/OMS mantuvo un inventario actualizado de cursos de adiestramiento sobre el tratamiento de casos clínicos y diagnóstico de laboratorio. En la zona del Caribe, el CAREC organizó una serie de seminarios de adiestramiento, financiados con una subvención de AID/EUA, con el propósito de perfeccionar y estandarizar el diagnóstico clínico y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, lo cual constituye la primera etapa del desarrollo de actividades de control en este campo.

Prevención y control de enfermedades no transmisibles

2.177 Cada vez más los países de la Región reconocen que este grupo de enfermedades constituye un problema prioritario de la salud. El aumento de la esperanza de vida ha sido muy significativo en los países donde la atención materno-infantil ha alcanzado coberturas adecuadas, lográndose una disminución considerable de la mortalidad en la infancia. Esta situación, unida a la transformación de los estilos de vida y otros factores psicosociales condicionantes, ha acelerado la aparición de cambios importantes en los perfiles de la morbimortalidad, especialmente en lo referente a la frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos figuran entre las primeras cinco causas de muerte en todos los países de América Latina y del Caribe.

2.178 Basándose en la experiencia acumulada en el control de algunas de estas enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, fiebre reumática y cáncer del cuello uterino, los países están adoptando, con la cooperación de la OPS/OMS, un enfoque in-

tegral de la promoción de la salud y del control de los factores de riesgo y de las enfermedades dentro de los servicios generales de salud, dando énfasis a la atención primaria. En este sentido se ha orientado el Proyecto de Monitoría Regional de los Programas Integrados de Enfermedades Crónicas (MORE). Con este fin, Brasil, Cuba y Venezuela han iniciado programas integrados de enfermedades crónicas en escala limitada con el propósito de adquirir experiencia que permita extenderlos en el futuro.

2.179 Con la participación de Argentina, Chile y Uruguay se realizó en abril de 1984 una reunión sobre enfermedades crónicas en Punta del Este, Uruguay, con el propósito de definir estrategias subregionales sobre problemas comunes relacionados con enfermedades crónicas en las que se aprovechen los recursos de los tres países. El informe de esta reunión, así como el de la Reunión Regional sobre Control del Cáncer Cérvico-Uterino celebrada en enero de 1984 en México, fue examinado por el Comité Ejecutivo de la OPS en junio de 1984, que decidió que el programa de salud del adulto sea un tema de discusión del Consejo Directivo de la OPS en 1985.

2.180 En relación con las actividades de promoción de la salud, se convocó a un grupo de expertos sobre el tabaquismo y la salud con el objeto de discutir la acción futura de los gobiernos, particularmente estrategias para la promoción de políticas, lo cual se discutirá en forma amplia en una reunión subregional del Cono Sur programada para 1985. Asimismo se han efectuado reuniones nacionales con la cooperación de la OPS/OMS sobre el control y la situación de la hipertensión arterial en Brasil y Panamá, la diabetes en México y el cáncer ginecológico en Colombia. Se realizó un seminario sobre información acerca del cáncer en Brasil y se dictaron dos cursos: uno nacional sobre registro del cáncer en Bahamas y otro sobre epidemiología del cáncer en Costa Rica, este último de carácter internacional. Se inició la promoción de los tres ejes de investigación (planificación estratégica,

programas integrados y servicios de salud) de apoyo al proyecto MORE, así como la elaboración de los respectivos protocolos básicos que propondrán para los países en 1985.

2.181 **Las enfermedades cardiovasculares** tienen prioridad dentro del grupo de enfermedades crónicas no trasmisibles. En el cuadro 13 se presentan las tasas de mortalidad y la mortalidad proporcional sobre el total de defunciones de algunos países.

2.182 Puede observarse que algunos países de América Latina y el Caribe tienen tasas comparables a las de los Estados Unidos de América y Canadá. Es notoria también la importancia de las enfermedades cerebrovasculares en algunos de ellos, como Trinidad y Tabago y Uruguay, donde la hipertensión arterial es un problema de salud prioritario. Continuó la promoción de las actividades de control de hipertensión y para ello la OPS/OMS ha puesto a la disposición de todos los países el manual titulado *La hipertensión como problema de salud comunitario*. Se le ha dado prioridad a la detección de la hipertensión y su control, no solo como problema cardiovascular per se, sino como un riesgo mayor de la salud de la población adulta y anciana. Bolivia, El Salvador y Jamaica proyectan formular programas intensivos de prevención de la fiebre y la cardiopatía reumática. Los resultados podrían ser posteriormente utilizados por otros países; este proyecto será financiado por el AGFUND. La fiebre reumática, de importancia todavía en algunos países, es objeto de monitoría por País/OPS/OMS, mediante la aplicación del manual sobre fiebre reumática de la Organización.

2.183 Se ha reconocido la importancia prioritaria de la diabetes mellitus en Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Panamá, Uruguay, Venezuela y en los países de habla inglesa del Caribe, donde la esperanza de vida es mayor y los índices de prevalencia de diabetes son altos.

2.184 **Cáncer.** Las autoridades de salud están dando mayor consideración al cáncer

Cuadro 13. Tasa de mortalidad por enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares con porcentaje del total de defunciones^a

País o territorio	Año	Enfermedades del corazón ^b		Enfermedades cerebrovasculares ^c	
		Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes)	Porcentaje del total de defunciones	Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes)	Porcentaje del total de defunciones
Antigua y Barbuda	1978	86,5	15,9	97,3	17,9
Argentina	1979	251,5	29,2	79,9	9,3
Bahamas	1981	108,1	18,8	60,0	10,4
Barbados	1982	156,2	24,4	96,7	15,1
Belize	1982	87,1	21,2	29,2	7,1
Bermuda	1978	194,8	31,2	79,3	12,7
Brasil	1980	97,7	15,5	52,4	8,3
Canadá	1982	243,5	34,4	59,0	8,3
Colombia	1977	94,8	16,3	34,4	5,9
Costa Rica	1980	73,4	17,8	26,0	6,3
Cuba	1978	169,2	29,8	53,6	9,5
Chile	1982	94,0	15,5	58,2	9,6
Dominica	1978	121,8	23,7	39,4	7,7
Ecuador	1978	61,8	8,6	23,6	3,2
El Salvador	1981	32,0	4,3	17,0	2,3
Estados Unidos de América	1980	338,4	38,6	74,9	8,6
Grenada	1978	163,6	23,5	63,6	9,2
Guadalupe	1978	129,1	20,3	50,3	7,9
Guatemala	1980	33,2	3,4	10,6	1,1
Guayana Francesa	1978	60,0	7,7	96,7	12,4
Guyana	1977	125,2	17,2	83,5	11,5
Honduras	1979	43,3	8,3	3,1	0,6
Jamaica	1971	131,6	17,3	115,8	15,2
Martinica	1975	108,1	15,8	49,1	7,2
México	1976	77,5	10,6	21,3	2,9
Montserrat	1979	172,7	17,3	181,8	18,2
Nicaragua	1977	60,7	11,2	19,1	3,5
Panamá	1980	69,4	16,0	29,9	6,9
Paraguay	1980	108,6	14,6	60,7	8,2
Perú	1978	31,7	6,5	13,1	2,7
Puerto Rico	1982	169,9	31,3	32,8	6,1
República Dominicana	1978	41,7	9,2	18,3	4,1
San Cristóbal y Nieves	1980	167,3	16,6	175,5	17,4
Santa Lucía	1980	125,0	17,4	90,0	12,5
San Vicente y las Granadinas	1979	148,1	24,2	11,5	1,9
Suriname	1980	90,9	12,6	45,6	6,3
Trinidad y Tabago	1977	162,3	24,8	82,0	12,5
Uruguay	1978	237,5	24,3	119,8	12,2
Venezuela	1978	82,5	14,9	32,2	5,8

^aBasado en los informes oficiales recibidos en la OSP.^bClasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 390-429 (8ª y 9ª Revisiones).^cClasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 430-438 (8ª y 9ª Revisiones).

como problema relevante de salud por medio de las actividades siguientes: establecimiento o perfeccionamiento de los registros del cáncer; programas de exámenes selectivos, particularmente el del cuello uterino y el gástrico; mejoramiento del equipo e instalaciones de laboratorio para un diagnóstico apropiado; fortalecimiento de los cuatro componentes principales del tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia); divulgación de información técnica; educación en materia de salud pública, y capacitación del personal participante en los programas.

2.185 En cuanto a estudios e investigaciones, cabe señalar que, con el apoyo de la OPS/OMS y como resultado de una reunión sobre la epidemiología del cáncer organizada por la propia OPS/OMS en 1982, Bolivia y México intervinieron en un estudio del cáncer de la vesícula biliar, considerado el tercer tipo de cáncer más común entre las mujeres de Bolivia. Dichas investigaciones forman parte de un estudio epidemiológico bioquímico del cáncer de los conductos biliares que se emprendió en marzo de 1984 con el apoyo del Instituto Nacional del Cáncer de EUA (NCI); realizan el estudio la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital Metodista de La Paz, Bolivia. En octubre de 1984, se organizó un taller con el propósito de explorar la posibilidad de investigar la etiología del cáncer gástrico. Costa Rica, Chile y Venezuela—países que acusan una elevada tasa de incidencia de este tipo de cáncer—participaron en la reunión, junto con personal del Instituto Nacional del Cáncer y la OPS/OMS. Se determinaron tres estudios concretos, a saber: un estudio de control de casos centrado en los factores dietéticos relacionados con el cáncer gástrico; un análisis de la composición de los alimentos, y un estudio ecológico de los alimentos, el agua y las legumbres.

2.186 El Programa Colaborativo de Investigaciones en el Tratamiento del Cáncer (CCTRP), iniciado en 1977 con el propósito de formular y llevar a la práctica protocolos terapéuticos clínicos, prestó gran atención durante 1984 al mejoramiento de la calidad

de los datos notificados por las instituciones participantes. Se ha establecido consejos de examen en todas las instituciones con el fin de estudiar y aprobar los protocolos relativos a sujetos humanos. Se informó a la Asociación Americana de Investigaciones sobre el Cáncer y a la Sociedad Americana de Oncología Clínica acerca de la realización de 13 trabajos y, durante 1984, se publicaron artículos sobre 12 protocolos. La reunión anual tuvo lugar en mayo en Santiago, Chile, y se constituyeron seis comités con el objeto de elaborar protocolos multinacionales para los seis tipos siguientes de la enfermedad: cáncer gástrico, del cuello uterino, cabeza y cuello, casos pediátricos, sangre y mama.

2.187 Con respecto a tecnología, prosiguió durante el año una encuesta de la dosimetría en las unidades de radioterapia de los miembros del CCTRP. Se ha terminado y distribuido un informe sobre un examen de los departamentos de radioterapia de cuatro instituciones de Costa Rica, México, Perú y Venezuela; el informe pone de relieve la necesidad de que un físico competente inspeccione con regularidad la fuente de cobalto. También se ha insistido en la necesidad de preparar una lista de medicamentos antineoplásicos eficaces contra los cánceres curables (por ejemplo, leucemia linfoblástica aguda, tumor celular germinativo de Hodgkins de los testículos, tumor de Wilms, etc.) y de adiestrar al personal médico dedicado al tratamiento del cáncer en la administración eficaz de medicamentos. En consecuencia, la OPS/OMS está preparando un plan para la adquisición y el uso racional por parte de los países de fármacos antineoplásicos y ha colaborado con la OMS en la preparación de un documento de medicamentos esenciales para la quimioterapia del cáncer.

2.188 En lo que concierne al desarrollo de programas, la OPS/OMS ha reformulado su política de cooperación con respecto al cáncer de la matriz y del cuello uterino mediante el fortalecimiento de los programas nacionales para el descubrimiento, diagnóstico y tratamiento precoces. Este tipo de cáncer

constituye la causa principal de defunción de la población femenina adulta de la Región. A principios de 1984 se terminó y distribuyó a los países un manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. En una reunión celebrada en México, D.F., en enero de 1984, participantes de 18 países examinaron todos los aspectos de un programa de control del cáncer del cuello uterino y las nuevas estrategias para coordinar los diferentes componentes de un programa central, con especial atención al aumento del diagnóstico precoz y a la reducción de la mortalidad. Barbados, Brasil y Colombia revisaron las actividades o programas de control del cáncer del cuello uterino. La OPS/OMS preparó unos principios de orientación para la formulación de programas nacionales contra el cáncer en los países en desarrollo. Estas directrices describen los componentes básicos de un programa de control del cáncer: determinación de la "carga" que representa el cáncer para un país; evaluación del estado actual del control del cáncer en un país; identificación de las posibles actividades nuevas; establecimiento de un orden de prioridad, y evaluación y monitoría de los programas de control y tendencias del cáncer.

2.189 La falta de personal suficientemente capacitado sigue siendo el impedimento principal de un programa eficaz para el control del cáncer. Por esta razón, la Organización colaboró con el Gobierno de las Bahamas en un curso sobre registros hospitalarios del cáncer, ofrecido en abril en el Hospital Princess Margaret de Nassau. Costa Rica organizó un curso sobre la aplicación de la epidemiología al cáncer, que se llevó a cabo en mayo con la asistencia de 23 participantes de la Región y 17 de aquel país. El curso tuvo por objeto reforzar las aptitudes de los que ya se dedican al cáncer, así como la capacidad de los países para realizar estudios de la epidemiología de esa enfermedad. En el mismo mes de mayo se organizó un taller para clínicos y oncólogos sobre estadísticas para la epidemiología y control del cáncer, como una labor en cooperación del Instituto Nacional del

Cáncer (EUA), las Escuelas de Salud Pública de Harvard (EUA) y de Chile, y la OPS/OMS. La Organización colaboró también con la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) en cursos avanzados de oncología clínica en Buenos Aires y en Panamá. Además, en 1984 recibieron becas para la capacitación en oncología 10 personas procedentes de Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela.

2.190 **Prevención de la ceguera.** La cooperación de la OPS/OMS con los gobiernos se ha orientado hacia la formulación y actualización de normas, de acuerdo con el concepto de que la atención ocular en general y la prevención de la ceguera en particular deben integrarse en los servicios generales de salud, y extenderse junto con ellos a toda la población, incluidos los grupos menos favorecidos.

2.191 El Gobierno de Bolivia inició un plan de actividades de prevención de la ceguera a raíz del asesoramiento prestado por la OPS/OMS en 1983. En Costa Rica, el Departamento de Oftalmología Sanitaria ha continuado capacitando y supervisando al personal. Conjuntamente con la Asociación Costarricense de Oftalmología, se realizó una mesa redonda sobre ceguera en el Congreso Médico Nacional y en junio de 1984 se organizó la Primera Semana Nacional de Educación sobre Enfermedades Oculares. También se creó la Fundación Nacional contra la Retinosis Pigmentaria, que es la primera causa de ceguera en el país. En Brasil el Servicio de Oftalmología Sanitaria de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS en la prevención de la ceguera terminó un estudio sobre presión intraocular (PIO). Se examinaron 10.319 personas, de las cuales 416 tenían una PIO mayor de 24 y de éstas, 122 (26,5%) fueron diagnosticadas como glaucomatosas. El estudio se completó con la revisión de 293 personas con PIO entre 20 y 23, de las cuales 30 (10,2%) se consideraron glaucomatosas. La Secretaría de Salud del Estado de São Paulo aprobó el programa de sa-

lud ocular en el que se incluye la capacitación de personal en cuatro niveles de complejidad y se considera la instalación de 77 centros de referencia tipo ambulatorio y la contratación de 118 oftalmólogos para ampliar la cobertura. El Estado de Paraíba está organizando un programa similar. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, a través del Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordomudos, continuó sus actividades entre las cuales se destacan el diseño de una encuesta de prevalencia de enfermedades productoras de ceguera y un curso de atención ocular primaria para promotores. En dicho curso se probó con éxito el Manual de Atención Ocular Primaria (Serie PALTEX No. 4) preparado por la OPS/OMS. Perú, a través del Centro Luciano Barrere (Centro Colaborador de la OMS en la prevención de la ceguera) intensificó las iniciativas tendientes a lograr una mayor cobertura de la atención ocular en los tres niveles de servicios. Dicho Centro puso a prueba con resultados positivos el manual titulado *Nociones de oftalmología para el médico general*, preparado por la OPS/OMS. En este país, se continuó con el apoyo del Proyecto Helen Keller International, el programa de atención ocular en cuatro zonas, incluida una zona marginal de Lima. Tanto el Centro Colaborador de la OMS como el Proyecto Helen Keller International se evaluaron durante el año para sentar las bases de la programación futura.

2.192 Las actividades desarrolladas por algunos países de habla inglesa del Caribe han estado vinculadas con las recomendaciones del seminario auspiciado por la OPS/OMS en Barbados a fines de 1983. En Barbados, la actividad principal se centró en el perfeccionamiento oftalmológico de un grupo de médicos generales en el campo de la tecnología médica y quirúrgica, sirviendo como centro terciario el Hospital Queen Elizabeth de Bridgetown. Estos cursos se han estado realizando con la participación del National Eye Institute, de Bethesda, Maryland, EUA (Centro Colaborador de la OMS en la prevención de ceguera), la Organización Helen Keller Interna-

tional, la Royal Commonwealth Society for the Blind, la Fundación Internacional de Oftalmología y la OPS/OMS.

2.193 Venezuela organizó una Jornada Internacional sobre Prevención de Ceguera auspiciada por la OPS/OMS y prestó el apoyo necesario para celebrar seguidamente la III Reunión del Comité Asesor de la OPS/OMS en Prevención de Ceguera.

Salud pública veterinaria

2.194 La utilización coordinada de los recursos de la OPS/OMS en este campo, incluidos los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y Zoonosis, permitió en 1984 atender eficientemente las demandas de los gobiernos en zoonosis, protección de alimentos, fiebre aftosa y capacitación de personal. Entre las actividades de los gobiernos con la cooperación de la OPS/OMS se destacaron las siguientes.

2.195 **Zoonosis.** En el área de zoonosis se impulsó la aplicación de las recomendaciones de la III Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA III) celebrada en abril de 1983 en Washington, D.C., y las de la reunión de los responsables de los programas nacionales antirrábicos, realizada en diciembre de 1983, en Ecuador, para lo cual se publicó y distribuyó el documento *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la rabia urbana en América Latina para el final de la década de 1980*. Dicho documento constituye la pauta, tanto para los gobiernos como para la Organización, de la concentración de esfuerzos para eliminar la rabia urbana en el hemisferio. Con este fin, y con la participación activa de los gobiernos, se formuló un programa detallado de cooperación de la OPS/OMS con cada país, que comprende acciones politicoadministrativas, planificación y programación y servicios de laboratorio; formación de recursos humanos; información y vigilancia, participación de la comunidad, colaboración y coordina-

ción intersectorial, y cooperación entre países. La situación de la rabia durante 1984 en las Américas es, en forma resumida, la siguiente. Los países libres de rabia mantuvieron esa situación. Argentina está en la fase de consolidación definitiva de su programa, situación similar a la de los estados del sur de Brasil. Chile, al igual que Costa Rica, Cuba y Panamá, está en la etapa de erradicación de la enfermedad. Colombia, México y Venezuela mostraron importantes adelantos en sus respectivos programas; los países restantes, aunque lograron algún progreso, no alcanzaron los niveles esperados.

2.196 Un hecho significativo fue la inauguración de las nuevas instalaciones del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) en noviembre de 1984. La nueva sede del Centro dispone de los últimos adelantos técnicos y ofrece mayores perspectivas de acción en el contexto del programa regional de cooperación técnica en salud pública veterinaria, especialmente en actividades de investigación y referencia de las principales zoonosis y en microbiología de alimentos y detección de residuos en carnes y otros alimentos de origen animal. Debe hacerse notar, asimismo, que se reestableció el laboratorio regional de referencia de leptospirosis en CEPANZO, lo que permitirá atender la creciente demanda en este campo.

2.197 **Protección de alimentos.** Para instrumentar la resolución CD28.R39 de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS referente a la protección de alimentos, la OPS/OMS centró sus actividades en la promoción de políticas nacionales en esta área y en la formulación y desarrollo de programas. Se destacaron la revisión y reformulación de leyes y reglamentos en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Panamá, y el taller sobre normalización de alimentos y salud, realizado en marzo de 1984 en Cuba, en conexión con la II Reunión del Comité Coordinador del *Codex Alimentarius* para América Latina y el Caribe. En este taller se examinaron los aspectos principales de la Comisión del *Codex*

Alimentarius, los adelantos técnicos sobre contaminantes químicos y biológicos de los alimentos, la organización administrativa de los servicios y la certificación de calidad de los alimentos; la realización de un curso en Medellín, Colombia, sobre metodología de la enseñanza para la protección de alimentos en el que participaron 21 técnicos; la preparación de programas específicos en Brasil (control sanitario de la leche y sus derivados), Argentina (programa nacional de protección de alimentos), Colombia (vigilancia epidemiológica de las enfermedades de implicación alimentaria), Costa Rica (programa nacional de protección de alimentos), Panamá (control sanitario de la leche y sus derivados), y el fortalecimiento de los laboratorios de control de Brasil, Colombia, México y Panamá, en materia de eficiencia y eficacia, estandarización de técnicas, capacitación de personal y creación de laboratorios de referencia.

2.198 En este contexto también se creó la Comisión de Inspección Veterinaria de Carnes de la Cuenca del Río de la Plata (CINVECC), de acuerdo con las resoluciones de la XI y XII Reuniones de Cancilleres de los Países de la Cuenca del Río de la Plata. Esta Comisión, cuya secretaría está a cargo de CEPANZO, tiene como propósito consolidar y perfeccionar las actividades de los países miembros en relación con la inspección veterinaria de carnes; favorecer el intercambio de productos y subproductos cárnicos, y asegurar el suministro de un alimento sano. La Comisión está financiada por los países miembros de la Cuenca Río de la Plata.

2.199 **Fiebre aftosa.** Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela, con la cooperación de la OPS/OMS, formularon planes nacionales para el control y erradicación de la fiebre aftosa para ser presentados a entidades financieras internacionales. Por otra parte, en acción conjunta de la FAO/OPS/OMS se elaboraron guías para ejercicios de simulación de brotes de fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas. A fin de evitar la duplicación de esfuerzos y de maximizar los

recursos disponibles, se llevaron a cabo dos reuniones para coordinar las actividades de cooperación técnica en materia de salud animal con las siguientes organizaciones internacionales: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), Junta del Acuerdo de Cartagena (JUNAC), Oficina Internacional de Epizootias (OIE) y Organismo Internacional Regional de Sanidad Animal (OIRSA).

2.200 Primates no humanos. Continuó la colaboración con los Gobiernos de Brasil, Colombia y Perú en el establecimiento de centros de reproducción de primates no humanos para su uso en investigaciones biomédicas, así como en la promoción y desarrollo de programas para determinar la distribución, densidad, dinámica de la población, biología y estado de conservación de poblaciones silvestres de estos primates. En el Centro de Reproducción y Conservación de Primates no Humanos de Iquitos, Perú, se llevaron a cabo investigaciones sobre la reproducción de estos animales en semicautiverio, así como en dos islas del Río Amazonas, con la cooperación de la comunidad. Debe destacarse que durante 1984 se enviaron más de 700 primates no humanos desde el Centro a diversas instituciones de investigación en los Estados Unidos de América, Alemania Occidental, Francia, Unión Soviética, Japón y República Popular de China. Este proyecto ha contado con el apoyo financiero de los Institutos Nacionales de Salud de los EUA (NIH). La OPS/OMS suscribió en 1984 un nuevo convenio con NIH y AID/EUA para la extensión del programa 1985-1987, con un presupuesto de EUA\$1,2 millones.

2.201 Capacitación de recursos humanos. El Programa Regional de Adiestramiento en Salud Animal en América Latina (PROASA) iniciado en 1982 con el respaldo financiero del BID a fin de institucionalizar el adiestramiento en aspectos básicos de la fiebre aftosa en los países, organizó tres cursos sobre vigilancia epidemiológica en Argentina, Brasil y Ecuador; un curso sobre administración de

programas de salud animal en Uruguay; tres cursos sobre comunicación social en Brasil, Chile y Colombia, y un Seminario Regional sobre la Evaluación de Programas de Aplicación Sistemática de Vacunas de Adyuvante Oleoso contra la Fiebre Aftosa en Brasil. Participaron en estos siete cursos y en el seminario 208 profesionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Se eleva así a un total de 592 los técnicos que se han capacitado desde el inicio del Programa.

2.202 Una de las actividades más significativas de este proyecto fue la preparación de material autotutorial para la enseñanza de los cursos y para facilitar el aprendizaje didáctico. En esta forma, se ha estado instrumentado el efecto multiplicador del proyecto. Por su parte el BID expresó su satisfacción por la forma en que se han ejecutado y cumplido las actividades programadas. Debido a los beneficios obtenidos, los gobiernos planean organizar cursos nacionales utilizando el contenido y los materiales didácticos preparados en el proyecto.

2.203 Con la graduación de su octava promoción en 1984, el Programa Regional de Capacitación de Asistentes de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria (REPAHA) adiestró desde su creación a 239 estudiantes procedentes de 17 países y territorios de habla inglesa del Caribe. REPAHA se inició con recursos del PNUD y del Gobierno de Guyana, y la OPS/OMS ha actuado como agencia ejecutora. Durante 1984 se llevó a cabo una evaluación sobre el impacto y el futuro de este proyecto en la que se identifican las futuras necesidades de capacitación en estos campos, las actividades de educación continuada y su currículo, así como las relaciones entre REPAHA y la Escuela de Medicina Veterinaria de Trinidad y Tabago. Debido a que los fondos del PNUD terminaron en 1984, los países miembros establecieron un fondo propio para continuar el programa, constituyén-

dose REPAHA en una institución autónoma dentro del CARICOM. Debe destacarse que más de 82% de los graduados de REPAHA están actualmente trabajando en sus países de origen en campos relacionados con su capacitación.

2.204 Calidad del medio ambiente.

Con respecto a la calidad del medio ambiente se trató de promover el análisis de problemas planteados por el manejo de plaguicidas y difundir información técnica en América Latina, para lo cual se completó en 1984 la traducción al español de dos publicaciones que se distribuirán entre los países en el primer semestre de 1985. Se trata de *Hojas de información científica sobre plaguicidas* (OMS) y *Enfoque agromedio sobre manejo de plaguicidas* (Universidad de Miami). Este proyecto, iniciado en 1983, tiene el apoyo financiero de la AID/EUA.

2.205 Atención primaria de la salud.

Un Grupo Mixto de Expertos de la OPS/OMS reunido en Washington, D.C., en abril de 1983, examinó la función de la medicina veterinaria en la atención primaria de la salud. A partir de este análisis, se llevó a cabo en septiembre de 1984, en colaboración con el Convenio Hipólito Unanue, la I Reunión Andina del Grupo de Expertos en Salud Pública Veterinaria en Santa Cruz, Bolivia. En esta reunión se elaboró el Proyecto del Programa Subregional Andino en Salud Pública Veterinaria, el cual se presentará a la consideración de los Organos Directivos del Convenio Hipólito Unanue para que pase a ser parte del Plan de Acción Conjunta que en virtud de dicho Convenio se viene desarrollando con la OPS/OMS.

Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO)

2.206 En 1984, el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) trasladó su sede al nuevo edificio y a sus modernas instalaciones, poniendo de manifiesto el esfuerzo del Go-

bierno de la Argentina y de los restantes países de las Américas. A pesar de todas las previsiones adoptadas para evitar que el traslado afectara las actividades del Centro, no se pudo mantener el mismo ritmo de años anteriores.

2.207 **Investigación.** En el Centro se realizaron investigaciones aplicativas y de beneficio inmediato para los Gobiernos Miembros. Se completaron estudios inmunobiológicos, serológicos y de protección para establecer el valor inmunobiológico de las cepas de virus rábico utilizadas en la producción de la vacuna de cerebro de ratón lactante para tratamiento humano. El estudio demostró que por el momento no es aconsejable eliminar ninguna de las cepas. Además, continuaron los estudios tendientes a determinar la existencia de rabia en distintas especies de animales silvestres de la Argentina.

2.208 En cooperación con las autoridades de salud pública de Argentina, se ha puesto en marcha un proyecto para evaluar la protección conferida por la vacuna BCG cuando se la administra poco después del nacimiento. En un estudio cooperativo, con el Instituto Nacional de Microbiología de Argentina se pretende determinar la importancia para la salud pública de las micobacteriosis y de la tuberculosis bovina en el hombre. Asimismo, se orientó a los servicios de salud de Argentina, Brasil y México respecto de las evaluaciones de terreno de la vacuna BCG en lactantes y en escolares. Se estudiaron y evaluaron la estabilidad en diferentes condiciones ambientales de vacunas antirrábicas para uso veterinario; la prueba de electrosinéresis arco 5 en acetato de celulosa para el diagnóstico de la hidatidosis humana, que permite obtener la confirmación prequirúrgica en pocas horas y los sistemas para mejorar las vacunas contra la brucelosis de uso veterinario. Debe mencionarse que en 1984 se iniciaron estudios de aplicación de las técnicas de contrainmuno-electroforesis y ELISA con un antígeno soluble para estandarizar el serodiagnóstico de la leptospirosis en el hombre. Por otra parte,

continuó en Argentina el estudio de animales silvestres, sospechosos de ser portadores de microorganismos productores de enfermedades en el hombre, especialmente de la tuberculosis, brucelosis y leptospirosis, además de infecciones de enfermedades gastroentéricas.

2.209 CEPANZO, en colaboración con los Centros para el Control de Enfermedades de EUA (CDC) diseñó un estudio sobre la aplicación del concepto de "control de puntos críticos" en la preparación casera de alimentos para niños en zonas rurales y semirurales, cuya primera etapa se iniciará en Perú en enero de 1985. Asimismo, continuaron los estudios sobre la influencia de la flora psicrotrópica en la calidad de los productos lácteos, para resolver los problemas en la industria de laticinios. En acción conjunta de CEPANZO/CEPIS se diseñó en Perú una investigación sobre los problemas derivados del uso de aguas reusadas para riego y sus consecuencias para la calidad microbiológica de los alimentos.

2.210 **Desarrollo de tecnología.** Se realizó un estudio cooperativo con laboratorios de Argentina, Canadá, Costa Rica, Chile y Ecuador para probar la utilidad de una técnica más sencilla, rápida y eficiente de determinación de la resistencia a la pirazinamida. Además, CEPANZO evaluó con laboratorios de Argentina y Venezuela, la técnica de contrainmunolectroforesis en la determinación de anticuerpos neutralizantes del virus rábico en sueros de personas inmunizadas, demostrándose que esta técnica puede utilizarse en forma sistemática en los laboratorios de diagnóstico de rabia.

2.211 Se determinaron las ventajas y las limitaciones de los métodos inmunológicos para el diagnóstico de la hidatidosis, habiéndose establecido las pautas para su utilización en la identificación y caracterización de esta enfermedad. En colaboración con el Centro de Diagnóstico e Investigaciones Veterinarias de Formosa, Argentina, el Centro estudió el inmunodiagnóstico de la hidatidosis en

ganado ovino y bovino infectado naturalmente.

2.212 **Diseminación de información.** El Centro finalizó la revisión de su sistema con el fin de reforzar y ampliar la cobertura de la información de los países sobre zoonosis. También se revisó y ajustó el sistema de información de los programas de protección de alimentos de Colombia, y se completó el diagnóstico de la situación de Argentina. Continuó la publicación del boletín de vigilancia epidemiológica de la rabia en las Américas. En 1984 se publicó la primera parte de las normas de la OPS/OMS sobre bacteriología de la tuberculosis con objeto de lograr la estandarización de las técnicas más apropiadas.

2.213 **Capacitación del personal.** Se dió mayor énfasis a la capacitación en los países y al adiestramiento en servicio en el Centro con el propósito de fortalecer los programas e instituciones nacionales y sus requerimientos de formación de personal para funciones muy específicas, especialmente de laboratorio. Se proporcionó adiestramiento a 106 profesionales: 37, procedentes de nueve países, recibieron capacitación en servicio en el Centro; 11 asistieron a cursos ofrecidos en la sede, y los 58 restantes participaron en cursos efectuados fuera de ésta (cuadros 14 y 15).

2.214 El Centro colaboró en la realización de un curso nacional en Brasil sobre la bacteriología de la tuberculosis y en cursos subregionales sobre el mismo tema en Jamaica y México con la participación conjunta de laboratoristas de salud pública y de salud animal de ocho países. En estos cursos se dió énfasis a los métodos confiables de diagnóstico, la estandarización de éste y el papel del laboratorio en los programas de control. En Argentina, se cooperó en un curso sobre epidemiología y los métodos de diagnóstico y de control de la tuberculosis bovina.

2.215 **Cooperación técnica.** Cabe destacar que 19 países de la Región y uno de Asia Sudoriental desarrollaron programas con la

Cuadro 14. Formación de recursos humanos por país y tipo de adiestramiento, en CEPANZO, 1984

País	Cursos en CEPANZO	Cursos en países	Adiestramiento en servicio	Total
Argentina	10	11	19	40
Barbados	—	2	—	2
Brasil	—	—	4	4
Colombia	—	1	4	5
Cuba	—	1	2	3
Chile	—	1	—	1
Guatemala	—	1	—	1
Guyana	—	2	—	2
Jamaica	—	6	—	6
México	—	25	—	25
Nicaragua	—	—	3	3
Paraguay	—	3	—	3
Perú	—	—	1	1
República Dominicana	—	1	—	1
Suriname	—	1	—	1
Trinidad y Tabago	—	2	—	2
Uruguay	—	1	—	1
Venezuela	1	—	2	3
Subtotal	11	58	35	104
Otras Regiones de la OMS				
India	—	—	1	1
República Popular China	—	—	1	1
Total	11	58	37	106

—Ninguno.

Cuadro 15. Formación de recursos humanos por área programática y tipo de adiestramiento, en CEPANZO, 1984

Area programática	Cursos en CEPANZO	Cursos en países	Adiestramiento en servicio	Total
Animales de laboratorio	—	—	3	3
Brucelosis	—	—	5	5
Hidatidosis	—	—	5	5
Inmunodiagnóstico de la hidatidosis humana	—	—	1	1
Inmunodiagnóstico de la triquinosis	—	—	3	3
Protección de alimentos	11	15	9	35
Leptospirosis	—	—	1	1
Rabia	—	—	6	6
Tuberculosis	—	43	4	47
Total	11	58	37	106

—Ninguno.

cooperación de CEPANZO en rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, leptospirosis, hidatidosis y triquinosis, así como en la protección de alimentos. Se prestó cooperación a los programas de rabia de la Argentina para lograr su consolidación definitiva. Con las autoridades del Paraguay se elaboró un proyecto para el posible financiamiento del BID y se continuó analizando la metodología para fortalecer el sistema de vigilancia e información sobre la rabia. Similar apoyo se facilitó a Perú. Además se prestó cooperación para el diagnóstico de esta enfermedad, el control de la calidad de las vacunas y los programas de control de rabia a 10 instituciones de cinco países de la Región y a uno del Asia Sudoriental (India).

2.216 En materia de tuberculosis bovina, Argentina y Brasil elaboraron programas cooperativos. Paraguay está estudiando su programa a fin de cubrir todo el territorio nacional. Debe destacarse que el Centro continuó actuando como Laboratorio de Referencia Regional para el control de la calidad de tuberculinas PPD para uso humano y animal y de vacunas BCG. Se brindó información y cooperación a los laboratorios centrales y a programas de tuberculosis humana y bovina de 18 países de la Región y de la India.

2.217 Argentina elaboró y puso en marcha un proyecto de control de la brucelosis caprina en las provincias más afectadas por *Brucella melitensis*. Brasil elaboró una propuesta para sistematizar las acciones contra la brucelosis y evaluó las estrategias para su posible aplicación en Rio Grande do Sul. Se completó un estudio serológico en camélidos para el Servicio Agrícola-Ganadero de Chile. En Colombia, cuyos servicios de salud y de agricultura encaran el problema en forma integral, el Centro participó en el diagnóstico de la situación de la brucelosis bovina en el país. El Centro proporcionó a los laboratorios oficiales de los países de la Región los patrones estándares para el diagnóstico de la brucelosis animal. Además, en su calidad de Centro Internacional de Referencia, CEPANZO realizó

pruebas de control de calidad de vacunas y tipificó cepas de siete países.

2.218 Al restablecerse el programa de leptospirosis del Centro, se proporcionó cooperación en materia de diagnóstico de laboratorio en Brasil y se reanudaron los servicios de referencia. En problemas de zoonosis parasitarias, el Centro colaboró con las autoridades sanitarias de Argentina en la elaboración de la norma técnica nacional para el control de la hidatidosis; el desarrollo de programas de control; el fortalecimiento de las instituciones nacionales que producen y controlan los reactivos para el inmunodiagnóstico de esa enfermedad; la consolidación y extensión de las redes de laboratorios, y en estudios inmunodiagnósticos de casos relacionados con brotes de triquinosis en el hombre.

2.219 En el área de la protección de alimentos se brindó cooperación técnica a Argentina para preparar el diagnóstico de la situación y el documento básico del programa nacional de alimentos. Se cooperó además con Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú en distintos aspectos relacionados con el mejoramiento de los laboratorios de control de alimentos y con las autoridades de Cuba en relación con las actividades del Comité Coordinador del *Codex Alimentarius* para América Latina y el Caribe.

2.220 El Centro continuó fomentando el enlace interpaís y la acción de las comisiones intersectoriales, destacándose la reunión tripartita de Argentina, Brasil y Paraguay, en la que se concretaron importantes medidas de acción conjunta y cooperativa entre estos países para el control de la brucelosis y de la tuberculosis; en tanto que en Brasil se analizaron, con las nuevas autoridades de salud y de agricultura, distintos aspectos de la coordinación y acción intersectoriales en el campo de la salud. Finalmente, en su carácter de Secretaría de la Comisión de Inspección Veterinaria de Carnes de la Cuenca del Plata, CEPANZO participó activamente en la organización y desarrollo de la primera reunión,

de diciembre de 1984 mencionada anteriormente en este capítulo.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

2.221 El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) tiene como objetivo fundamental la promoción y la cooperación técnica para la erradicación de la fiebre aftosa en los países del Continente.

2.222 **Investigación.** Continuó el proceso de caracterización antigénica e inmunológica de virus de campo de fiebre aftosa y estomatitis vesicular y de virus utilizados en la producción de vacuna antiaftosa. Durante 1984 el Centro analizó 234 muestras de campo y 36 de laboratorio de ocho países afectados y de 21 de dos países del área libre de la enfermedad. Panamá y los países de Centro América (excepto Guatemala) utilizan para este fin el Laboratorio de Diagnóstico de Enfermedades Vesiculares (LADIVES) de Panamá. Se caracterizó el virus, en colaboración con el Centro de Virología Animal (CEVAN) en Argentina. Por otra parte, los estudios previos sobre las condiciones óptimas de inactivación por etilenimina binaria (BEI) permitieron la transferencia de esta metodología a laboratorios oficiales y privados de varios países, incluidos Argentina, Colombia, Ecuador y Perú. También se aplicó en forma sistemática la metodología y los resultados de investigaciones previas para la evaluación de la integridad de los polipeptidos componentes de antígenos de vacunas. Las investigaciones sobre vacuna de coadyuvante oleoso se centraron en la selección de métodos óptimos de producción y concentración de antígenos, inactivación y emulsificación, de acuerdo con la disponibilidad de insumos en los diversos países. Su uso en el campo incluyó la vacunación con éxito de 1,3 millones de bovinos en los nueve países afectados de la Región. Por otra parte la estandarización de reactivos para el control de la calidad de las vacunas se realizó en Argentina, Brasil, Colombia y Para-

guay, y en los países que con Uruguay, realizan el control de la calidad de todas las partidas de vacuna antiaftosa, incluidas las producidas en Ecuador. También se adelantaron los estudios sobre la metodología de la caracterización epidemiológica de la fiebre aftosa, que constituirán la base para la toma de decisiones en el control de esta enfermedad.

2.223 **Tecnología.** En la frontera de Chile con Argentina se probó con resultados positivos la metodología para determinar los riesgos externos de introducción de fiebre aftosa y el reconocimiento de las características predominantes en las zonas de posible entrada. El mismo procedimiento se lleva a cabo en Cuba y México. Debe hacerse notar que se elaboró una caracterización global para diagnósticos y formulación de programas actualmente en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. También se preparó un manual para preservar y ampliar las zonas libres de la enfermedad, el cual se está aplicando en Colombia. En un futuro inmediato se lo utilizará también en Argentina, Brasil y Uruguay. Finalmente, la tecnología de producción y uso de vacuna antiaftosa oleosa se transmitió a todos los gobiernos a través de la capacitación y la asesoría técnica.

2.224 **Diseminación de información.** Todos los países sudamericanos continúan preparando los informes semanales por cuadrantes y los informes mensuales en los que se especifica el número de rebaños afectados y el tipo de virus. Los países de Centro América se incorporaron al sistema continental en 1983 basado en el proyecto de implantación ejecutado por la OPS/OMS con ayuda financiera del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). México también se incorporó y participa regularmente en el sistema para la vigilancia de la estomatitis vesicular. En el sistema continental, el Centro condensa, analiza y publica los boletines semanales y mensuales que se distribuyen a todos los países y organismos interesados. Al respecto, el Centro continuó publicando el *Boletín Científico*, monografías y manuales técnicos.

2.225 **Capacitación.** Se destacan las siguientes actividades: el seminario internacional de evaluación de los 14 cursos sobre utilización y producción de vacuna antiaftosa de coadyuvante oleoso, dictados en todos los países afectados por fiebre aftosa de América del Sur y en la sede del Centro durante 1982 y 1983 dentro del marco del proyecto PROASA; el curso sobre referencia, diagnóstico y control de calidad de vacuna para funcionarios de los servicios de Argentina, Bolivia, Ecuador y Perú; el curso sobre cultivos celulares aplicados a virología con siete participantes de Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela; el adiestramiento en servicio sobre laboratorio para 44 participantes de países latinoamericanos; la realización de un seminario de prevención de fiebre aftosa en Antigua para 16 veterinarios de los países de habla inglesa del Caribe; la elaboración de material audiovisual sobre prevención de la fiebre aftosa para los países de habla inglesa del Caribe; la realización de una mesa redonda, en coordinación con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), para la elaboración de pautas para la organización de ejercicios de simulación de prevención y erradicación de enfermedades exóticas; la elaboración de material audiovisual sobre producción y uso de vacuna antiaftosa de adyuvante oleoso, y la cooperación con la FAO en el desarrollo del Seminario Regional de Epizootiología y Economía en Salud Animal, en Lima, Perú.

2.226 **Cooperación técnica.** En Argentina se formuló el Plan de Salud Animal (PLANARSA) 1985-1994, cuyo objetivo es la erradicación de la fiebre aftosa en todo el país y la creación de una estación cuarentenaria de seguridad. En Brasil se revisó el Plan Nacional de Control y Erradicación de la Fiebre Aftosa y se fortaleció la red federal de laboratorios de diagnóstico y control de biológicos de sanidad animal. Al respecto, se preparó un informe técnico para el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF). En Bolivia se reformuló el proyecto II Etapa del Servicio Nacional de Control de la

Fiebre Aftosa, Rabia y Brucelosis (SENARB), actualmente en etapa de ser aprobado por el Gobierno, para ser presentado a una entidad financiera internacional. En Chile se estableció un programa de prevención de introducción de la fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas. También se cooperó en la erradicación de un brote en la zona fronteriza con Argentina. En Colombia se elaboró el II Plan Nacional de Control de la Fiebre Aftosa que contempla metas de erradicación en áreas endémicas; dicho plan se someterá a consideración de organismos de financiamiento externo. En Ecuador se elaboró el Plan Nacional de Control y Erradicación de la Fiebre Aftosa, Rabia y Brucelosis, II Etapa (1985-1990), adoptado por las nuevas autoridades. En la erradicación de la fiebre aftosa de Perú, las iniciativas se encaminaron a fortalecer los programas fronterizos de prevención y a solucionar los problemas de producción de la vacuna antiaftosa.

2.227 En Paraguay se revisó el programa de control de la fiebre aftosa y se definieron las áreas prioritarias para el uso de la vacuna oleosa. En Uruguay se elaboró el plan de erradicación que se proyecta ejecutar en la Cuenca del Río de la Plata junto con el Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, y la Mesopotamia Argentina. Venezuela adoptó la decisión de producir vacuna antiaftosa inactivada necesaria para la reorientación del programa de control, en lugar de vacuna de virus vivo atenuado. Se continuó prestando apoyo técnico para la producción de vacuna antiaftosa de coadyuvante oleoso en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay y Venezuela. Existen diferentes grados de desarrollo en cada país, y es así que Brasil y Colombia ya tienen producción comercial.

2.228 Durante 1984 todos los países sudamericanos realizaron las reuniones de las Comisiones Mixtas de los Convenios Fronterizos de Salud Animal. Se destaca además la reactivación de los convenios entre Argentina y Chile, Ecuador y Perú, y Colombia y Venezuela. El Centro continúa actuando como Se-

cretaría ex officio de la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) que, a través de las reuniones anuales de los directores de salud animal, revisa y evalúa las acciones de control de la fiebre aftosa que realizan los países. En este año se evaluó el cumplimiento, por parte de los países, de los compromisos acordados en el documento *Políticas y estrategias del combate de la fiebre aftosa en Sudamérica durante la década 1981-1990*, aprobado por la COSALFA, en su IX Reunión en 1982.

Programas especiales

2.229 La importancia de algunos problemas sobresalientes de salud que han surgido y demandan actividades conjuntas y específicas ha sido reconocida por los Gobiernos Miembros de la OPS. Para este fin se han diseñado programas especiales que están ahora en pleno funcionamiento sobre bases regionales y subregionales.

Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá

2.230 El Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá constituye una empresa solidaria de todos los Gobiernos del Istmo Centroamericano. Su objetivo es intensificar la movilización de recursos para satisfacer las necesidades básicas y contribuir al bienestar de los grupos más vulnerables de la población, especialmente los niños, los habitantes pobres de zonas urbanas y rurales y las personas desplazadas.

2.231 Durante los últimos 5 años se ha observado en varios países del Istmo Centroamericano una combinación inusitada de conflictos políticos, sociales y económicos que han contribuido a configurar la seria crisis dominante en la Región. La recesión mundial ha repercutido de manera adversa en las economías internas de estos países. Ha disminuido el ingreso per cápita y han aumentado

los índices de desempleo y de pobreza. Más de 50.000 personas han muerto y más de medio millón han sido desplazadas a causa de luchas internas y la violencia. Estos factores conspiran contra el acceso de la población a los servicios de salud, agravando los problemas de salud de los grupos más vulnerables.

2.232 Para hacer frente a tan crítica situación los Ministros de Salud de los países de esta subregión, con la cooperación de la OPS/OMS, decidieron desarrollar esfuerzos conjuntos y combinar recursos para identificar problemas comunes y plantear soluciones de interés colectivo, a la vez que diseñar estrategias y acciones internas en función de las necesidades de cada país. Se forjó así el Plan que en marzo de 1984 recibió el respaldo unánime de los Ministros de Salud de los países del Istmo Centroamericano en la Reunión Especial celebrada en Costa Rica y posteriormente el de los Gobiernos integrantes del "Grupo Contadora". En abril de ese mismo año, los Ministros de Relaciones Exteriores reunidos en Panamá, le dieron su apoyo absoluto y expresaron que uno de los propósitos del Plan es utilizar el sistema de valores de la salud para crear un "puente" que contribuya al establecimiento de la paz. Igual soporte recibió en mayo de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual recomendó a la comunidad internacional que cooperara con el desarrollo de dicha iniciativa. En su XXX Reunión el Consejo Directivo de la OPS/OMS por medio de la resolución CD30.R17 reiteró unánimemente su apoyo, decidió además incluir a Belice en el Plan, y recomendó a la OSP que colaborara en la formulación de proyectos y coordinara los esfuerzos internacionales para obtener financiamiento externo.

2.233 El Plan comprende siete áreas prioritarias, a saber, el fortalecimiento de los servicios de salud mediante el aumento de la productividad y la mejor utilización de los recursos disponibles; el desarrollo del personal de salud; la mayor disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos críticos; el mejoramiento de la situación alimentaria y nutri-

cional; el control de la malaria y otras enfermedades tropicales; la acción inmediata para la supervivencia infantil, y el fortalecimiento de sistemas de agua y saneamiento. El Plan identifica 40 proyectos subregionales y 250 proyectos nacionales. El estimado preliminar sobre necesidades de recursos financieros externos para instrumentar estos proyectos alcanza la cantidad de EUA\$1.400 millones para un período de 5 años. Debe destacarse que en el proceso de identificación de áreas prioritarias y de formulación de perfiles de proyectos, se registraron tres hechos fundamentales: la participación activa de más de 200 técnicos nacionales de los Ministerios de Salud, de Universidades y de Unidades Nacionales de Planificación Económica de los países involucrados, mediante la constitución y trabajo de grupos multidisciplinarios; la íntima coordinación de las instituciones de cooperación internacional, particularmente la OPS/OMS, el UNICEF, el FNUAP, el BID y otros organismos, y finalmente, la acción conjunta de los gobiernos, la OPS/OMS y el UNICEF para plantear cada iniciativa y los recursos requeridos a gobiernos y agencias donantes de las Américas y de Europa.

2.234 Con respecto a la movilización de recursos debe agregarse que en la estrategia adoptada, los esfuerzos se encauzan hacia la búsqueda simultánea de los recursos potenciales internos de cada país de la subregión y de los posibles recursos de fuentes externas. En esta empresa se destaca la importancia vital de la utilización óptima de los recursos asignados al sector mediante la determinación de un orden de prioridades, el incremento de la eficiencia y la articulación de los componentes del sector. En cuanto a los recursos externos se refiere, se están extremando los esfuerzos para que éstos se otorguen en carácter de donación o en condiciones concesionarias. Hacia fines del año estas gestiones ya mostraban resultados promisorios. En primer término puede citarse el convenio para financiar el programa de inmunizaciones en El Salvador. Se trata de un programa nacional que permitirá cubrir la mayoría de las regiones

del país, y se espera que durante su realización se suspendan las hostilidades internas. El AID/EUA a fines de 1984 consideraba favorablemente un proyecto sobre supervivencia infantil con un fuerte componente de rehidratación oral y nutrición (estimado en EUA\$8 millones durante 4 años); un proyecto subregional de malaria (EUA\$3,5 millones), y un tercero en medicamentos esenciales (EUA\$3 millones). Por su parte, el BID se halla considerando varios proyectos de servicios de salud, sistemas de abastecimiento de agua y control de enfermedades.

2.235 Esta iniciativa ofrece perspectivas auspiciosas. A la comunidad internacional se le plantea, sin embargo, un serio dilema pues deberá decidir si apoya y fortalece la comprensión política aportando soluciones constructivas para los problemas socioeconómicos de la subregión, o si en cambio acepta pasivamente el deterioro continuo de las condiciones de vida y la intensificación del conflicto, capaces de degenerar en una confrontación regional. La salud como objetivo social es un concepto ampliamente aceptado por todas las naciones, razón por la cual puede y debe convertirse en un puente de entendimiento, cooperación, solidaridad, justicia y paz.

Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre

2.236 En 1984, la OPS/OMS proseguía en su objetivo de preparar al sector salud en los Países Miembros para hacer frente a los desastres naturales y a los provocados por el hombre mediante las actividades siguientes:

2.237 **Desarrollo de material de educación teórica y práctica.** La demanda del material didáctico preparado en años anteriores aumentó con el mayor número de cursos y talleres nacionales sobre preparativos y socorro en situaciones de desastre. En materia de medios visuales, se prepararon juegos de

diapositivas sobre el control de vectores y el análisis bacteriológico de los sistemas de abastecimiento de agua después de un desastre natural. En respuesta al creciente interés por los estudios de caso, la OPS/OMS preparó también una presentación de diapositivas del terremoto de Popayán, Colombia, en colaboración con el Ministerio de Salud y la Universidad del Valle. Se celebraron reuniones de planificación para determinar el contenido de una nueva serie de diapositivas sobre el análisis de la vulnerabilidad y la planificación de sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado y preparativos hospitalarios para situaciones de desastre, que en 1985 se ensayarán sobre el terreno. Hubo demanda por nuevos ejercicios de simulación, uno referente a los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado en casos de huracán en el Caribe y otro en América Latina, relativo a la gestión intrahospitalaria de situaciones de emergencia y al manejo de gran número de víctimas.

2.238 Como resultado de la reunión de las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe celebrada en Washington, D.C., a fines de 1983, se prepararon módulos de autoinstrucción en administración de la situación de salud en casos de emergencia. Estos módulos se ensayaron en el terreno durante 1984 y se pondrán a disposición de las escuelas de salud pública y de los organizadores de cursos nacionales en esta materia. En cuanto a la opinión pública en situaciones de desastre, la OPS/OMS llegó a un acuerdo en 1984 con la "British Broadcasting Corporation" para la coproducción de una película sobre la gestión de las condiciones de salud en una situación de emergencia resultante de desastres naturales producidos en forma violenta. Se espera que esta película contribuya a la educación del público y que las operaciones de socorro resulten así más eficaces.

2.239 Adiestramiento en salud ambiental. Con la colaboración del CEPIS se prepararon módulos integrales en español sobre

gestión de la salud ambiental después de inundaciones y se ensayaron en un seminario internacional que tuvo lugar en Ecuador. Todos los módulos de adiestramiento existentes se están traduciendo al inglés y adaptándose para su uso en las pequeñas islas del Caribe. La atención especial prestada en 1984 al abastecimiento de agua se extenderá progresivamente al saneamiento general en 1985.

2.240 Preparativos hospitalarios para casos de desastre. La explosión de un depósito de gas en México, D.F., ilustra la magnitud de los problemas que pueden enfrentar los servicios de salud en condiciones de emergencia. En 1984 se llevaron a cabo en la Región nueve talleres sobre el tratamiento simultáneo de gran número de víctimas y se seleccionaron siete hospitales para participar en un proyecto piloto destinado a establecer procedimientos y adiestrar al personal hospitalario en la programación pre-desastre. Entre los problemas surgidos figura la escasez relativa de expertos de habla española en la formulación de planes para situaciones de catástrofe, así como de ejercicios prácticos en ausencia de servicios médicos de urgencia organizados, redes radiodifusoras y sistemas de ambulancia centralizados. En el Caribe se emprendió un estudio sobre la viabilidad de un mecanismo que sirva para hacerle frente, en la zona en su conjunto, a situaciones con gran número de víctimas. En los países de habla inglesa del Caribe ya se ha efectuado una encuesta para verificar la capacidad de los hospitales para hacerle frente a la emergencia en casos de desastre. Los resultados de este estudio de viabilidad se utilizarán en consultas oficiales con los países participantes e instituciones de crédito.

2.241 Determinación de las necesidades de salud. La falta de información oportuna y fidedigna sigue siendo el obstáculo más importante en la gestión del socorro después de un desastre natural. En 1984 se logró progreso razonable. En coordinación con la UNDRO y la CEPALC, 25 expertos regionales de varios sectores se reunieron en mayo de 1984 en México y elaboraron una lista de indi-

cadore para estimar las necesidades urgentes que surgirán en materia de agricultura, alimentación, atención de salud, saneamiento, transporte y comunicación. Los funcionarios de la OPS/OMS asignados al Caribe están preparados, durante la estación de los huracanes, a colaborar con los países en la determinación de necesidades y en la coordinación del socorro en casos de desastre.

2.242 Desastres tecnológicos. El Consejo Directivo de la OPS, en su XXVII Reunión (resolución CD27.R40), pidió que el programa de preparativos para situaciones de emergencia de la OPS/OMS cooperara también con los países en casos de desastres tecnológicos, como accidentes químicos, explosiones, incendios y accidentes aéreos. La espectacular explosión de combustible ocurrida en México y los accidentes aéreos de Quito, Ecuador, y La Paz, Bolivia, han ilustrado la urgente necesidad de tomar una acción decisiva en la Región. En 1984, la OPS/OMS inició un análisis regional de vulnerabilidad y promovió una serie de talleres técnicos regionales y nacionales sobre accidentes químicos.

2.243 Cooperación técnica a programas nacionales. Los gobiernos han destinado considerables recursos al establecimiento y fortalecimiento de programas nacionales de preparativos para situaciones de desastre en el sector salud. En Centro América funcionan actualmente unidades u oficinas de preparativos para situaciones de desastre en Costa Rica, Guatemala y Honduras. Se prestó apoyo a 10 reuniones nacionales o subregionales en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y México; de acuerdo con el concepto de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), la OPS/OMS confió considerablemente en el intercambio de experiencias y la colaboración entre países. Una cuestión de especial pertinencia para esta subregión es la atención de salud de personas desplazadas. Juntamente con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugia-

dos (ACNUR), la Cruz Roja y el UNICEF, la Organización llevó a cabo una reunión de funcionarios de salud de alto nivel en Mérida, México, en febrero de 1984, con el fin de estudiar los aspectos de salud de ese problema. Se llegó a la conclusión de que los ministerios de salud deberían desempeñar una función más directa para garantizar que estos grupos vulnerables reciban atención primaria de salud de la misma calidad y nivel que la que se ofrece a las poblaciones circunvecinas.

2.244 En Sudamérica, se brindó cooperación técnica a los países andinos más vulnerables a los terremotos de mayor intensidad, en particular Colombia, Ecuador y Perú, que han establecido programas de preparativos para situaciones de desastre en el sector salud (ministerios de salud y agencias de seguridad social). De particular interés son los resultados satisfactorios de la reunión de funcionarios de escuelas de salud pública, celebrada en 1983, con el propósito de incluir en el currículo el tema de los preparativos para situaciones de desastre; en general, ya se está logrando ese propósito.

2.245 En el Caribe, las actividades de la OPS/OMS están integradas en el Proyecto multiagencial Pan Caribe de Preparativos y Prevención en Situaciones de Desastre, con sede en Antigua, Indias Occidentales. Este enfoque multisectorial de organismos de las Naciones Unidas—UNDRO, OPS/OMS y, de manera secundaria, la Organización Meteorológica Mundial (OMM), la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y otras entidades—está financiado por un grupo de organismos donantes (AID/EUA, CIDA, CEE y, recientemente, por el Gobierno de los Países Bajos a través de la OPS/OMS). En 1984 se desarrollaron actividades en la mayoría de los países de la subregión, aunque a un ritmo significativamente más lento que el año anterior. Revistieron particular importancia una serie de cursos de adiestramiento en salud ambiental, los análisis de vulnerabilidad a los huracanes de ciertas instituciones hospitalarias, la participación del sector salud en

una reunión de los coordinadores nacionales del Caribe en situaciones de desastre y el establecimiento de una red de emisoras de radio en casos de urgencia.

2.246 El apoyo regional con respecto al socorro en casos de desastre se encauzó hacia Ecuador (control de malaria después de las inundaciones de 1983), Colombia (cooperación técnica y suministros después de las inundaciones, gracias a una donación por EUA\$23.000 de la CIDA); El Salvador (suministros para el Hospital Rosales con el apoyo de la Embajada de Canadá), y Perú (a continuación de las inundaciones de Piura y Tumbes en 1983). También se ofreció cooperación técnica a Ecuador y México para ayudar a las numerosas víctimas causadas por un accidente aéreo y la explosión de una refinería de petróleo, en las capitales respectivas de esos dos países.

La mujer, la salud y el desarrollo

2.247 El Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo (MSD), 1981-1985, sigue llevándose a cabo. Durante el año pasado en muchos países las actividades nacionales a este respecto se centraron en la coordinación de esfuerzos. La creación de 33 puntos focales nacionales de los 37 Gobiernos Miembros de la OPS para asegurar dicha coordinación ha demostrado ser una medida necesaria e importante para movilizar recursos y promover acciones.

2.248 La OPS/OMS, como parte de su colaboración con los países en la ejecución de planes y actividades nacionales relativas a la mujer en la salud y el desarrollo, está llevando a cabo una serie de seminarios-talleres en Washington, D.C. El primero de ellos tuvo lugar en diciembre de 1983 y el segundo en abril de 1984. Participaron los puntos focales nacionales, elementos clave nacionales y personal de campo de la OPS/OMS procedentes de 12 países. Como producto inmediato de

cada seminario, los participantes elaboraron planes de trabajo para 1984-1985 con el fin de integrar las actividades de MSD en los planes y programas nacionales de salud. El próximo seminario está programado para comienzos de 1985.

2.249 Algunos países ya han integrado las actividades de MSD en los programas nacionales de salud y han logrado crear una mayor conciencia y comprensión de las cuestiones que encierran. Por ejemplo, Colombia organizó una Reunión Regional sobre la Mujer y la Salud, del 28 de mayo al 2 de junio, financiada por la OPS/OMS y otras fuentes internacionales. En Canadá, Haití y México se organizaron en 1984 talleres para fomentar actividades nacionales sobre MSD entre el personal de salud, intercambiar información y experiencias, y desarrollar actividades concretas a nivel federal y estatal.

2.250 El Consejo Directivo de la OPS en su XXIX Reunión (septiembre-octubre de 1983, CD29.R22), instó a los Gobiernos Miembros a que "realcen la participación de las organizaciones no gubernamentales y de carácter benéfico, así como la de los grupos comunitarios que se ocupan de cuestiones relacionadas con la mujer en la formulación de metas, prioridades y programas de atención de salud". A partir de 1983, la OPS/OMS organizó una serie de acciones para promover el apoyo activo de grupos femeninos en la atención primaria de salud, incluida una encuesta de organizaciones de este tipo en la Región; un análisis de las actividades llevadas a cabo por algunas de estas entidades; y la formación de un grupo de trabajo para identificar mecanismos de participación más eficaz en la atención primaria de salud. Como consecuencia de estas iniciativas, algunas organizaciones femeninas de Colombia, Cuba y Honduras están colaborando con los ministerios de salud y educación para dar instrucción, en el nivel comunitario, a las mujeres, incluida la relativa a planificación de la familia, lactancia natural, derechos y servicios de salud. En cooperación con la OPS/OMS, varios países,

entre ellos Barbados, Colombia, Ecuador y Jamaica, han iniciado investigaciones sobre aspectos concretos de salud de la mujer, como la lactancia natural, la morbilidad y mortalidad materna, la influencia de la mujer en la nutrición de la familia y la comunidad y las necesidades de salud de las madres adolescentes solteras y sus hijos. En una serie de países se ha logrado incorporar la salud de la mujer en las encuestas nacionales de salud y en los sistemas de información o bien se han realizado estudios especiales sobre las condiciones de salud de las mujeres.

2.251 Pese a los evidentes progresos que se registran en la coordinación gubernamental con grupos femeninos, la falta de articulación interagencial sigue siendo un problema importante en muchos países. Por añadidura, los representantes ministeriales se enfrentan con el problema de mantenerse a nivel de la gran variedad de programas financiados y administrados por innumerables organizaciones privadas.

2.252 En junio de 1984, la OPS publicó una bibliografía anotada sobre *La mujer en la salud y el desarrollo en las Américas* (Publicación Científica 464). Esta bibliografía tiene por objeto ofrecer a planificadores, formuladores de políticas, profesionales de salud y otros grupos interesados una idea general de la información actualmente disponible referente a las cuestiones apremiantes de las necesidades de salud de la mujer y a la función que les corresponde en la prestación de servicios de atención de la salud. Como se señala en el presente capítulo, en la sección referente a prevención y control de enfermedades, el cáncer del cuello uterino es la forma más común de esta enfermedad en las mujeres de gran parte de América Latina y el Caribe, y este problema de salud pública podría reducirse de manera radical mediante la integración de los programas de examen y de control. Respondiendo a este problema, ciertos países de la Región están colaborando con la OPS/OMS para uniformar las normas y procedimiento de ejecución y evaluación de pro-

gramas de control del cáncer del cuello uterino. En 1983, la Asociación Americana del Cáncer y la OPS/OMS copatrocinaron en México una reunión internacional a la que asistieron funcionarios gubernamentales, profesionales de salud y sociedades benéficas de lucha contra el cáncer pertenecientes a 18 países con el fin de examinar la ejecución de programas colaboradores de control del mencionado tipo de cáncer. Desde aquella fecha, Barbados, Brasil y Colombia iniciaron la evaluación de las actividades de control con la cooperación de la OPS/OMS.

2.253 Algunos países de la Región están adoptando medidas concretas para mejorar el adiestramiento de las mujeres en profesiones de la salud y fomentar una mayor participación del sector femenino en la adopción de decisiones en el campo de la salud. Por ejemplo, Colombia y Jamaica organizaron talleres nacionales en 1984, centrados en diversos aspectos de la educación continua y otras oportunidades de desarrollo profesional en el campo de la salud. Igualmente, la OPS/OMS está colaborando con los países en la identificación de las necesidades de profesionales femeninos de la salud. La OPS/OMS coopera con las asociaciones y grupos nacionales de enfermeras de Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras y Perú para realizar estudios de la profesión de enfermería en función de los puestos, sueldos, horas de trabajo y de sus relaciones con otras profesiones de la salud.

2.254 El Subcomité Especial del Comité Ejecutivo de la OPS sobre MSD se reunió en junio con el fin de examinar los progresos realizados hacia la ejecución del Plan Quinquenal. Como consecuencia, el Consejo Directivo de la OPS, en su XXX Reunión (septiembre-octubre de 1984), instó a los Gobiernos Miembros a que incrementen las oportunidades de educación para la mujer, apoyen su importante contribución como proveedora y usuaria de la atención de salud en todos los niveles y que garanticen el cumplimiento de las leyes nacionales de protección de los derechos de la mujer. El Consejo insistió también en la necesidad de asegurar

que las metas y actividades del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo se continúen más allá de 1985 y se integren plenamente al Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales para SPT/2000.

Estadísticas de salud

2.255 Hacia fines de año estaba en proceso de implantación la base de datos estadísticos de la OPS a nivel de la Sede. Esta base incluye datos sobre mortalidad, población, factores sociales y económicos y algunos componentes de los servicios de salud necesarios

para la programación de la cooperación técnica de la OPS/OMS. Durante 1984, la OPS/OMS proporcionó apoyo estadístico a estudios y programas, especialmente para la preparación del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. En su calidad de punto focal para información en salud de la Región de las Américas, la OPS/OMS atendió los pedidos de información recibidos de los países y de agencias internacionales. Además, colaboró con Brasil y Colombia en una investigación sobre registro de la mortalidad materna, defunciones por accidentes y factibilidad de análisis de factores sociales y económicos contenidos en el certificado de defunción.

Capítulo 3. Movilización de los Recursos Técnicos y Financieros

3.1 La movilización de los recursos técnicos y financieros es el núcleo crítico para promover y desarrollar acciones que permitan a los gobiernos superar los problemas exógenos al sector salud y los correspondientes a la utilización adecuada de los recursos disponibles. Según la "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo a los Países Miembros", adoptada en 1983, este capítulo comprende la generación y diseminación de conocimiento, la movilización de la capacidad institucional, la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo y la movilización de los recursos internacionales y el financiamiento externo.

Generación de conocimiento

3.2 Continuó la instrumentación de la estrategia de gestión de la OSP iniciada en 1983 en el área de generación de conocimiento, constituida por dos componentes básicos: la investigación y el desarrollo de la tecnología.

Investigaciones sobre salud

3.3. Una visión de conjunto de la Región muestra que los Países Miembros están desarrollando infraestructuras, con la cooperación de la OPS/OMS, para asegurar la investigación multidisciplinaria en áreas priorita-

rias, así como la aplicación efectiva de los nuevos conocimientos en la formulación de políticas y planes y en el desarrollo de nuevos enfoques, soluciones, técnicas y procedimientos. Las siguientes son, en forma sucinta, las iniciativas más destacadas de los países:

3.4 Bolivia, Honduras y Nicaragua establecieron recientemente unidades de investigación en los ministerios de salud. Personal de estas unidades y un funcionario del Consejo de Investigaciones del Perú participaron en un seminario viajero. Dicho seminario les permitió analizar la estructura y operación de instituciones que organizan, administran o que realizan investigaciones sobre salud en Brasil, Colombia, Cuba y México. El Consejo de Investigaciones de Perú estableció prioridades nacionales para los estudios en el campo de la salud. Con la cooperación del Consejo de Investigaciones de Brasil se llevó a cabo una reunión para analizar comparativamente la organización de las investigaciones sobre la salud en los países de la Región, incluido el estado de la instrumentación de las políticas de investigación. Participaron representantes de los consejos de investigación y de los ministerios de Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela. Como resultado, se identificaron áreas de cooperación en la programación y desarrollo de las investigaciones, capacitación de personal, intercambio

de información técnica y científica, así como en la ejecución de proyectos específicos.

3.5 Con la cooperación de la OPS/OMS en Brasil se diseñó una metodología para establecer el estado actual de la administración de investigación en instituciones de salud. Esta metodología se aplicará en varios países de la Región. Cuba y Ecuador realizaron talleres sobre metodología de las investigaciones sobre salud. Perú llevó a cabo un curso sobre administración de la investigación y en Uruguay se efectuó un curso sobre investigación operativa. Para examinar las tendencias y perspectiva de la investigación farmacológica en América Latina, un grupo de científicos de Argentina, Brasil, Estados Unidos de América, Francia, Inglaterra y México se reunió en Washington y formuló recomendaciones para adecuar la investigación y el adiestramiento a los requerimientos de los programas nacionales de medicamentos esenciales.

3.6 El Comité Asesor de la OPS/OMS sobre Investigaciones en Salud (CAIS) amplió en 1984 sus responsabilidades para incluir otros aspectos prioritarios de salud junto con los puramente médicos. Reestructuró su composición y funciones de manera de cumplir con más eficacia las tareas que le competen, además de ser un instrumento para lograr la movilización de recursos nacionales, el intercambio de información y el desarrollo de redes de cooperación en investigaciones en áreas prioritarias de la salud. El Comité examinó las actividades prioritarias de investigación de la OPS/OMS y los mecanismos de monitoría que el CAIS deberá desarrollar. Para superar los problemas de logística y la falta de investigadores con conocimientos actualizados, el Comité convocó un grupo de estudio para identificar las restricciones y plantear modos de superarlos. Además, el Comité insistió en la urgencia de fortalecer los estudios sobre transferencia y evaluación de tecnologías. También destacó la necesidad de recolectar y diseminar la información relativa a estudios sobre servicios de salud y el uso de

personal auxiliar. Finalmente, recomendó que se realice un estudio multidisciplinario sobre mortalidad infantil. Las recomendaciones del Comité no sólo tienden a promover actividades, sino que también señalan pautas para los Gobiernos Miembros y para la OPS/OMS.

3.7 En este contexto, el Programa de Subvenciones de la OPS/OMS identificó como prioridades el análisis de la situación del sector salud (perfiles de salud, formulación de políticas, desarrollo del proceso tecnológico, mercado de trabajo para personal de salud, utilización y accesibilidad de los servicios de salud, servicios de saneamiento y financiamiento) y el estudio de problemas de salud en grupos humanos específicos (supervivencia infantil, enfermedades crónicas del adulto, trabajadores y ancianos). La investigación en estos temas tiene por objetivo el desarrollo de conocimiento para la planificación, desarrollo y utilización racional de los recursos disponibles para fortalecer la capacidad operativa de los sistemas de salud; la identificación de áreas que deben fortalecerse para cubrir los requerimientos de la coordinación intersectorial en la solución de los problemas de salud; la reorientación de la cooperación técnica y financiera entre países, la de la OPS/OMS y la de otras instituciones internacionales; y la identificación de áreas cruciales para investigación futura. En este sentido el programa de subsidios es en sí mismo un instrumento de coordinación tanto a nivel de la actividad científica nacional como a nivel de la OPS/OMS, al mismo tiempo que está dirigido a resolver problemas para los cuales se requiere la colaboración internacional. El fomento y desarrollo de investigaciones constituye asimismo una responsabilidad básica de los programas de cooperación de la OPS/OMS, incluyendo los Centros Regionales y Subregionales. La contribución de éstos a la solución de problemas prioritarios en los países se ha vuelto cada vez más dinámica. Para un análisis de los avances registrados en 1984, véanse los capítulos y secciones siguientes: Capítulo 1, Desarrollo de la Infraestructura de los Servicios de Salud (investigación de servi-

cios de salud); Capítulo 2, Promoción y Atención de la Salud (investigaciones de los Centros CLAP, INCAP, CFNI y CAREC); Salud Ambiental (investigaciones de CEPIS y ECO) y Salud Pública Veterinaria (CEPANZO y PANAFTOSA).

Desarrollo de la tecnología

3.8 Continuando el proceso iniciado en 1983 con la Conferencia Interamericana sobre Evaluación de la Tecnología de Salud, se realizó en 1984 la Reunión Internacional de Desarrollo Tecnológico en Salud, en Brasil, con la participación de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay. En esta reunión se definieron las bases para los análisis de los procesos de desarrollo tecnológico que se efectuarán en forma colaborativa entre los países. A fin de diseñar el Plan de Investigación en Evaluación y Desarrollo de Tecnologías y determinar las bases para un programa de apoyo a las instituciones, se reunió a continuación un grupo de trabajo en Rio de Janeiro. En este contexto se iniciaron los primeros análisis sobre exportación e importación de tecnología de salud en la Región. Dichos estudios sobre importación de tecnologías—magnitud, costo, selección, asignación, difusión y utilización—se desarrollarían inicialmente en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay. Dentro de este mismo esquema, se llevó a cabo en Brasil el primer estudio sobre la infraestructura de la industria productora de equipos médicos. También se inició la identificación y el análisis de la legislación en materia de tecnología de salud con énfasis en equipos médicos, procedimientos y medicamentos.

3.9 En la promoción de acciones a nivel de los países se han identificado ciertas prioridades, especialmente en salud materno-infantil, habiéndose formulado un proyecto que ha sido aprobado por la Fundación W.K. Kellogg. A través de este proyecto se organizaron cuatro grupos de trabajo sobre tecnología perinatal, atención del parto, atención

neonatal, y crecimiento y desarrollo, además de dos grupos especiales, uno para analizar políticas e innovaciones en salud materno-infantil, y el otro para discutir los aspectos de estilos de vida y comportamiento comunitario. Debe destacarse asimismo la realización de la Primera Reunión Internacional sobre Tecnología de la Atención Prenatal, con participación de expertos de la Región y de Europa, la cual será seguida de un segundo evento sobre tecnología en la atención del parto.

3.10 En cuanto a la diseminación de información en tecnología, la transferencia de conocimientos y experiencias de otros sectores se iniciará por medio de dos publicaciones. En apoyo de este trabajo se creó un grupo de consulta encargado de definir y de diseñar proyectos para una red de información tecnológica en salud que facilite el establecimiento de contactos y la colaboración, contribuyendo a la vez al intercambio de información entre los grupos dedicados a la investigación y los organismos encargados de formular políticas tecnológicas. En un primer proyecto de esta red se promoverá la colaboración entre proyectos de salud materno-infantil y de atención primaria y los centros y programas de educación en administración de salud. Un segundo proyecto estará articulado con los núcleos de ingeniería biomédica y de conservación de tecnologías.

3.11 Como parte de los programas de cooperación de la OPS/OMS con los gobiernos se están desarrollando y utilizando nuevas formas de tecnología, como por ejemplo sistemas radiológicos simplificados, sistemas de odontología simplificada, tecnologías de salud ambiental eficaces y de bajo costo, instrumentos sencillos para medir el estado nutricional y normas para la producción de vacunas. Por su parte, los centros regionales y subregionales consideran entre sus prioridades y planes de trabajo la generación y utilización de conocimiento en las áreas de su responsabilidad. Para los detalles de estas acciones, véanse los resúmenes correspon-

dientes a cada centro en el texto de este Informe.

Diseminación de conocimiento

3.12 Una de las funciones básicas de la cooperación de la OPS/OMS con los gobiernos es la diseminación del conocimiento generado por las investigaciones y el desarrollo de tecnologías. En este campo se destacan las actividades del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP), el Centro de Documentación e Información en Salud y las redes de información de los Centros Regionales.

Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

3.13 En el cumplimiento de sus funciones de centro regional de información, BIREME atendió 47.720 solicitudes de información técnica y científica tanto de Brasil como de los demás países de América Latina. Los sistemas MEDLINE e IMLA continuaron las operaciones de compilación bibliográfica en Brasil por medio de las terminales de los subcentros de Belo Horizonte, Salvador y Rio de Janeiro. Como resultado de la evaluación del sistema MEDLINE realizado en 1983, se instalará en BIREME un centro de procesamiento de mayor amplitud y capacidad para datos de carácter internacional y de utilidad inmediata en los países. En lo referente a información selectiva continuaron los programas sobre el cáncer (LACRIP), en la sede de la OPS, y sobre nutrición (Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, INAN, en Brasil). El nuevo convenio con el INAN de Brasil facilitó la publicación de dos números anuales de *Alerta en Nutrición* y la publicación y distribución de

Alerta Bibliográfico y del Index Medicus de América Latina.

3.14 Debe destacarse que en esta empresa BIREME promueve y coordina la Red Latinoamericana de Información en Salud. Al respecto, Argentina, Colombia y Chile acordaron establecer sistemas nacionales de información como elementos operativos de la Red. También los Centros Nacionales de la Red en Nicaragua y Uruguay consolidaron y fortalecieron sus programas. Para vigorizar la Red Brasileña de Información en Salud, los Directores de los dos subcentros nacionales analizaron el proyecto preparado por BIREME para la creación de un banco de datos regionales en salud que se iniciará en 1985. En materia de adiestramiento se desarrolló un curso de perfeccionamiento de 12 bibliotecarios médicos de Brasil y de otros países latinoamericanos.

Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP)

3.15 Esta Red continuó distribuyendo información selectiva sobre cáncer por intermedio de BIREME y de los subcentros en Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Perú y Venezuela. En 1984 cubrió 22 países, incluidos Argentina, Costa Rica, Chile, México, Perú y Venezuela que actuaron en forma descentralizada. Cabe notar que Argentina y Costa Rica iniciaron sus actividades dentro de la Red en 1984. Se proporcionó información trimestral sobre 15 temas a más de 3.000 usuarios. Asimismo, se introdujeron ajustes en el sistema para que los temas fueran de mayor utilidad tanto al personal médico como a una amplia gama de trabajadores en oncología. Por ejemplo, el rubro de síntomas incluye ahora leucemia y mieloma. Se introdujeron nuevos temas, entre ellos, la rehabilitación y la enfermería oncológica.

Centro de Documentación e Información en Salud

3.16 El Centro localizado en la sede de la OPS continuó su consolidación al incrementar su capacidad a más de 27.000 documentos, los cuales están a disposición de los Países Miembros en forma de microfichas. En 1984 apoyó la labor de BIREME en su calidad de componente básico de la Red. También colaboró activamente en el proceso de organización de los Centros de Documentación de las representaciones de la OPS/OMS en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, la República Dominicana y Trinidad y Tabago para uso del personal de la OPS/OMS y de las autoridades nacionales.

Otras redes de información

3.17 La diseminación de información constituyó la labor básica de los Centros Regionales de la OPS. Se destacan la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA); la Red de Información sobre Zoonosis y Fiebre Aftosa, y el Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Los programas y operaciones se detallan más adelante en el capítulo 2, dentro de las actividades de los Centros CEPIS, ECO, CEPANZO y PANAFTOSA.

Mobilización de la capacidad institucional

3.18 Continuó instrumentándose la estrategia de reorientación de las acciones y de articulación de recursos de los Centros Regionales y Subregionales de la OPS/OMS, como base para desarrollar la capacidad y el fortalecimiento de los centros nacionales. Para asegurar este proceso, la estrategia considera esencial el establecimiento de mecanis-

mos de comunicación constante y el intercambio permanente de cooperación en materia de investigaciones, desarrollo tecnológico, diseminación de información y capacitación de personal. Un vehículo efectivo es la organización y operación de redes de centros.

Redes de centros nacionales

3.19 En 1984 estaban en funcionamiento o en proceso de consolidación las redes siguientes:

- La **Red Regional de Adiestramiento Avanzado en Administración de Servicios de Salud** opera dentro del Programa de PROASA. Integrada por instituciones y programas de enseñanza de administración de servicios de salud en Argentina, Brasil (2), Colombia (2), Costa Rica, Chile, México, Perú y la República Dominicana, la Red sirvió de eje coordinador y de apoyo a 58 cursos de administración dictados en el año en 35 instituciones.
- La **Red Regional de Escuelas de Salud Pública y Posgrado de Medicina Preventiva y Social (ALAESp)** está integrada por 10 escuelas de salud pública y 18 posgrados universitarios de medicina preventiva y social. La Red ha iniciado la regionalización de la enseñanza en estos campos con el fin de lograr focos de excelencia técnica en la salud pública de los países de América Latina.
- La **Red de Programas de Educación Permanente y Supervisión** promueve la incorporación de la supervisión en el proceso educativo. Por medio de esta Red hasta 1984 se habían capacitado más de 200.000 profesionales, técnicos y auxiliares de salud. La Red opera en 12 países de la Región.
- La **Red Regional de Centros de Tecnología Educativa en Salud** está constituida por más de 20 centros de tecno-

logía educacional en los países de América Latina. Estos centros se establecieron con la colaboración directa del antiguo Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES). Actualmente esta Red recibe apoyo de la OPS/OMS y del NUTES (Núcleo de Tecnología Educativa de la Universidad Federal de Rio de Janeiro), que era la contraparte nacional del CLATES.

- **La Red de Núcleos Nacionales de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá.** El Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCAP) está consolidando dicha Red en los seis países del Istmo Centroamericano. Su objetivo fundamental es facilitar la cooperación técnica entre estos países con respecto al desarrollo de los recursos humanos del sector salud.
- **Red de Centros de Perinatología.** A partir de programas de acción colaborativos con núcleos nacionales capacitados en su mayoría por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), se está estructurando una red informal perinatal que se mantiene unida sobre la base de actividades conjuntas programadas. Los actuales grupos de trabajo integrantes de la Red están distribuidos en 17 países de la Región.
- **La Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición** está en proceso de desarrollo en todos los países de la Región que cuentan con instituciones de reconocido prestigio científico y docente a nivel internacional y que enfocan a la alimentación y la nutrición en forma multidisciplinaria. El objetivo final es promover el desarrollo institucional para realizar programas destinados a aumentar la disponibilidad y consumo adecuado de alimentos, la pre-

vencción de enfermedades nutricionales o relacionadas a la alimentación y la solución oportuna de problemas nutricionales, dentro del contexto de la cooperación técnica entre países.

- **La Red de Centros Nacionales de Clasificación de Enfermedades** está constituida por los centros de Brasil, Perú y Venezuela. En 1984 se iniciaron los de Argentina y México. Dentro del marco de la CTPD se definió una estrategia de trabajo y se iniciaron estudios sobre métodos de codificación.

Actividades de los Centros Regionales y Subregionales de la OPS/OMS

3.20 Se ha hecho énfasis anteriormente en la función básica de los Centros Regionales como instrumento para la movilización de recursos técnicos en los países, y especialmente en el desarrollo de las capacidades nacionales para la generación de conocimientos, desarrollo de tecnologías, diseminación de información y formación de recursos humanos. Un aspecto fundamental de las funciones de los Centros es la identificación de la capacidad instalada en estas disciplinas a nivel de cada país, así como la promoción de la vinculación técnica y operacional entre núcleos nacionales y entre las naciones, para culminar con el desarrollo de verdaderas redes de centros que se apoyen y complementen mutuamente. En esta forma, a medida que los centros nacionales y las redes de centros se consoliden y fortalezcan, irán absorbiendo gradualmente las funciones actuales de los Centros de la OPS/OMS.

3.21 Cada Centro Regional contribuye con sus actividades al desarrollo de áreas programáticas prioritarias. Tal es el caso de CLAP, INCAP, CFNI y CAREC con respecto a los programas de promoción de salud y de control de enfermedades; CEPIS y ECO en lo relativo a los programas de salud ambiental, y CEPANZO y PANAFITOSA en materia de sa-

lud animal. Las acciones de cada centro se examinan en las áreas programáticas correspondientes en el capítulo 2 de este Informe.

Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD)

3.22 Como instrumento efectivo para la movilización y utilización de recursos técnicos, la CTPD mostró durante el año una tendencia marcada a la sistematización y aplicación de sus acciones en la Región.

3.23 En el ámbito regional debe mencionarse en primer término, el respaldo dado por el Consejo Directivo de la OPS, en su XXX Reunión celebrada en septiembre de 1984, al análisis preparado por el Secretario sobre los Lineamientos para la Promoción de la Cooperación Técnica y la Cooperación Económica entre Países en Desarrollo (CTPD/CEPD) en el Sector Salud, en el que se proponen acciones tendientes a estimular, facilitar y sistematizar la utilización de la CTPD. El Consejo Directivo citado reiteró a los Gobiernos Miembros, por medio de la resolución CD30.R3, la urgencia de adoptar a nivel de cada país medidas institucionales, jurídicas, administrativas y financieras que faciliten la acción colectiva y bilateral en el campo de la salud. Con esta medida apoyarán las iniciativas, tanto de los países como de la OPS/OMS, que favorezcan la continuación del proceso.

3.24 Mientras tanto, y con el propósito de sistematizar los enfoques y detectar oportunamente las restricciones en el uso de la CTPD, la OPS/OMS reunió un grupo de trabajo constituido por funcionarios de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México y Venezuela. Dicho grupo analizó las capacidades potenciales existentes en cada país tanto para atender las necesidades internas de salud como para cooperar con otros países. También identificó ciertos obstáculos importantes como la falta de información y de conocimiento acerca de la CTPD, así como las dificultades de financiamiento. Para superar estas restric-

ciones Brasil, Colombia y Cuba iniciaron estudios para analizar las capacidades existentes, así como la sistematización de la información. En lo referente a financiamiento, la OPS/OMS está promoviendo la inclusión en los presupuestos nacionales de los Países Miembros de los recursos necesarios para apoyar estas actividades. Asimismo, junto con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica (ILPES), la Organización está diseñando mecanismos de financiamiento de la CTPD con recursos nacionales a fin de que los gobiernos y la OPS/OMS dispongan de guías prácticas al respecto. Finalmente, la OPS/OMS está incluyendo recursos en su programa de cooperación técnica para llevar a cabo actividades de cooperación entre los países.

3.25 Se registraron durante el año expresiones concretas de utilización de la CTPD. El crecimiento de las Redes Regionales de Centros Nacionales en materia de desarrollo de recursos humanos, salud materno-infantil y salud ambiental, ha incrementado el intercambio de experiencias e información técnica. Por otra parte, las subregiones muestran los siguientes avances: en los países de Centro América la acción conjunta de cerca de 200 funcionarios de salud permitió identificar áreas prioritarias y formular proyectos nacionales e interpaíses dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. En el área específica de recursos humanos, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP) ha consolidado la red de núcleos nacionales para el estudio, programación y formación conjunta y complementaria de personal para los servicios de salud de los países del Istmo Centroamericano. En el contexto de la CTPD, los países del Grupo Andino (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) han impartido capacitación a los gerentes de sistemas de suministros de medicamentos por medio de cursos nacionales e interpaís, estableciendo a la vez un sistema de información subregional común para el registro de medicamentos. En la Co-

munidad del Caribe (CARICOM), los países continuaron utilizando la CTPD en los programas de nutrición y de control de enfermedades con el apoyo de CFNI y CAREC, respectivamente. Deben citarse también los programas de adiestramiento de personal de salud y de salud veterinaria.

3.26 En el proceso de desarrollo de sus programas los Centros Regionales y Subregionales de la OPS/OMS actúan como instrumentos de la CTPD desde hace varios años. INCAP colabora en el intercambio de información y experiencias en nutrición entre los países de Centroamérica y Panamá; BIREME difunde información médica y de salud; CEPIS y ECO en lo concerniente a saneamiento ambiental, y CEPANZO y PANAFTOSA en cuestiones relativas a zoonosis y fiebre aftosa. Otro ejemplo relevante de acción conjunta se refiere a las iniciativas sobre medicamentos esenciales. Además del proyecto de los países del Grupo Andino, Argentina, Brasil y México han acordado desarrollar actividades conjuntas y complementarias, especialmente en la producción de materias primas. Cabe destacar además la formulación conjunta de un programa subregional de medicamentos esenciales por parte de los países del Istmo Centroamericano.

3.27 La CTPD entre los países ha sido práctica común en la Región. Con frecuencia se ha basado en entendimientos solidarios y en algunas situaciones, formalizada por convenios. Es así que el Instituto Nacional de Virología y el Laboratorio Nacional de Referencia de México colaboraron con Bolivia, Colombia, Chile, Guatemala, Honduras, Panamá, Nicaragua y Perú para verificar la estabilidad y potencia de las vacunas antipoliomielítica y antisarampionosa utilizadas en los programas de esos países. Igualmente, dichas entidades aportaron servicios de consultoría a Cuba en el área de producción de vacuna antisarampionosa y DPT, así como en el desarrollo de un seminario regional para control de vacunas antivíricas. En el control de calidad de reactivos se desarrollaron activi-

dades interpaíses entre Brasil, Cuba, Chile y México, y se facilitaron reactivos para otros países de la Región, habiéndose enviado casi 900 reactivos a 11 países que los solicitaron. Con el mismo espíritu, Argentina ha ofrecido proporcionar antígeno de *Trypanosoma cruzi* para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Un ejemplo de cooperación formalizada es el convenio entre Cuba y Nicaragua para el desarrollo de recursos humanos del sector salud en Nicaragua, ya en su último año de vigencia.

Mobilización de recursos internacionales

3.28 Las estrategias regionales destacan la necesidad de incrementar los esfuerzos de la Organización a fin de que los recursos técnicos y financieros de la comunidad internacional se canalicen hacia los países con el objeto de complementar y estimular los esfuerzos y recursos nacionales dedicados a la atención de áreas críticas y prioritarias en el campo de la salud. Se presenta a continuación un resumen de las actividades sobresalientes.

3.29 **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).** Durante el presente Ciclo de Programación (1982-1986) el PNUD contribuye a través de la OPS/OMS, con un total de EUA\$11,2 millones para programas de salud en la Región (EUA\$8,9 millones corresponden a proyectos de países y EUA\$2,3 millones a proyectos regionales). En 1984 el aporte del PNUD fue de EUA\$2,6 millones, de los cuales EUA\$2,1 millones correspondieron a proyectos en 17 países y EUA\$0,5 millones a proyectos regionales. La mayoría de los nacionales se orientaron hacia la extensión y consolidación de los servicios con la estrategia de la atención primaria de salud. Los regionales se dedicaron principalmente a la capacitación de recursos humanos del sector salud. En 1985 se iniciará la preparación del Cuarto Ciclo de Programación del PNUD, cuyo marco de referencia se

basará en tres puntos, a saber: atención de la población de escasos recursos en zonas urbanas y rurales, ciencia y tecnología, y políticas públicas.

3.30 Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP). El FNUAP prestó su apoyo a 35 proyectos por un total de EUA\$7,5 millones. De ellos, 31 fueron proyectos nacionales en 27 países por un total de EUA\$7 millones y cuatro regionales por un monto de EUA\$500 mil habiéndose logrado una tasa de ejecución del 95%. Las actividades del FNUAP en la Región se han incrementado debido al mayor número de países involucrados, el monto de los proyectos y el mayor número de componentes que tienen los programas en la Región.

3.31 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Dentro del contexto del convenio suscrito entre el UNICEF y la OPS/OMS, en varios países se cumplieron acciones de programación conjunta entre dichas organizaciones. Se espera fortalecer esta tendencia en 1985 a fin de incrementar la coordinación en beneficio de los países. Dentro de este esquema, UNICEF apoyó el desarrollo de cursos sobre nutrición, alimentación y lactancia materna (Costa Rica) y sobre mantenimiento de la cadena de frío y enfermedades diarreicas (Guatemala). Además de estos cursos se realizaron seminarios sobre el control de enfermedades diarreicas en Honduras y Nicaragua, y se revisaron las normas sobre lactancia materna en Costa Rica. El UNICEF, en estrecha colaboración con la OPS/OMS, participó en la formulación del programa regional de supervivencia infantil. Este proyecto se ejecutará especialmente en los países de Centro América y Panamá. Con el apoyo de la OPS/OMS, el PNUD y el UNICEF, el Gobierno de Colombia llevó a cabo una campaña nacional de vacunación contra la difteria, pertusis, tétanos, poliomielitis y sarampión, cubriendo un poco más de 200 mil niños de 0 a 4 años de edad. Se puede observar la tendencia del UNICEF a

favorecer proyectos en zonas de menor desarrollo que apliquen tecnologías simples y que logren un mayor impacto en los niveles de salud del grupo materno-infantil.

3.32 Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indevido de Drogas (FNUFUID). Este Fondo programó la ejecución de cuatro proyectos en Colombia, Ecuador, Jamaica y Perú por un monto de EUA\$1,5 millones. Dichos proyectos corresponden a aspectos epidemiológicos, de información, tratamiento y educación sobre el uso indebido de drogas, incluido el reemplazo de cultivos de *Cannabis indica*.

3.33 Programa Mundial de los Alimentos (PMA). En 1984 el PMA operó en 20 países de la Región con 42 proyectos, con los que se pusieron a disposición de las comunidades 397 mil toneladas métricas de alimentos por un costo aproximado de EUA\$270 millones.

Movilización de recursos financieros externos

3.34 Continuando con la instrumentación de la estrategia tendiente a incrementar la capacidad nacional que permita identificar, no solo aspectos prioritarios de los planes de salud donde se requieren recursos extraordinarios, sino también posibles fuentes de financiamiento, la OPS/OMS puso a disposición de los Gobiernos Miembros el documento "Guías para la Movilización de Recursos Financieros Externos para Salud". Dicha guía proporciona información sobre las posibles fuentes de financiamiento, los procedimientos a seguir y la estrategia de movilización.

3.35 El análisis de la información disponible sobre las fuentes de financiamiento externo muestra que en las Américas los fondos concesionarios para todos los sectores experimentaron un incremento, elevándose de EUA\$3.260 millones en 1982 a EUA\$3.370 en 1983. Se destinaron al sector salud

EUA\$279 millones (aproximadamente el 8,2%) y dos tercios de esta suma correspondieron a programas de salud ambiental.

Instituciones internacionales de crédito

3.36 El **Banco Interamericano de Desarrollo (BID)** continuó siendo la fuente más importante de apoyo financiero a los programas de salud en el Continente. El BID y la OPS/OMS se reunieron en junio de 1984 para definir acciones conjuntas sobre las repercusiones de la crisis financiera en el sector salud. Esta reunión permitió analizar las medidas que adoptaría el Banco para estimular inversiones en los sectores sociales y particularmente en el de salud, sobre todo en países de desarrollo relativamente menor. En este sentido debe hacerse notar que el BID también definió su política de inversiones en materia de abastecimiento de agua potable. El Banco dará prioridad a los proyectos que consoliden y mejoren los sistemas existentes, su operación y mantenimiento. Se considera que la participación comunitaria, incluida su capacidad financiera y administrativa, es un factor esencial.

3.37 Los datos registrados en el Informe Anual del BID señalan que esta institución aprobó en 1984 cinco préstamos para abastecimiento de agua potable y saneamiento por un monto aproximado de EUA\$282 millones. Los proyectos corresponden a Colombia (EUA\$200 millones), Costa Rica (EUA\$28 millones), Chile (EUA\$2,5 millones), Ecuador (EUA\$28 millones) y Honduras (EUA\$24 millones). También otorgó donaciones por EUA\$3,2 millones para estudios de preinversión y proyectos específicos en Brasil, Ecuador, Haití, Guatemala y Honduras. Debe hacerse notar que el BID aprobó además cerca de EUA\$397 millones para el desarrollo de proyectos en los sectores sociales que están relacionados con la salud y tendrán repercusión en ella. Dichos proyectos corresponden a Colombia (EUA\$115 millones), Chile

(EUA\$125 millones), Costa Rica (EUA\$17,3 millones) y Uruguay (EUA\$40 millones).

3.38 Además, en 1984 la OPS/OMS fue agencia ejecutora de 11 proyectos de cooperación técnica financiados por el BID (9 a nivel nacional y 2 a nivel regional) por EUA\$4,3 millones. Los proyectos nacionales que representaron EUA\$1,9 millones correspondieron a fondos no reembolsables y se destinaron al desarrollo de servicios de salud. Los proyectos nacionales se desarrollaron en cinco países, algunos de ellos se habían iniciado en años anteriores. Entre los proyectos regionales se destaca un convenio de cooperación técnica entre el BID y la OPS/OMS para la preparación de proyectos de inversión en programas de salud, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en los países beneficiarios del BID. Se considera que en estos proyectos se invertirán aproximadamente EUA\$540.000 por un período de 2 años. Además se formularon proyectos para ampliar solicitudes de préstamo en los siguientes países: Barbados, Guyana, Honduras, México, Perú y Venezuela. Finalmente, el BID tiene en consideración varios proyectos nacionales y subregionales del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá en las siguientes áreas: desarrollo de servicios de salud, nutrición, salud maternoinfantil, malaria, medicamentos esenciales y salud ambiental.

3.39 Por su parte, el **Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF, Banco Mundial)** formalizó la adjudicación de dos préstamos para sistemas de agua y saneamiento por un monto estimado en EUA\$28 millones (Honduras, EUA\$19 millones; Jamaica, EUA\$9 millones). Debe hacerse notar que los datos preliminares indican que en 1984 el BIRF desembolsó aproximadamente EUA\$600 millones para la operación de proyectos aprobados en años anteriores. El BIRF tiene bajo consideración dos proyectos sobre fiebre aftosa y otras enfermedades. Uno en Argentina por un valor estimado de EUA\$133 millones y otro para Brasil

por EUA\$120 millones. La OPS/OMS ha cooperado con estas iniciativas, y con recursos proporcionados por el BIRF y colaboró con el Gobierno de Brasil en un estudio adicional sobre servicios de laboratorio para fiebre aftosa.

Cooperación financiera bilateral

3.40 Existen 14 fuentes de cooperación bilateral que operan en las Américas. Ocho de ellas (Alemania Federal, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos de América, Francia, Holanda, Japón y Noruega) se mostraron activas, y según la información disponible han canalizado al sector salud en 1984 cerca de EUA\$97 millones, 29% de los cuales corresponden al abastecimiento de agua y saneamiento y 71% a programas de salud y desarrollo de servicios. Se destacan en este rubro los aportes de los siguientes gobiernos:

3.41 **Alemania Federal**^a aportó EUA\$10 millones para la salud ambiental en Brasil, Colombia y Paraguay.

3.42 **Canadá**^a proporcionó EUA\$2,7 millones a Belice, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Honduras, México, Paraguay, Perú y a los países de habla inglesa del Caribe, para la realización de programas en planificación urbana, sistemas de abastecimiento de agua, salud maternoinfantil, control de insectos y dengue.

3.43 **Dinamarca, Japón y Noruega**^a también aportaron al sector salud EUA\$3 millones, EUA\$2 millones y EUA\$1,5 millones, respectivamente.

3.44 **Estados Unidos de América.** Durante el año fiscal que terminó en septiembre de 1984 la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID/EUA) proporcionó a algunos países de la Región EUA\$27 millones en donaciones y préstamos para actividades en el campo de la salud, además de EUA\$14 millones para actividades de planificación

familiar. Los programas cooperativos AID/EUA en operación cubrieron las áreas de servicios de salud, saneamiento, inmunizaciones, sistemas de información, malaria, epidemiología y nutrición en Centro América y Panamá, el Caribe y Sudamérica por un valor de EUA\$2,6 millones. El presupuesto de AID/EUA en el ejercicio fiscal de octubre de 1984 a septiembre de 1985, se elevará a EUA\$76 millones para proyectos de salud, así como EUA\$27 millones para planificación familiar. Entre estos proyectos se destacan: el programa de monitoría y administración de rehidratación oral en Centro América y Panamá a cargo del INCAP, por un período de 4 años y a un costo de EUA\$8 millones; el programa de malaria, de 2 años de duración, por EUA\$3,5 millones; el programa de medicamentos esenciales por EUA\$3 millones, y el programa de servicios de salud en Guatemala por un período de 2 años y a un costo de EUA\$9,5 millones.

3.45 **Francia**^a otorgó EUA\$9,9 millones para la construcción y equipamiento de hospitales en Bolivia, Colombia y Paraguay.

3.46 **Holanda**^a donó EUA\$5,6 millones a Brasil, Chile, Guyana, Haití, Jamaica, Nicaragua, la República Dominicana y Uruguay para la realización de programas de desarrollo hospitalario, sistemas de abastecimiento de agua, preparación para casos de desastre y nutrición.

Fundaciones y agencias gubernamentales

3.47 Se han podido identificar 174 agencias privadas que otorgan cooperación en el campo de la salud en el hemisferio occidental. Algunas de las fundaciones más destacadas son W.K. Kellogg, Ford, Rockefeller, Edna McConnell, Clark Hewlett, Tinker, Public Welfare Foundation y el Trasher Research Fund. Durante 1984, se estima que estas agencias donaron al sector salud EUA\$19 millones, de los cuales EUA\$18 millones fueron donaciones de la Fundación W.K. Kellogg.

^aDebido a los procedimientos internos de estos países, la última información disponible corresponde al año calendario 1983.

Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF)

3.48 PAHEF es una fundación sin fines lucrativos dedicada a impulsar los objetivos fundamentales de la OPS y la OMS. Coopera con estos dos organismos en el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, que costea en su mayor parte con un fondo rotatorio de capital proveniente de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) e ingresos de la venta de libros de texto, manuales y otros materiales didácticos. En 1984, las ventas netas ascendieron a EUA\$2,46 millones y las ventas unitarias, a

EUA\$119.000. Se siguió delegando a la OPS/OMS la responsabilidad de la supervisión técnica y la administración del programa. PAHEF recibe también subvenciones y donaciones deducibles del impuesto federal para apoyar determinados programas de salud. Con fondos provenientes de esas fuentes, en 1984 prestó apoyo a 47 proyectos cuyo costo ascendió a EUA\$472.000. La OPS/OMS prestó la supervisión técnica y administrativa necesaria para estos proyectos. La mayoría se destinó a las Américas pero se recibieron también donaciones de medicamentos antimaláricos por un valor de EUA\$99.000 para el programa mundial de control de enfermedades tropicales de la OMS.

Capítulo 4. Problemas Relevantes

4.1 Se han identificado ya en otras partes de este *Informe Anual* los problemas más destacados que están afectando en su conjunto a los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Este capítulo analiza algunas de sus características sobresalientes.

Crisis económica

4.2 La grave crisis económica continuó siendo el mayor problema enfrentado por el sector salud en 1984, tanto por su repercusión en el desarrollo de los países de América Latina y del Caribe, como por los efectos que ejerce en los niveles de vida y en el bienestar de la población. Muchos de los indicadores socioeconómicos registraron, en efecto, descensos sustantivos. La inflación creciente, los intereses elevados, la abrumadora deuda internacional, el desempleo, el deterioro de la producción y el estancamiento de los servicios públicos, caracterizan en la mayoría de los países esta situación de verdadera regresión. Al respecto, un análisis hecho por la Organización, muestra que en 1984 la economía de 12 países registró reducciones en el ingreso per cápita y que el promedio del Producto Interno Bruto (PIB) al final de dicho año fue igual al de 1976.

4.3 Cuando a la inflación ascendente se agrega el descenso del ingreso per cápita, el

nivel de vida de la población se resiente de manera visible. Es así como en casi todos los países del hemisferio la capacidad familiar para adquirir alimentos, vestido, vivienda y otros servicios básicos, registró un retroceso a los niveles de un decenio atrás.

4.4 Uno de los obstáculos más visibles con que tropieza el crecimiento económico es la exorbitante deuda externa que encaran los gobiernos de la Región. En 1984 solamente, la transferencia neta de recursos de la América Latina y el Caribe al exterior llegó a ser por este motivo de EUA\$26.700 millones; un 10% de esta suma representa el pago de intereses de la deuda pendiente. El total de la deuda externa aumentó en 1984, elevándose a EUA\$360.000 millones.

4.5 Los datos anteriores no son abstracciones. En términos humanos representan niveles de vida muy bajos, desempleo e incremento del subdesarrollo. CEPAL estima que aún con el agregado de muchos factores positivos, hasta 1990 la Región en conjunto no alcanzaría un ingreso per cápita similar al de 1980. Esta hipótesis supone no solo una situación de estancamiento sino esencialmente de regresión para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Por otra parte, si se comparan los niveles de vida y de desarrollo con los de los países industrializados, es evidente que la brecha entre los dos grupos se agranda cada día más.

4.6 La repercusión de esta situación en los sectores sociales ha sido en muchos aspectos funesta. En el sector salud los gobiernos tienen que hacer frente a una demanda creciente de servicios de una población en aumento constante, en circunstancias en que hay fuerte presión para reducir sustancialmente el volumen de los recursos destinados a la operación diaria de los servicios de salud. De esta manera también quedan coartadas las posibilidades de extender la cobertura de los servicios de salud a la población no protegida de zonas suburbanas y rurales. No es raro observar ya manifestaciones de estancamiento en algunos índices de salud y de niveles de vida.

4.7 Las características de esta situación se analizaron en el estudio que sometió el Secretariado de la OPS/OMS a la XXX Reunión del Consejo Directivo sobre "La Crisis Económica en América Latina y el Caribe y sus Repercusiones en el Sector Salud". En dicho informe, además de analizarse la situación socioeconómica global del hemisferio, se examinan sus consecuencias para el sector salud de la mayoría de los países de menor desarrollo de la Región. Se destaca además, la declinación del financiamiento nacional e internacional para los programas del sector salud. En las discusiones de este delicado tema en el seno del Consejo Directivo se insistió en que los sectores sociales deben aprovechar la realidad de la crisis para prepararse mejor a fin de superarla dentro de su propio ámbito, mediante el análisis del financiamiento de los sectores público y privado y el examen cuidadoso de la utilización de los recursos en términos de gasto, eficiencia y productividad. También deberá tenerse en cuenta la capacidad de los recursos humanos y su utilización y la selección de la tecnología para la realización eficiente de las actividades. Se recalcó además la urgencia de articular los recursos de las entidades que componen el sector, a fin de incrementar la productividad y la cobertura de los servicios de salud.

Capacidad operativa del sector salud

4.8 Este factor continuó constituyendo el más serio obstáculo para la utilización adecuada de los recursos del sector y la articulación intersectorial. Este problema y las posibles maneras de abordarlo se examinaron durante las Discusiones Técnicas sobre el tema "Aumento de la Capacidad Operativa de los Servicios de Salud con Miras a SPT/2000", realizada en la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En dicho análisis se revisaron los problemas de organización y administración de los servicios en todos los niveles; los obstáculos encontrados en la capacitación y utilización de los recursos humanos; la falta de control para la selección y aplicación de tecnologías sobre la base de la eficiencia social, y la ausencia de mecanismos de articulación intersectorial que permitan ampliar la cobertura y reducir las desigualdades sociales.

4.9 Como resultado de estas discusiones, el Consejo Directivo de la OPS adoptó, en su XXX Reunión, la resolución CD30.R28 recomendando a los gobiernos que en la formulación de políticas de salud: otorguen prioridad al desarrollo de la capacidad operativa de los servicios dando énfasis a los grupos de alto riesgo; revisen la estructura del financiamiento de los servicios y fomenten la productividad del sector; revisen y ajusten la política de formación y utilización de personal; introduzcan innovaciones gerenciales y tecnológicas destinadas a incrementar la productividad de los servicios, y aseguren la participación social en las decisiones sobre salud.

4.10 El reconocimiento de la trascendencia del problema de la capacidad operativa y de los posibles enfoques para su solución por parte de los gobiernos plantea la urgencia de que, a nivel de cada país y de acuerdo con la situación y problemas prevaletentes en cada uno de ellos, se definan acciones vigorosas y armónicas para resolver paulatinamente dichos obstáculos y contribuir así efectiva-

mente a capacitar al sector para enfrentar las consecuencias de la crisis económica y social.

protegidos tengan acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales.

Medicamentos esenciales

4.11 El problema de la accesibilidad de los medicamentos a la población, especialmente a los grupos marginados, continuó haciéndose más difícil. El gasto de más de EUA\$5.000 millones en medicamentos en América Latina y el Caribe en 1983 no traduce fielmente las necesidades reales de la Región y refleja en cambio problemas de consumo y utilización de medicamentos. En este sentido se destaca la disparidad entre la provisión inadecuada de medicamentos para la población subprotegida o no protegida de las áreas periurbanas y rurales, y la disponibilidad de medicamentos para los grupos con recursos económicos y con acceso a los servicios médicos, lo que pone en evidencia la necesidad de extender la cobertura de servicios y asegurar la accesibilidad a los grupos mencionados en primer término.

4.12 Con excepción de tres países, los perfiles de producción nacional de medicamentos no satisfacen la demanda interna, por lo que se depende de la importación y en consecuencia de las variaciones del mercado mundial. Por otra parte, la producción local está subordinada a la importación de materia prima. La carencia de políticas coherentes en el subsector farmacéutico en la mayoría de los países, limita las posibilidades de cooperación entre los sectores involucrados, tales como salud, producción industrial, comercio y planificación. A lo anterior se agregan los problemas de control de calidad y la carencia de sistemas de suministros. Aun cuando los gobiernos han dado ya pasos concretos para abordar estos problemas, será necesario intensificar las acciones a fin de asegurar que los grupos no

Problemas tecnológicos

4.13 Desde el punto de vista de la dependencia tecnológica, causa cada vez más inquietud la gran disparidad existente entre la capacidad de los países desarrollados y la de los que están en vías de desarrollo. A este respecto, son cuestiones prioritarias la transferencia de tecnología de alto costo, la inversión foránea y el financiamiento internacional. La baja capacidad científico-tecnológica de los países en desarrollo los obliga a depender de la tecnología importada y limita las posibilidades de desarrollar tecnologías locales. Debe agregarse que, por una parte, las tecnologías externas a menudo no satisfacen las necesidades predominantes de los servicios de salud y que por otra parte se registran problemas en su uso adecuado. Estos últimos pueden favorecer los intereses de ciertos grupos profesionales, técnicos, industriales y comerciales, con lo cual se refuerzan las desigualdades, se incrementa el despilfarro de recursos sociales y se contribuye a debilitar las condiciones de vida.

4.14 Estos factores han conducido a que los gobiernos y la Organización formulen estrategias para abordar dichos problemas. Entre ellas se destaca la cooperación entre países y el proceso de integración regional, como mecanismos para aumentar la capacidad de negociación en la selección e importación de tecnología y la capacidad endógena para producir tecnología apropiada. La instrumentación de esta estrategia se iniciará en 1985 mediante una investigación colaborativa regional, que incluirá en su primera etapa la participación activa de seis Gobiernos de la Región: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay.

Parte III
Actividades Relevantes de los
Cuerpos Directivos de la OPS

Capítulo 5. Cuerpos Directivos de la OPS

5.1 En la empresa solidaria de los países de las Américas encaminada a instrumentar las estrategias de salud para todos, se juzga necesario destacar tanto los esfuerzos desplegados por los Gobiernos Miembros y el Secretariado como las iniciativas y orientación emanados de los Cuerpos Directivos de la Organización constituidos por la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. Durante 1984, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo, en cumplimiento de sus funciones constitucionales, examinaron durante sus reuniones reglamentarias la marcha de la Organización y de sus programas, y formularon recomendaciones a los gobiernos y al Secretariado de la OPS. Dichas recomendaciones integran las resoluciones que, en campos específicos, adoptaron el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo y que constituyen pautas para la acción nacional y regional. Sería lógico por ende verificar si las decisiones tomadas por los Cuerpos Directivos contribuyen a orientar los esfuerzos y recursos hacia las áreas prioritarias de la Región, y constatar al mismo tiempo si dichas decisiones se traducen en acciones concretas de los gobiernos y el Secretariado.

5.2 La brevedad del lapso transcurrido entre la Reunión del Consejo Directivo de la OPS en octubre y el final del período cubierto por el presente *Informe* no permite registrar actividades y resultados, por lo cual no se considera práctico verificar lo ocurrido con las resolu-

ciones adoptadas en 1984 por la XXX Reunión del Consejo Directivo. Es posible, en cambio, examinar los pasos dados en 1984 por los gobiernos y el Secretariado en relación con las resoluciones aprobadas en 1983 por la XXIX Reunión del Consejo Directivo.

Medidas tomadas en 1984 acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo (1983)

5.3 El cuadro 16 muestra que el XXIX Consejo Directivo examinó y emitió resoluciones en asuntos correspondientes a las áreas prioritarias de desarrollo de la infraestructura, programas de promoción de la salud y control de enfermedades, movilización de recursos y estrategia de gestión. También muestra las medidas tomadas por los gobiernos y el Secretariado como resultado de las 13 resoluciones que son motivo de este análisis. Muchas de estas medidas son de larga duración y demandarán monitoría permanente en los años venideros. Para facilitar el análisis, las resoluciones se ordenaron según su contenido en las áreas prioritarias del Plan de Acción y del Programa y Presupuesto de la OPS.

Cuadro 16. Medidas tomadas en 1984 por los Gobiernos Miembros y la OSP acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983

Resoluciones	Medidas
Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud	
Informe preliminar de la situación de las estrategias regionales SPT/2000 (CD29.R13)	
<p><i>A los Gobiernos</i></p> <p>Los insta a acelerar los procesos de monitoría y evaluación.</p>	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>No registraron acciones dirigidas al ajuste y adecuación de los procesos de monitoría y evaluación.</p> <p>Los países encontraron dificultades para llenar el formulario del marco común de la OMS para la evaluación global.</p>
<p><i>A la OSP</i></p> <p>Le pide que apoye los procesos nacionales de planificación como base para el desarrollo de monitoría y evaluación.</p>	<p><i>OSP</i></p> <p>Utilizando la información disponible de los países, la OSP preparará la contribución de la Región sobre las estrategias para el documento de Evaluación Global de la OMS.</p> <p>Intensificó su colaboración con las escuelas de salud pública en enseñanza de planificación. Con la Escuela de Medellín (Colombia) se desarrollaron los enfoques de planificación y administración estratégicos que ya se utilizan en Honduras, Nicaragua y Panamá. Se inició el programa con el ILPES sobre planificación intersectorial.</p>
Enfermería (CD29.R18)	
<p><i>A los Gobiernos</i></p> <p>Les recomienda fortalecer los servicios de enfermería y la capacitación de enfermeras.</p>	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Chile y Panamá organizaron reuniones nacionales y subregionales para analizar los cambios requeridos en los sistemas de información y en la formación de este personal. Participaron en estas reuniones los ministerios de salud, instituciones de seguridad social, escuelas de enfermería y asociaciones de enfermeras.</p>
<p><i>A la OSP</i></p> <p>Le pide que apoye las iniciativas de los Gobiernos.</p>	<p><i>OSP</i></p> <p>Dio apoyo técnico y financiero a las reuniones anteriores.</p> <p>Desarrolló el "Estudio de la Práctica de Enfermería" en Colombia, Ecuador, Honduras, México y Perú.</p>
Servicios de transfusión sanguínea (CD29.R15)	
<p><i>A los Gobiernos</i></p> <p>Les recomienda mejorar los servicios nacionales de transfusión sanguínea mediante programación, financiamiento y reglamentación.</p>	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Jamaica, Nicaragua y Uruguay evaluaron sus bancos de sangre. La evaluación mostró que todos llenan los requisitos de referencia y adiestramiento.</p>
<p><i>A la OSP</i></p> <p>Le pide que promueva y apoye el desarrollo del programa.</p>	<p><i>OSP</i></p> <p>Cooperación en la consolidación de la Red de Bancos Colaboradores.</p> <p>Apoyó a los programas que están por iniciarse o en desarrollo en Belice, Barbados, Brasil, Dominica, Grenada, Haití, Jamaica, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela.</p>
Producción y comercialización de medicamentos esenciales (CD29.R30)	
<p><i>A los Gobiernos</i></p> <p>Les insta que adopten políticas sectoriales que evalúen las prácticas vigentes de producción, control de calidad y abastecimiento de medicamentos.</p>	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Argentina, Brasil y México adoptaron conjuntamente una estrategia de autosuficiencia en producción coordinada de materia prima.</p>

Cuadro 16. Medidas tomadas en 1984 por los Gobiernos Miembros y la OSP acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983 (Cont.)

Resoluciones	Medidas
Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud (Cont.)	
A la OSP	OSP
Le pide que apoye la formulación de políticas y desarrollo de programas, y que colabore en la movilización de recursos.	Argentina, Colombia y Nicaragua analizaron su situación nacional como base para la formulación de políticas.
	Apoyó a los países mencionados en los dos párrafos anteriores y también a Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela en la movilización de recursos. Desarrolló estudios y gestiones para estructurar un sistema conjunto de compras para Centro América y Panamá.
Desarrollo de programas de promoción de salud y control de enfermedades	
Alimentación del lactante y del niño pequeño (CD29.R21)	
A los Gobiernos	Gobiernos
Los insta a que: apliquen las recomendaciones OMS/UNICEF sobre alimentación del lactante y del niño pequeño; adopten legislación sobre sucedáneos de leche materna; promuevan acciones intersectoriales para mejorar la nutrición del lactante en grupos de bajos ingresos.	La resolución fortalece las varias acciones que la mayoría de los países han estado desarrollando desde 1981. En 1984 se destaca: en Centro América y Panamá, las reuniones interpaíses que se celebraron para examinar la situación y problemas, revisar las prácticas seguidas y formular programas de lactancia materna; algunos países del Caribe—Dominica, Haití, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas—revisaron su situación en este campo y prepararon programas para 1985.
	A fines de 1984, tres gobiernos estaban aplicando el Código Internacional de Sucédáneos; 15 países más contaban ya con algunos instrumentos legales sobre sucedáneos de la leche materna.
A la OSP	OSP
Le pide que dé apoyo global a los gobiernos—incluidos estudios, investigación, legislación—y que movilice recursos técnicos y financieros.	Prestó el apoyo requerido en Centro América y en el Caribe, especialmente por intermedio del INCAP y del CFNI, respectivamente.
Reestructuración del INCAP (CD29.R27)	
A la OSP	OSP
Le solicita que continúe administrando el INCAP y que proceda a su reestructuración.	Continuó administrando el Instituto. Evaluó el programa del INCAP y sus funciones. Como resultado de esta evaluación se introdujeron ajustes en la estructura administrativa y operacional del Instituto y se reorientó su programa hacia una colaboración más efectiva con los países del Istmo, basada en las prioridades nacionales.
Prevención del uso indebido de drogas (CD29.R17)	
A los Gobiernos	Gobiernos
Los insta a que realicen evaluaciones epidemiológicas continuas, y que formulen y desarrollen programas específicos.	Los países diseñaron un Plan Maestro para estudios epidemiológicos. Colombia y Perú, con apoyo de FNUFUID, formularon planes con componentes epidemiológicos.
A la OSP	OSP
Le solicita que dé prioridad a este programa y que obtenga recursos financieros adicionales.	Condujo negociaciones con FNUFUID para el control de la farmacodependencia y epidemiología en Barbados, Belice y Jamaica. Apoyó a los programas en inicio o en desarrollo en Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Grenada, Haití, Jamaica, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela.

Cuadro 16. Medidas tomadas en 1984 por los Gobiernos Miembros y la OSP acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983 (Cont.)

Resoluciones	Medidas
Desarrollo de programas de promoción de salud y control de enfermedades (Cont.)	
Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (CD29.R16)	
<i>A los Gobiernos</i>	<i>Gobiernos</i>
Les solicita que formulen metas bienales de cobertura; que utilicen como indicadores la cobertura de inmunizaciones de menores de 1 año y de mujeres embarazadas; y los datos de morbilidad y mortalidad por sarampión, poliomielitis y tétanos, como indicadores de evaluación.	20 países latinoamericanos y 7 del Caribe de habla inglesa, revisaron sus programas y formularon metas bienales. Gradualmente los países están utilizando los indicadores de cobertura y evaluación recomendados en la resolución. Seis países realizaron evaluaciones de seguimiento a la primera evaluación. Por otra parte 10 países han programado actividades específicas de sobrevigilancia.
<i>A la OSP</i>	<i>OSP</i>
Le pide que analice la capacidad de producción y disponibilidad de vacunas, y que fortalezca el Fondo Rotatorio del PAI.	Continuó la vigilancia de la potencia y seguridad de las vacunas. Apoyó a los laboratorios nacionales de Brasil, Chile y México en la producción de vacunas. Fortaleció el Fondo Rotatorio del PAI al incrementar su capital a EUA\$4,5 millones.
Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) (CD29.R28)	
<i>A los Gobiernos</i>	<i>Gobiernos</i>
Les pide que identifiquen y apoyen instituciones nacionales que se sumen a ECO para integrar una Red de Centros Colaboradores.	En una primera etapa los países han tratado de identificar aquellos programas y unidades nacionales que, al tratar de solucionar problemas del ambiente, desarrollan actividades en epidemiología y toxicología.
<i>A la OSP</i>	<i>OSP</i>
Le solicita que dé prioridad en el programa técnico de ECO a los aspectos epidemiológicos y toxicológicos de los contaminantes químicos, y que complemente las acciones de ECO con las del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).	ECO ha dado prioridad a los aspectos epidemiológicos y toxicológicos en estudios especiales, disseminación de información, capacitación de personal y cooperación técnica con los gobiernos. ECO y CEPIS han colaborado en forma coordinada en Perú en un proyecto de investigación de contaminación de fuentes de agua.
Informe sobre la III Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (CD29.R26)	
<i>A la OSP</i>	<i>OSP</i>
Le pide que negocie un acuerdo entre IICA y OPS sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.	Suscribió el acuerdo entre IICA y la OPS según términos del estudio sobre la posible transferencia del Centro. Presentó un informe al XXX Consejo Directivo en octubre de 1984.
La mujer en la salud y el desarrollo (CD29.R22)	
<i>A los Gobiernos</i>	<i>Gobiernos y OSP</i>
Les insta a que definan políticas nacionales de protección a la mujer; fortalezcan programas de prevención del cáncer, promuevan legislación para garantizar la igualdad de oportunidades.	Tomaron acción en los puntos de la resolución CD29.R22 y la OSP preparó un Informe, Documento CD30/8, que fue considerado por el XXX Consejo Directivo en octubre de 1984.
<i>A la OSP</i>	
Le pide que apoye el Plan Quinquenal de la Mujer.	

Cuadro 16. Medidas tomadas en 1984 por los Gobiernos Miembros y la OSP acerca de las resoluciones de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983 (Cont.)

Resoluciones	Medidas
Movilización de los recursos técnicos y financieros	
Comité Asesor de la OPS en Investigaciones Médicas (CAIM) (CD29.R29)	
<i>A la OSP</i>	<i>OSP</i>
Le pide que ponga en práctica las recomendaciones del Comité de ampliar (Informe CAIM, Documento CD29/14) las áreas de responsabilidad del CAIM; los sujetos de investigación; el intercambio de información, y las redes cooperativas.	El Comité amplió sus funciones y cambió de nombre: Comité Asesor en Investigaciones en Salud (CAIS). Debe convertirse en instrumento para movilización de recursos técnicos nacionales y de desarrollo de redes de centros de investigación. Se incorporaron nuevas áreas de estudio en servicios de salud y personal auxiliar.
Actividades del Secretariado—Estrategia de Gestión OSP	
Funciones de las Oficinas de Area de la OSP (CD29.R2)	
<i>A la OSP</i>	<i>OSP</i>
Aprueba la recomendación del Director de que se supriman las Oficinas de Area a partir del 1.º de enero de 1984.	Suprimió las Oficinas de Area el 1.º de enero de 1984. Simultáneamente se inició un proceso de fortalecimiento administrativo de las Oficinas de la OPS/OMS en los países.
Se le solicita que evalúe la eficacia y efectividad de las medidas propuestas, e informe a la XXXI Reunión del Consejo Directivo en 1985.	Al finalizar 1984 la OSP había suscrito nuevos acuerdos básicos con Argentina, Brasil, Guatemala y Perú; estaban por finalizarse las negociaciones con México y Venezuela.

Comité Ejecutivo y Consejo Directivo (1984)

5.4 El análisis de las discusiones y de las decisiones adoptadas muestra que en 1984 los Cuerpos Directivos de la OPS contribuyeron a estimular acciones en el desarrollo de componentes específicos de las áreas programáticas prioritarias de la Región.

5.5 **92a Reunión del Comité Ejecutivo.** El Comité se reunió en junio de 1984 para considerar 23 asuntos de naturaleza administrativa y reglamentaria, así como de carácter programático y referente a políticas de salud y cooperación técnica. Se destaca en este conjunto el análisis hecho por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo sobre la Estrategia de Gestión de la OSP, el marco común para la evaluación a las Estrategias Regionales, la crisis económica y sus repercusiones en el sector salud, la CTPD y las

funciones del Subcomité. También se destacaron las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en la XXX Reunión del Consejo Directivo sobre el Anteproyecto de Programa y Presupuesto 1986-1987 de la OMS, cuyo monto se fijó en EUA\$58,6 millones y las relacionadas con las bases para una política de la OPS sobre población y con el Programa Internacional de Seguridad Química.

5.6 En el cuadro 17 se incluyen las resoluciones del Comité Ejecutivo de la OPS que requieren acciones específicas de los gobiernos y del Secretariado.

5.7 **XXX Reunión del Consejo Directivo.** El Consejo, en su XXX Reunión efectuada en octubre de 1984, consideró 22 asuntos y aprobó 18 resoluciones. Diez de estas resoluciones aparecen en el cuadro 17 según las áreas programáticas prioritarias y con las

Cuadro 17. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, 1984

Resoluciones de la 92a Reunión del Comité Ejecutivo, 1984	Recomendaciones para los Gobiernos y la OSP
Marco y formato común para la evaluación de las Estrategias de Salud Para Todos en el Año 2000 (CE92.R13)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Cooperar con la OPS en las pruebas de campo del instrumento de evaluación, utilizándolo posteriormente para ajustar los procesos nacionales de información y evaluación.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Ajustar el instrumento de evaluación con base en las pruebas de campo. Apoyar a los países en el mejoramiento de sus procesos y en la preparación del Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial.</p>
Estrategia de gestión para el uso óptimo de los recursos OPS/OMS en apoyo directo a los Estados Miembros (CE92.R15)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Examinar la posibilidad de redistribuir recursos en los presupuestos nacionales, a fin de cumplir con las prioridades aprobadas por ellos en el seno de los Cuerpos Directivos de la OPS.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Examinar la "estrategia de gestión" en forma continua, para adaptarla a los distintos factores que afectan el desarrollo y las condiciones de salud en los Países Miembros.</p>
Resoluciones de la XXX Reunión del Consejo Directivo, 1984	Recomendaciones para los Gobiernos y la OSP
Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud	
La crisis económica en Latinoamérica y el Caribe y sus repercusiones en el sector salud (CD30.R2)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Hacer estudios sobre el impacto de nuevos enfoques y tecnologías, incluidos los recursos humanos sobre el costo de la salud. Revisar el financiamiento del sector con miras a alcanzar una mayor eficacia, eficiencia y equidad, así como determinar las consecuencias de la crisis en los recursos del sector y en su distribución y uso.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Continuar analizando e informando a los Cuerpos Directivos sobre el ambiente económico internacional, y asistiendo a los Gobiernos en el análisis de su propia situación.</p>
Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública (CD30.R15)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Desarrollar estrategias de articulación progresiva para asegurar un mejor uso de los recursos y extender la cobertura de servicios a la población no protegida. Definir el marco sectorial y las relaciones intrasectoriales, estudiar la cobertura combinada de servicios y analizar los sistemas de financiamiento. Incluir a la seguridad social en la planificación y ejecución de actividades de cooperación técnica con el sector salud.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Establecer un programa de cooperación técnica con entidades de seguridad social nacionales e internacionales.</p>
Capacidad operativa de los servicios de salud (CD30.R18)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Introducir innovaciones gerenciales y tecnológicas para lograr mayor equidad y efectividad de los servicios, con énfasis en los grupos de alto riesgo. Revisar la financiación de los</p>

Cuadro 17. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, 1984 (Cont.)

Resoluciones de la XXX Reunión del Consejo Directivo, 1984	Recomendaciones para los Gobiernos y la OSP
Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud (Cont.)	
	servicios, establecer la composición real del gasto en salud, y facilitar la participación de las comunidades en las decisiones que atañen a la salud.
	<p>OSP</p> <p>Estimular el intercambio de experiencias y promover mecanismos eficaces de operación en los servicios de salud.</p>
Desarrollo de programas de promoción de la salud y control de enfermedades	
Base para la definición de la política de acción de la Organización en asuntos de población (CD30.R8)	<p>Gobiernos</p> <p>Fortalecer los programas maternoinfantiles en estrecha relación con los problemas de dinámica de población. Promover la participación de todos los sectores en la formulación de políticas de población. Usar los datos demográficos para identificación de los grupos prioritarios y las poblaciones de alto riesgo.</p>
	<p>OSP</p> <p>Promover la participación del sector salud en políticas nacionales de desarrollo y población, intensificando la coordinación de la OPS con agencias multilaterales, bilaterales y no gubernamentales.</p>
Informe final del seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología (CD30.R16)	<p>Gobiernos</p> <p>En base a las recomendaciones del seminario (Buenos Aires, noviembre de 1983) reforzar la práctica de la epidemiología y aplicarla a todas las áreas del sector. Incrementar la coordinación entre docencia, servicios e investigación en epidemiología.</p>
	<p>OSP</p> <p>Desarrollar un programa de apoyo a los países y obtener fondos extrapresupuestarios para realizarlo.</p>
Salud de los impedidos (CD30.R7)	<p>Gobiernos</p> <p>Adoptar políticas y ejecutar programas de asistencia integral, dando prioridad al desarrollo de tecnologías de rehabilitación basadas en la familia y la comunidad.</p>
	<p>OSP</p> <p>Apoyar la adopción de dichas políticas por los Gobiernos, reforzando el programa regional de la OPS en este campo.</p>
Programa internacional de seguridad química (CD30.R14)	<p>Gobiernos</p> <p>Participar en el Programa Internacional de Seguridad de Sustancias Químicas (IPCS) a nivel regional y nacional, promoviendo además estudios sobre seguridad de las sustancias químicas y estimulando la colaboración intersectorial.</p>
	<p>OSP</p> <p>Realizar un estudio evaluativo sobre el estado de la Región en esta materia y formular una propuesta de programas de mediano plazo (1984-1989).</p>

Cuadro 17. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, 1984 (Cont.)

Resoluciones de la XXX Reunión del Consejo Directivo, 1984	Recomendaciones para los Gobiernos y la OSP
Áreas programáticas especiales	
Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá (CD30.R17)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Apoyar solidariamente los esfuerzos de los países de Centroamérica y Panamá, incluido Belice.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Apoyar la iniciativa dentro de los recursos del presupuesto ordinario y de los fondos extrapresupuestarios que puedan conseguirse, promoviendo una mayor coordinación con UNICEF y otras entidades de cooperación.</p>
La mujer, la salud y el desarrollo (MSD) (CD30.R6)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Intensificar los esfuerzos para aumentar las oportunidades de educación de la mujer, incluido su desarrollo profesional. Reforzar los puntos focales nacionales encargados de la MSD y garantizar el cumplimiento de las leyes en vigor que protegen los derechos de la mujer.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Continuar apoyando las actividades regionales sobre MSD. Proporcionar oportunidades de adiestramiento especial que le permitan a la mujer competir por los cargos más altos; apoyar al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo.</p>
Movilización de recursos técnicos y financieros	
Lineamientos para la promoción de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD)/Cooperación Económica entre Países en Desarrollo (CEPD) en el sector salud con colaboración de la OPS (CD30.R3)	<p><i>Gobiernos</i></p> <p>Tomar medidas legales, financieras, administrativas e institucionales para promover, facilitar y poner en marcha la CTPD/CEPD.</p> <p><i>OSP</i></p> <p>Colaborar con los Países Miembros en la ejecución de acciones en el campo de la CTPD/CEPD.</p>

implicaciones que los acuerdos del Consejo tendrán para los gobiernos y la OPS. Es posible verificar en este análisis la preocupación del Consejo por la crisis económica que atraviesan los países de las Américas y sus repercusiones en el sector salud. Dentro de este contexto, durante la discusión del tema de articulación intersectorial y en la resolución correspondiente (CD30.R18), el Consejo subrayó la urgencia de que los gobiernos combinen y utilicen mejor los recursos del sector mediante la coordinación efectiva de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social. También insistió en el incremento de la productividad de los servicios a través del fortalecimiento de la capacidad operativa de los sistemas de salud. El Consejo, al examinar los programas de fomento de la salud y control de enfermedades, hizo notar a los gobiernos que es preciso definir políticas de población, utilizar la epidemiología como instrumento básico para los análisis de los problemas y servicios de salud y considerar el problema creciente de las contaminaciones químicas.

5.8 Las ocho resoluciones restantes corresponden a asuntos administrativos o reglamentarios.

Anteproyecto de Programa y Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el Bienio 1986-1987

5.9 El XXX Consejo Directivo, en cumplimiento de sus responsabilidades constitucionales, aprobó la resolución CD30.R13 recomendando al Director-General de la OMS la propuesta de distribución de EUA\$58.076.000 para el Programa y Presupuesto de la Región de las Américas para el bienio 1986-1987 (cuadro 18). También pidió al Director-General que aumente en EUA\$484.000 la suma destinada al programa de desarrollo del Director de la OSP para actividades a nivel de país.

Cuadro 18. Proyecto de programa y presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, 1986-1987 (en dólares EUA)

Programa	Presupuesto ordinario de la OMS		
	Cantidad	Total	Porcentaje
Dirección, Coordinación y Gestión		2.703.500	4,7
Cuerpos Directivos		271.900	,5
Comités Regionales	271.900		,5
Desarrollo y Gestión del Programa General		2.431.600	4,2
Dirección general	260.200		,4
Programas del Director General y de los Directores Regionales para actividades de desarrollo*	207.000		,4
Desarrollo del programa general	1.896.200		3,3
Coordinación exterior para el desarrollo sanitario y social	68.200		,1
Infraestructura de los Sistemas de Salud		24.992.800	43,0
Desarrollo de los Sistemas de Salud		7.581.900	13,1
Evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias	3.013.300		5,2
Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud	4.505.300		7,8
Investigaciones sobre sistemas de salud	63.300		,1
Organización de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud		11.206.800	19,3
Recursos de Personal de Salud		5.358.900	9,2
Información Pública y Educación para la Salud		845.200	1,4
Ciencia y Tecnología de la Salud—Promoción y Atención de Salud		11.200.700	19,3
Fomento y Desarrollo de las Investigaciones		173.300	,3
Protección y Promoción de la Salud en General		2.301.200	4,0
Nutrición	1.856.700		3,2
Salud bucodental	444.500		,8
Protección y Promoción de la Salud de Determinados Grupos de Población		1.603.000	2,7
Salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia	869.700		1,5
Salud de los trabajadores	539.500		,9
Salud de las personas de edad avanzada	193.800		,3
Protección y Promoción de la Salud Mental		771.200	1,3
Factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano	383.300		,6
Prevención y control de alcoholismo y el uso indebido de drogas	231.100		,4
Prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos	156.800		,3
Promoción de la Salud Ambiental		5.318.700	9,2
Servicios de abastecimiento público de agua y saneamiento	4.818.800		8,3
Inocuidad de los alimentos	499.900		,9
Tecnología de Diagnóstico, de Tratamiento y de Rehabilitación		1.033.300	1,8
Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para sistemas de salud basados en atención primaria de salud	437.900		,8
Calidad, inocuidad y eficacia de medicamentos y vacunas	595.400		1,0
Ciencia y Tecnología de la Salud—Prevención y Control de Enfermedades		11.168.600	19,2
Prevención y Control de Enfermedades		11.168.600	19,2
Inmunización	1.096.000		1,9
Control de vectores de enfermedades	3.505.900		6,0
Malaria	1.082.300		1,8
Enfermedades parasitarias	329.400		,6
Investigaciones sobre enfermedades tropicales	112.800		,2
Enfermedades diarreicas	522.100		,9
Tuberculosis	351.600		,6
Lepra	291.100		,5
Zoonosis	1.961.000		3,4
Enfermedades de transmisión sexual	36.500		,1
Actividades generales de prevención y control de enfermedades transmisibles	1.662.200		2,8
Ceguera	45.900		,1
Cáncer	94.600		,2
Actividades generales de prevención y control de enfermedades no transmisibles	77.200		,1
Apoyo al Programa		8.010.400	13,8
Apoyo de Información Sanitaria		2.801.800	4,8
Servicios de Apoyo		5.208.600	9,0
Personal	731.600		1,3
Administración y servicios generales	2.631.400		4,5
Presupuesto y finanzas	1.550.200		2,7
Equipo y suministros para los Países Miembros	295.400		,5
Total del Presupuesto por Programas		58.076.000	100,0

*Reservado para actividades a nivel de país.

Parte IV
Actividades del
Secretariado de la OPS

Capítulo 6. Estrategia de Gestión

6.1 La "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en el apoyo directo a los Países Miembros" fue adoptada por la OSP en 1983 con el objeto de asegurar que los limitados recursos de la OPS/OMS para su cooperación con los Gobiernos Miembros se utilicen de la manera más eficiente y efectiva posible. La Estrategia fue examinada en su conjunto y recibió el respaldo del Subcomité de Planificación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo (1984). En base al informe de este Subcomité, el Comité Ejecutivo adoptó, en su 92a Reunión, una resolución (CE92.R15) en la que insta al Secretariado a acelerar la instrumentación de la Estrategia y a ajustarla a las necesidades cambiantes de los países.

Instrumentación de la Estrategia de Gestión

6.2 Es conveniente reiterar que los principios básicos que rigen la Estrategia señalan que el país es a la vez sujeto y objeto de la cooperación OPS/OMS; que los Gobiernos Miembros son copartícipes en la determinación de prioridades y en la formulación de la cooperación, y que la movilización de recursos nacionales e internacionales hacia áreas prioritarias es una responsabilidad permanente de la Organización y del Secreta-

riado. Dentro de este marco de referencia, en 1984 se introdujeron ajustes y cambios tendientes a fortalecer la capacidad gerencial y operativa de las Oficinas de Campo. Es así que las antiguas Oficinas de Area se transformaron en Oficinas de Representación en el País y se puso en marcha el "Plan para el desarrollo administrativo descentralizado". Dicho Plan comprende, en una primera etapa, la revisión de los sistemas administrativos en los varios niveles de la estructura de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); el análisis de la capacidad operativa de las Oficinas de los Representantes en el País y los Centros OPS/OMS, y los estudios de viabilidad de los sujetos de descentralización de la Sede al campo. Estos análisis constituyeron la base para el diseño de módulos sobre: la gestión y control de la programación de la cooperación técnica (AMPES) y los subsistemas presupuestario, financiero y contable; el manejo descentralizado de personal, viajes, becas, seminarios y cursos, y sistemas de información para monitoría de los programas y ejercicio del presupuesto. Para facilitar estas funciones se inició la utilización de equipo de microcomputación. Este proceso está en desarrollo en las Oficinas de Representación de la OPS/OMS en Argentina, Bolivia, Guatemala y Panamá, así como en los Centros OPS/OMS de PANAFTOSA, CEPANZO, CAREC, CEPIS e INCAP. Además prosiguió

la organización de centros de documentación e información en Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y la República Dominicana.

6.3 Se intensificó el programa de capacitación del personal de campo, especialmente los Representantes en el País, a fin de que asuman la delegación de autoridad y las nuevas responsabilidades que se les ha asignado como consecuencia de la revisión de la capacidad operativa de sus Oficinas.

6.4 En lo referente al principio básico de la Estrategia sobre la participación real de los países en los asuntos de la Organización, puede verificarse que en 1984 los gobiernos intervinieron mucho más en la definición del tipo de cooperación de la OPS/OMS a nivel nacional. Las revisiones conjuntas Gobierno/OPS/OMS sobre políticas y programas continuó realizándose en varios países. Como resultado de dichas revisiones, se definieron prioridades nacionales y de necesidades de cooperación de la OPS/OMS, las cuales constituyeron además la base para la formulación de la propuesta de Programa y Presupuesto de la OPS para el período 1986-1987.

6.5 En cuanto a la movilización de recursos nacionales e internacionales, tercer principio básico de la Estrategia, los esfuerzos del Secretariado se orientaron hacia el fortalecimiento de las capacidades nacionales, individuales e institucionales, y hacia la utilización óptima de los recursos. El aprovechamiento de la experiencia y habilidad técnica de los funcionarios nacionales en su propio país, y por medio de la CTPD en otros países, junto con el desarrollo de redes de centros nacionales colaboradores, constituyen un ejemplo de este proceso, que se analiza en el capí-

tulo 3 del presente *Informe*. Por otra parte, los amplios contactos y las misiones conjuntas de la OSP con las agencias donantes, bilaterales y multilaterales, ofrecen mayores perspectivas de un flujo de recursos para los gobiernos, y de un incremento de fondos extrapresupuestarios para la OPS/OMS. A este respecto, quizás el hecho de mayor significado fue la promoción y apoyo por parte del Secretariado de la acción solidaria emprendida por Centro América y Panamá en 1984 en la que se busca movilizar y coordinar las capacidades y voluntades nacionales para obtener un análisis conjunto de las necesidades prioritarias de salud. Ello condujo a la formulación de propuestas de proyectos, nacionales y subregionales, que demandan recursos financieros externos complementarios. Algunos de dichos recursos se obtuvieron al finalizar 1984. Los detalles de esta iniciativa se registran en el capítulo 2 de este *Informe*.

Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES)

6.6 Se introdujeron cambios en el Sistema para hacerlo consistente con la nueva clasificación presupuestaria. De conformidad con los criterios de la Estrategia de Gestión, se continuaron simplificando los procedimientos con el fin de hacer del AMPES un instrumento eficiente y efectivo de manejo administrativo de la programación técnica de la OPS/OMS y del uso óptimo de recursos. Es así que el AMPES está en proceso de transformarse en el mecanismo central de gestión para la programación de corto y mediano plazo de la cooperación. Una vez consolidado, se incorporará paulatinamente al Sistema la metodología de monitoría y evaluación de la cooperación OPS/OMS.

Capítulo 7. Servicios de Apoyo de la OPS

7.1 Con fines de estructura operacional interna, los servicios de apoyo llevan a cabo sus funciones en dos áreas específicas. La primera, de carácter fundamentalmente técnico, incorpora el programa de publicaciones y los servicios de traducción, el sistema de información de la OPS, la oficina de información al público y la oficina de asuntos jurídicos. La segunda área es esencialmente administrativa y comprende las oficinas de servicios generales, de conferencias, de personal y de compras.

Apoyo técnico

Publicaciones

7.2 En el curso del año, se introdujeron importantes cambios en el programa de publicaciones. Además de sus objetivos tradicionales, el programa buscó por primera vez la cooperación técnica directa de los países en cuestiones editoriales. Se constituyó un Comité de Política de Publicaciones de la OPS/OMS que se reunió periódicamente durante todo el año. Además, se reestructuró el programa y se centralizaron en la Sede los servicios editoriales principales, trasladándose a ésta el Servicio de Publicaciones (SEPU) de México, D.F. Continuaron los provechosos resultados del acuerdo con la Asociación Norteamericana de Salud Pública relativo a la traducción y publicación en español y en por-

tugués del manual titulado *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Se hicieron gestiones encaminadas a conseguir una colaboración más estrecha entre el programa de publicaciones de la OPS y el Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Prosiguieron perfectamente coordinadas las actividades de la OPS y la OMS relativas a las publicaciones, información y documentación sanitarias y biomédicas. La OPS fue sede de la reunión anual del Comité de Política y Coordinación de Publicaciones de la OPS/OMS, en la que estuvieron representados los programas de publicaciones de EURO, SEARO y EMRO.

7.3 **Publicaciones científicas.** Pese a la seria escasez de personal, en 1984 las Publicaciones Científicas del Servicio Editorial llegaron a 35 (véase el cuadro 19), cifra sin precedentes en el programa. El Servicio Editorial prestó apoyo directo a 14 de los programas técnicos de la OPS/OMS mediante estas publicaciones, que abarcaron temas de desarrollo de la tecnología de salud, prestación de servicios de salud, personal de los sistemas de salud, desarrollo de los sistemas de salud, epidemiología, salud del adulto, salud ambiental, salud materno-infantil, alimentación y nutrición, enfermedades tropicales, salud pública veterinaria, preparativos para situaciones de emergencia y socorro en casos de desastre, estadísticas de salud y la mujer, la salud y el

Cuadro 19. Publicaciones producidas por el Servicio Editorial de la OPS en 1984

Número de serie	Título	Número de serie	Título
	Publicaciones Científicas		Publicaciones Científicas
438	Suministros médicos con posterioridad a los desastres naturales	470	Seguridad en la calidad en medicina nuclear
442	Controle das doenças transmissíveis no homem, 13a. ed.	471	Epidemiología y control de malaria causada por <i>Plasmodium falciparum</i> en las Américas
445	Terapia de rehidratación oral. Una bibliografía anotada	471	Epidemiology and Control of Falciparum Malaria in the Americas
447	Epilepsia—manual para trabalhadores de saúde	472	Inmunizaciones: Información para la acción
452	Diagnóstico de la salud animal en las Américas	473	La participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas
452	Diagnostic of Animal Health in the Americas	473	Community Participation in Health and Development in the Americas
456	Compêndio codificado da classificação de tumores	474	Elaboración y utilización de formularios de medicamentos
457	Pautas para adiestrar en nutrición a trabajadores de salud en la comunidad	474	Development and Implementation of Drug Formularies
458	Trastornos depresivos en diferentes culturas	475	Las drogas, el conductor y la seguridad en el tránsito
459	Experiencia nacional en el empleo de trabajadores comunitarios en salud	476	III Reunión Interamericana de Salud Animal al Nivel Ministerial
460	Prevención y control de las enfermedades genéticas y los defectos genéticos	476	III Inter-American Meeting on Animal Health at the Ministerial Level
460	Prevention and Control of Genetic Diseases and Congenital Defects		
460	Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos		Documentos Oficiales
461	Salud materno-infantil en las Américas: hechos y tendencias	192	Informe Final del Consejo Directivo de la OPS, XXIX Reunión/Final Report of the PAHO Directing Council, XXIX Meeting
462	Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales: Discusiones Técnicas de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983	193	Actas Resumidas de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS/Précis Minutes of the XXIX Meeting of the Directing Council of PAHO
462	Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs: Technical Discussions of the XXIX Meeting of the PAHO Directing Council, 1983	195	Actas Resumidas de la 91ª y 92ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS/Précis Minutes and Final Report of the 91st and 92nd Executive Committee Meetings of PAHO
463	Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros, 1984		
464	La mujer, la salud y el desarrollo en las Américas. Una bibliografía anotada		Periódicos
464	Women, Health and Development in the Americas. An Annotated Bibliography		Boletín de la Organización Panamericana de la Salud (12 números)
465	Quimioterapia da lepra para programas de controle		Bulletin of the Pan American Health Organization (4 números)
466	Criterios de salud ambiental 14—Radiación ultravioleta		Educación médica y salud (4 números)
467	Criterios de salud ambiental 15—Esaño y compuestos orgánicos de esaño		Boletín Epidemiológico (6 números)
468	Criterios de salud ambiental 16—Radiofrecuencias y microondas		Epidemiological Bulletin (6 números)
469	Seguridad en la calidad en radiología de diagnóstico		

desarrollo. Cada una de estas 35 publicaciones representó un importante aporte al fomento e intercambio de información sanitaria y biomédica en las Américas. La Organización convocó reuniones de grupos especiales de expertos cuyas deliberaciones dieron lugar a numerosas publicaciones originales, tal como se observa en el cuadro 19.

7.4 Documentos oficiales. En 1984 se publicaron tres documentos oficiales: el *Informe Final de la XXIX Reunión del Consejo*

Directivo de la OPS (edición bilingüe, español e inglés), *Actas de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS* y *Actas e Informe Final de la 91ª y 92ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS* (plurilingüe).

7.5 Otras publicaciones figuran en el cuadro 19.

7.6 Publicaciones periódicas. Los cambios que afectaron al programa general de publicaciones repercutieron igualmente en sus

diversos aspectos. La producción del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* que, como de costumbre, se publicó todos los meses, se trasladó de México, D.F., a Washington, D.C., hacia fines de año. El *Bulletin of the Pan American Health Organization* fue objeto de un nuevo diseño y de una importante campaña de promoción, con el objeto de dar a conocer mejor la OPS entre los lectores de habla inglesa. Se publicaron con regularidad los cuatro números de la revista *Educación médica y salud*, y los seis números, en español y en inglés, del *Epidemiological Bulletin/Boletín epidemiológico*.

7.7 Distribución y ventas. Durante 1984 la OPS/OMS presentó sus publicaciones en 11 conferencias nacionales e internacionales. Se llevaron a cabo los siguientes proyectos de promoción: mejoramiento de la distribución de las copias de cortesía de las Publicaciones Científicas mediante el ofrecimiento de una selección de temas a los interesados, aumento del número de las librerías de venta y preparación de listas de envío de ejemplares de promoción de las Publicaciones Científicas. Se pasó revista a las suscripciones pagadas del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, y se ofreció renovarlas. También se revisaron las listas de distribución de las copias de cortesía del *Boletín de Educación médica y salud*. Gracias a esos esfuerzos de promoción, la distribución y venta de las publicaciones de la OPS durante 1984 alcanzaron cifras superiores a las de 1983 por un 68%. El Fondo Rotatorio de Venta de Publicaciones recaudó EUA\$136.302 y tuvo un total de EUA\$337.496 al terminar 1984.

7.8 Materiales visuales de instrucción. Las actividades correspondientes al programa de materiales visuales de instrucción están encaminadas a identificar y promover trabajos conjuntos de la OPS/OMS con los centros nacionales de tecnología de los países. Se completó la cinta fija sobre las enfermedades diarreicas infantiles—la cual se distribuyó a todos los centros de atención materno-infantil—y se agregaron a la serie tres nuevos juegos de

diapositivas acompañadas del guión impreso sobre: "The Hand-Compression Sprayer", Control de vectores con posterioridad a los desastres naturales (inglés y español) y "The Natural History, Epidemiology, and Control of Chagas's Disease". Esta última está en preparación en español bajo el título *La historia natural, epidemiología y control de la enfermedad de Chagas*. Se siguieron atendiendo las solicitudes de materiales recibidas de los países. En el curso del año se distribuyeron: 1.900 copias de cintas fijas; 271 juegos de diapositivas con guión impreso; 1.631 gráficos a colores, y 4.450 marcos a medio cuadro para convertir cintas fijas en diapositivas.

Traducciones

7.9 Durante 1984 continuó el servicio de traducciones solicitadas por las distintas unidades y programas de la Organización, entre las cuales figuran informes operativos y administrativos, documentos de trabajo para las reuniones de los Cuerpos Directivos y de otros grupos convocados por la Organización; documentos de la Dirección de la OPS, y artículos en general de carácter técnico y normativo. Además, se proporcionaron servicios de traducción para las reuniones de los Cuerpos Directivos, las conferencias técnicas y los seminarios patrocinados por la OPS/OMS. Se tradujeron más de 30.000 páginas al español, inglés, portugués y francés.

7.10 Traducción mecánica. El sistema SPANAM cumplió 5 años de servicios de traducción del español al inglés para los usuarios de la Sede de la OPS, los centros fuera de la Sede y la OMS/Ginebra. Al mismo tiempo, el ENGSPAN, un nuevo sistema para traducir del inglés al español, empezó la producción en gran escala en dos grandes proyectos piloto. Ambos sistemas están completamente desarrollados y son propiedad de la OPS.

7.11 En el curso del año el ENGSPAN había producido un total de 641 páginas para publicación. Al mismo tiempo, durante 1984,

el SPANAM continuó demostrando su utilidad y eficacia en función de los costos, produciendo un total de 3.152 páginas correspondientes a 267 trabajos de traducción.

7.12 Los diccionarios del SPANAM y del ENGSPAN fueron ampliándose en acción recíproca con la labor que en materia de terminología lleva a cabo la misma oficina. Al finalizar el año la base de datos del SPANAM y del ENGSPAN tenían 61.240 y 43.825 términos, respectivamente.

Sistemas de información de la OSP

7.13 La oficina encargada de estos sistemas ha sido estructurada en cuatro sectores funcionales: apoyo al usuario, sistemas de computadora, desarrollo de sistemas y proyectos especiales. En 1984 se logró realizar lo siguiente: la transición sin obstáculos a la nueva estructura; estudios sobre los diversos equipos y programas de sistemas optativos para los futuros ambientes operativos; establecimiento de una amplia variedad de normas, incluidas las referentes a la documentación; preparación de un plan integral de adiestramiento de técnicos y usuarios finales; eliminación de un cúmulo de solicitudes pendientes en programación, y modernización de todos los programas básicos instalados en la estructura principal de computación de la OPS. También se estableció una lista de productos aprobados que servirá de base para la compra de equipo de microcomputadoras y se creó un laboratorio de microcomputadoras para ensayar y evaluar nuevos productos, formular aplicaciones y adiestrar a los usuarios.

Información pública

7.14 En 1984 empezó a publicarse un boletín informativo bimestral, *OPS Ahora*, con el propósito de mantener informados a los funcionarios de la Sede y a los destinados fuera de ella acerca de las actividades de la OPS/OMS. La Organización continuó contestando

al creciente número de preguntas formuladas por la prensa y el público acerca de la Organización y su programa. Con el fin de hacer conocer al público lo que significa la OPS/OMS, la Oficina preparó presentaciones de diapositivas y cintas "video" (en español y en inglés) en las que se describe la Organización y sus actividades y diseñó e imprimió en ambos idiomas nuevos folletos y otros impresos con descripciones de la Organización y sus programas. La Oficina coordinó el diseño y publicación de varios folletos especiales con fotografías en colores, entre los cuales figura uno referente al plan de salud de Centro América, "El puente para la paz", y otro sobre la salud del niño en las Américas publicado en celebración del Día Mundial de la Salud. Se distribuyeron en toda América Latina y el Caribe artículos, fotografías en blanco y negro y diapositivas en colores en conmemoración de ese día. En virtud de la colaboración de la OPS y la Asociación Norteamericana para la Salud Mundial se celebraron varios centenares de actos conmemorativos del Día Mundial de la Salud en diversos lugares de los Estados Unidos de América.

Asuntos jurídicos

7.15 La Organización continuó prestando asesoría jurídica para la resolución de problemas específicos planteados por los Gobiernos Miembros. Al respecto se colaboró con el Gobierno de Chile en la solución de un problema de compra de flúor para el programa de prevención de caries. También se cooperó con Guatemala en la definición de las bases de la relación entre el Gobierno, el INCAP y la OPS/OMS. Se iniciaron dos investigaciones relativas al régimen jurídico de producción y comercialización de medicamentos y de la tecnología de aparatos y equipos médicos.

7.16 Durante el año, la Organización firmó siete Convenios Básicos sobre Privilegios e Inmunidades con cada uno de los siguientes países: Argentina, Belice, Guyana, Haití, México, Paraguay y Perú así como un

Addendum al Convenio Básico con Brasil, un Acuerdo Básico de Cooperación Técnica con México, y nueve Acuerdos Generales de Cooperación con otras tantas instituciones. De igual forma, la OPS firmó cinco convenios para el desarrollo de programas de salud ambiental con Bolivia, Colombia (2), Costa Rica y República Dominicana; un convenio con Costa Rica sobre mantenimiento de servicios de salud y otro con Perú sobre tecnología educativa en salud.

7.17 Finalmente, se suscribieron 12 convenios interagenciales entre la Organización y el PNUD (4), UNICEF (3), BID (1), y GTZ (4) para programas conjuntos de cooperación técnica en Colombia, Cuba, los países de Centro América y Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, y dos programas regionales.

7.18 Dentro de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la OPS se estableció un centro de referencia sobre legislación en salud, que contiene también material sobre derecho de la salud. La Unidad colaboró con el Director, las unidades técnicas, las Representaciones de la OPS/OMS en los Países y los Centros Regionales en asuntos legales de administración interna.

Apoyo administrativo

Servicios generales y de conferencias

7.19 **Servicios generales.** En cumplimiento de la decisión de eliminar las Oficinas de Area, los Representantes de la OPS/OMS en Argentina, Guatemala, México, Perú y Venezuela consultaron con los gobiernos las propuestas de los costos de funcionamiento y de locales para las nuevas oficinas en el País. Al mismo tiempo se iniciaron estudios para determinar la futura utilización de las instalaciones de los antiguos locales de las Oficinas de Area, todos los cuales, salvo la oficina de México, son propiedad de la OPS/OMS. De

conformidad con las instrucciones del Comité Ejecutivo de la OPS, se firmó un acuerdo con una empresa de Washington que permitirá a la Organización proseguir todas las gestiones necesarias para la construcción de un nuevo edificio para oficinas en el lugar en que se encuentra el edificio Governor Shepherd y terrenos contiguos. La OPS/OMS examinará luego el proyecto arquitectónico propuesto y realizará un estudio completo de las necesidades de espacio y funcionales de la oficina de Washington.

7.20 **Servicios de conferencias.** El personal de conferencias participó en la organización de 410 reuniones celebradas en la Sede o en otros lugares del hemisferio, convocadas por la Organización o por los Países Miembros. La XXX Reunión del Consejo Directivo y la 92a, 93a y 94a Reuniones del Comité Ejecutivo fueron objeto de considerable atención. La Unidad de Procesamiento Electrónico de Palabras prestó apoyo a las reuniones así como a los departamentos técnicos de la Sede.

Personal

7.21 Durante el período que se examina se llevaron a cabo varias actividades importantes en las áreas de clasificación de puestos, reclutamiento, desarrollo y adiestramiento de personal en respaldo de la política administrativa de descentralización y de conversión de Oficinas de Area a Oficinas de la OPS/OMS en el País y a fin de fortalecer las capacidades administrativas de la Sede y de las Oficinas en el campo.

7.22 La Organización adoptó formalmente la Norma General de la Comisión de Administración Pública Internacional de clasificación de puestos de categoría profesional y superior. Con el fin de implantar esta Norma se realizó una serie de reuniones para informar al personal profesional a nivel ejecutivo y administrativo de supervisión, así como a otro personal profesional.

7.23 Se completó el trabajo necesario para desarrollar un programa de orientación del personal profesional superior ejecutivo, destinado a facilitar la integración del personal que ingresa a la Organización y su reorientación subsiguiente de acuerdo con las necesidades de la Organización.

7.24 Se ha ampliado el uso de convenios especiales de servicio a fin de reclutar expertos nacionales para los proyectos de la OPS/OMS, con el propósito de movilizar la variedad y grado de cooperación posible con recursos nacionales. El término "asesores temporeros" se ha ampliado a fin de que incluya a las personas reclutadas bajo el concepto de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo.

7.25 Igualmente importante fue la institución de un enfoque integrado de gestión del personal en materia de clasificación, reclutamiento, adiestramiento y desarrollo y evaluación del personal de servicios generales de la Sede. La estructura, actualmente en preparación, tiene como fin reclutar personal para el Secretariado que satisfaga plenamente los criterios básicos de eficiencia, competencia e integridad.

7.26 También está en estudio la política de la Organización para evaluar el desempeño de las funciones de su personal, la necesidad de revisar el sistema existente y elaborar un proyecto de diseño.

7.27 Al terminar el año el personal se

componía de 1.165 funcionarios (y 41 contratados a corto plazo), 57% de los cuales estaban asignados al campo. En 1984 el personal permanente de la OPS/OMS disminuyó en un 4%, siguiendo la tendencia observada el año anterior. En 1984 se contrataron 1.570 consultores y asesores temporeros, en comparación con 1.632 en 1983. La proporción de personal femenino de categoría profesional y superior no varió y siguió siendo del 22% en toda la Organización.

Compras

7.28 La Organización adquirió suministros, equipo y servicios auxiliares para la Sede, los proyectos de la OPS/OMS y los Países Miembros, de conformidad con el Programa de Compras Reembolsables y el Programa Ampliado de Inmunización. El total de compras efectuadas por la Organización para los Países Miembros fue de EUA\$3.796.000 para el Programa Ampliado de Inmunización y de EUA\$6.433.500 para otros programas. En esta última suma está incluida la compra de medicamentos por valor de EUA\$1,7 millones. Además de atender el creciente número de solicitudes de compra de fármacos, la Oficina de Compras proporcionó información sobre precios y fuentes de esos productos a los Países Miembros. Las adquisiciones de artículos y servicios para proyectos financiados con fondos de la OPS/OMS sumaron un total de EUA\$11.340.500.

Parte V
Actividades de los Países con la
Cooperación de la OPS/OMS

Capítulo 8. Resumen de las Actividades de Cada País con la Cooperación de la OPS/OMS

8.1 Con base en la información recibida de los países sobre las actividades realizadas en 1984, dentro de la programación conjunta Gobierno/OPS/OMS, se han elaborado los resúmenes individuales que aparecen en este capítulo. En dichos resúmenes se destacan los esfuerzos de cada Gobierno Miembro por solucionar sus problemas prioritarios, en función de los objetivos nacionales y regionales.

8.2 Se ha identificado, además, información básica sobre el estado de salud y la situa-

ción socioeconómica, con el fin de ir desarrollando un perfil simplificado del país.

8.3 También se ha tratado de presentar algunos datos sustantivos sobre la movilización de recursos. Esta información no es exhaustiva, requiere mayor verificación y solo pretende en esta ocasión mostrar la magnitud de los recursos financieros externos que el gobierno ha negociado con instituciones donantes o de préstamo.

Antigua y Barbuda

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	78.000	Porcentaje de niños menores de 1 año. inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	32,6	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	100,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1977	20,4	— poliomielitis	1983	100,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	...	...	— sarampión	...	...
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	95,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	100,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Esperanza de vida al nacer	1983	70,0	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	11,1	Número de camas por 1.000 habitantes	1984	6,9
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,2	Indicadores de Recursos Humanos		
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	...	0,1	Médicos por 10.000 habitantes	1984	4,5
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	8,2	Enfermeras por 10.000 habitantes	1984	16,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	1.979	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1984	19,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	55,0	Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por: enfermedades infecciosas y parasitarias	1978	2,0	Gasto en salud per cápita (EUAS)	1983	184
tumores	1978	16,0	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	6,2
enfermedades del corazón	1978	17,6	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	11,8
accidentes por tránsito de vehículos	1978	—			

... Información no disponible.

— Ninguno.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.4 Se adoptó una política nacional de salud que refleja la aceptación por Antigua y Barbuda de la estrategia de atención primaria de salud como el medio principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Se nombró un planificador de salud destinado al Ministerio de Salud. En 1984 empezó a funcionar el Comité de Planificación en Salud, organizado en 1983, y se es-

pera que a principios de 1985 presentará el correspondiente plan.

8.5 En recursos humanos, enfermeras de categoría superior recibieron orientación acerca de las normas de enfermería en el Caribe, lo que permitió establecer directrices para la evaluación del rendimiento del personal. Se introdujo un curso de enfermería de salud de la comunidad para enfermeras de salud pública, así como enseñanzas durante el servicio en administración para enfermeras jefes de sala en el Hospital Holberton, actividades que siguen en marcha. La Organización prestó apoyo y sirvió de anfitrión en dos talleres subregionales en Antigua, uno sobre

la participación de la comunidad y el otro sobre el desarrollo de sistemas de salud.

8.6 Durante la mayor parte del año, los problemas de la sequía dominaron el programa de salud ambiental; en los meses en que hubo que importar, almacenar y transportar en vehículos el agua, surgieron otras preocupaciones relacionadas con la calidad de este suministro. El Gobierno consideró una propuesta de la OPS/OMS sobre un sistema de alcantarillado para St. John's.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.7 El Comité Nacional de Nutrición, en colaboración con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), preparó una política alimentaria y nutricional para el país. Antigua sigue fomentando la lactancia natural y el mejoramiento de la gestión de procedimientos dietéticos para la diabetes, la hipertensión y la obesidad.

8.8 Está casi terminada la instalación de una nueva sala de pediatría en el Hospital Holberton, que promete mejorar la calidad y el alcance de la atención secundaria en Antigua. El Comité de Salud Maternoinfantil sigue activo y la integración de este campo con la planificación de la familia y la atención primaria de salud sigue avanzando de manera satisfactoria. El FNUAP ha aprobado el financiamiento por un período de 3 años de un nuevo anteproyecto de educación en la vida familiar y planificación de la familia destinado a adolescentes. La OPS/OMS prestó apoyo administrativo y técnico a nuevos proyectos financiados por el FNUAP.

8.9 El Gobierno continuó dedicando atención especial a la vigilancia y control de enfermedades transmisibles. La ejecución del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha sido muy satisfactoria. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) viene colaborando con el Gobierno en el establecimiento y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica

del país y ofreciendo oportunidades al personal de salud para participar en talleres y otras actividades de adiestramiento. Asimismo, se llevó a cabo un taller nacional sobre atención primaria de salud y vigilancia. Antigua y Barbuda recibieron asistencia del Grupo Pan Caribe de Preparativos para Casos de Desastre, con sede en Antigua.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.10 **Cooperación internacional:** OMS/FIPF dieron EUA\$53.000 para un proyecto de población y desarrollo (1983-1986), PMA/FAO, EUA\$79.000 para la alimentación suplementaria de grupos vulnerables (octubre de 1984-diciembre de 1986), y FNUAP, EUA\$14.500 para la educación en la vida familiar/servicios de planificación de la familia para adolescentes (1984).

8.11 **Cooperación bilateral:** La AID/EUA proporcionó EUA\$25.000 para la construcción de una unidad pediátrica hospitalaria, AID/EUA/Banco de Desarrollo del Caribe dieron un fondo fiduciario de EUA\$78.000 para necesidades básicas, y la República de Corea y Venezuela otorgaron EUA\$87.000 y EUA\$30.000, respectivamente, para recogedores de basura.

8.12 **Fundaciones:** La Fundación Mellon proporcionó EUA\$40.000 para un laboratorio y depósito de cadáveres.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.13 **Personal profesional asignado al país:** 2 consultores a tiempo completo, uno en enfermería y otro en estadísticas e información. Un asesor regional y el Grupo Pan Caribe de Preparativos para Casos de Desastre que residen en el país. Funcionarios de la Organización destinados a la Sede y a otros lugares del Caribe, del CAREC, del CFNI y

otros Centros de la OPS ofrecen la mayor parte de la cooperación. Se facilitaron los servicios de consultores para que colaboraran con el Gobierno en sus actividades de desarrollo de sistemas de salud, preparativos en caso de desastre, control de enfermedades, servicios de salud ambiental, nutrición, control antivectorial, salud materno-infantil y salud pública veterinaria.

8.14 **Becas:** 7, en los campos de estadística, atención primaria de salud, análisis de los alimentos, alcoholismo, hepatitis y tecnología de laboratorio. Los fondos aportados por la OPS/OMS ascendieron a EUA\$40.982. El adiestramiento adicional de tres personas del país en administración de salas de hospital (Barbados), nutrición de la comunidad (Barbados) y gestión de laboratorio contó con el apoyo de fondos de la Comunidad Económica Europea (CEE)-Comunidad del Caribe (CARICOM).

Apreciación general y tendencias futuras

8.15 Respondiendo a las privaciones sufridas a causa de la prolongada sequía, el Go-

bierno ha propuesto una ampliación del abastecimiento de agua (con asistencia externa). Se dedicará también atención a las actividades de salud ambiental sobre el terreno, utilizando cuando sea viable las estrategias de atención primaria de salud.

8.16 La observación ulterior de la introducción de las enseñanzas sobre la vida familiar en la Escuela de Magisterio y el fortalecimiento de la enfermería obstétrica y la asistencia neonatal constituyen importantes actividades del programa que han recibido prioridad en 1984.

8.17 A principios de 1985, con el apoyo de la Organización, se procederá a un análisis completo de la situación de la salud, como punto de partida del proceso de gestión. La presencia de funcionarios de la OPS/OMS residentes y la instalación de una oficina de la OPS/OMS en el país garantizarán la continuidad de la cooperación de la Organización, principalmente en lo que concierne a planificación e información.

Antillas y Guayana Francesas

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.18 El análisis epidemiológico a nivel local ha sido un importante objetivo. En cada uno de los departamentos se organizaron seminarios sobre principios de epidemiología para el control de enfermedades, utilizando el curso modular de la OPS/OMS. El primer seminario para adiestrar moderadores fue seguido de cursos multiplicadores. La OPS/OMS adjudicó becas en materia de epidemiología y salud de la comunidad al personal principal de dos departamentos.

8.19 En el programa de intercambio y cooperación científicos entre los departamentos franceses y sus vecinos de la Región, los participantes asistieron a talleres-seminarios subregionales organizados por el CAREC, al Seminario de Salud Pública Veterinaria del Caribe y a un curso sobre supervisión a nivel medio del control de enfermedades diarreicas llevado a cabo en Haití.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.20 En la Guayana Francesa la malaria sigue siendo objeto de especial preocupación. A petición de las autoridades francesas se organizó una reunión fronteriza con Suriname para discutir el problema de la malaria y las estrategias de control en el Río Marowijne. Asistieron a la reunión participantes del Departamento de Salud (incluido personal de

atención primaria de salud) y del Instituto Pasteur. Una microcomputadora facilitada por la OPS/OMS para el registro del cáncer en Martinica entró en su primer año de funcionamiento.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.21 **Personal profesional asignado al país:** Un epidemiólogo de la OPS/OMS visitó cada uno de los departamentos durante 1 semana para dirigir el primer curso de la OPS/OMS sobre principios de epidemiología para el control de enfermedades.

8.22 **Becas:** Se adjudicaron 2, una en epidemiología y la otra en salud de la comunidad.

8.23 **Cursos, seminarios y talleres:** La OPS/OMS proporcionó los módulos (500 juegos) para los tres cursos mencionados y los cursos multiplicadores correspondientes.

Apreciación general y tendencias futuras

8.24 Continuaron las buenas relaciones con los departamentos franceses. Una importante deficiencia encontrada en la prestación de servicios de salud fue la carencia de un banco de información apropiado y la capacidad de interpretar datos a nivel local. Las actitudes en favor de una mejor comprensión de los vecinos regionales y el intercambio de información con ellos siguen siendo satisfactorias.

Antillas Neerlandesas

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1981	232.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1982	85,8 ^b
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1981	17,5	— poliomielitis	1982	85,8 ^b
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1981	5,3	— sarampión	1982	30,0 ^b
			— tuberculosis	—	—
			Porcentaje de población servida con agua potable	1981	81,8 ^b
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1984	100,0 ^b
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1980	72,8 ^a	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	15,8	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	...	...	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	10,4
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	0,8 ^b			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.712	Médicos por 10.000 habitantes	1983	10,8
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	81,2	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	19,4
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	16,5
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUAS)	1982	690 ^b
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	3,6 ^b	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1981	8,5 ^b
tumores	1983	22,7 ^b	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	...	...
enfermedades del corazón	1983	18,5 ^a			
accidentes por tránsito de vehículos	1983	1,8 ^b			

... Información no disponible.

— Ninguno.

^a Unicamente Curazao y Aruba. ^b Unicamente Curazao.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.25 Las Antillas Neerlandesas están formadas por seis islas: Aruba, Bonaire, Curazao, San Eustaquio, San Martín y Saba. El Ministerio de Salud Pública e Higiene Ambiental de las Antillas Neerlandesas tiene a su cargo la atención de salud general de la población de esas islas.

8.26 Las Antillas Neerlandesas cuentan con 35 instalaciones de salud con 2.477

camas para pacientes internos; 50,5% de estas camas se encuentran en hospitales generales, 24,7% corresponden a la atención geriátrica y 18,2% a los servicios psiquiátricos. Las instalaciones hospitalarias de las islas de San Martín, Saba y San Eustaquio han sido examinadas junto con las de Curazao y Bonaire.

8.27 Se propone que en 1986 Aruba se independice de los Países Bajos y por ese motivo la descentralización de los servicios recibe particular atención. Varios consultores de la OPS/OMS han ofrecido asesoramiento técnico sobre los aspectos administrativos de las primeras etapas de la descentralización. Un componente decisivo en esta empresa

será el establecimiento de un sistema de información en materia de salud. Las repercusiones legales de la descentralización revisten también considerable importancia.

8.28 El Ministerio de Educación se ha abocado al estudio de las necesidades totales de personal en las Antillas Neerlandesas y el Ministerio de Salud está preparando una evaluación de los requerimientos relativos al personal de salud. Al mismo tiempo, se están elaborando las normas y requisitos legales para todas las categorías de personal.

8.29 En materia de salud ambiental se tienen en cuenta sobre todo las siguientes cuestiones: el mejoramiento de la cantidad y calidad del agua potable suministrada, control de la eliminación de desechos sólidos, control de la contaminación del mar con petróleo, control de la contaminación del aire y control de los peligros de las radiaciones. El programa está destinado a prevenir la contaminación del mar, la tierra y el aire.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.30 El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha continuado recibiendo considerable atención. Sin embargo, por ahora no se ha adelantado ninguna decisión acerca de la posibilidad de unirse al Fondo Rotatorio de la OPS/OMS. Un pequeño brote de tos ferina dio lugar a que se discutiera la ejecución del programa nacional.

8.31 La salud ocupacional constituye un área prioritaria, principalmente en lo que respecta al personal que trabaja en las grandes instalaciones de la industria petroquímica de Aruba y Curazao, en el dique seco de esta última isla y en las líneas aéreas. En cuanto a la atención de la salud mental, las hospitalizaciones corresponden sobre todo a casos de esquizofrenia, otras psicosis y trastornos de la personalidad. En todas las islas, el consumo excesivo de alcohol plantea un problema, mientras que el uso de narcóticos tiende a

concentrarse principalmente en San Martín, Aruba y Curazao. El dengue y la fiebre amarilla siguen siendo una amenaza para las Antillas Neerlandesas debido a la presencia de *Aedes aegypti*, el mosquito vector. Sin embargo, en 1984 no se notificó ningún caso de estas dos enfermedades. La OPS/OMS colaboró en la evaluación de los programas de control de *Aedes aegypti* en San Eustaquio, Bonaire, San Martín y Saba. Asimismo, se obtuvo vacuna antiamarílica para las autoridades de Curazao.

8.32 Las autoridades de salud de las islas procuran especialmente evitar la importación de la rabia. En 1984 no se registraron casos de fiebre aftosa. Las autoridades de salud, con la colaboración de la OPS/OMS, llevaron a cabo en octubre una evaluación del programa de control de roedores.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.33 **Personal profesional asignado al país:** No hay ningún funcionario de la OPS/OMS destinado a las Antillas Neerlandesas. La Oficina de la Organización en Caracas es la Oficina en el País encargada de presentar el programa de cooperación de la OPS/OMS.

8.34 **Asesores regionales e interpaíses:** 5, por 35 días, en materia de planificación de salud, sistemas de información, *Aedes aegypti*, control de roedores y riesgos de las radiaciones.

8.35 **Consultores a corto plazo (STC):** 2, por 60 días, en el campo de la arquitectura hospitalaria y de la salud pública veterinaria.

8.36 **Cursos, seminarios y talleres:** La OPS/OMS ofreció adiestramiento en el servicio al personal del Ministerio de Salud e Higiene Ambiental de las Antillas Neerlandesas, así como al personal del Laboratorio de Salud Pública Veterinaria de Aruba. No se adjudicaron becas al personal de salud de las Antillas Neerlandesas.

Apreciación general y tendencias futuras

8.37 La disminución del turismo y la reducción del suministro de petróleo a las refinerías de Aruba y Curazao han afectado seriamente la economía de las Antillas Neerlandesas. El descenso continuo de los ingresos provenientes del petróleo y la posibilidad de que la refinería de Aruba deje de funcionar preocupa a los habitantes de las islas. Como resultado, se ha previsto un aumento de la demanda de cooperación externa, a pesar de la asistencia adicional que se espera de Holanda.

8.38 En 1984 comenzaron los signos de inestabilidad política y en septiembre, se produjo un cambio de gobierno debido a la reorganización de la coalición parlamentaria que rige las islas. Hay indicios de que Aruba abandonará el grupo de las seis islas y se independizará en 1986. Por consiguiente, la descentralización de los servicios de salud seguirá siendo un campo de considerable interés para las autoridades locales.

8.39 Se prevé que en 1985 contarán con la colaboración de la OPS/OMS los siguientes programas principales: desarrollo de los servicios de salud, salud ambiental y salud pública veterinaria.

Argentina

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	30.097.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	83,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	62,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	23,4	— poliomielitis	1983	91,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1981	8,4	— sarampión	1983	60,0
			— tuberculosis	1983	61,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1980	69,0 ^b
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1980	79,2
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1980	6,2 ^c
Esperanza de vida al nacer	1980-85	69,7 ^a	Número de egresos por 100 habitantes	1980	6,6 ^c
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	30,1	Número de camas por 1.000 habitantes	1980	5,4
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1981	0,7			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1981	1,5	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1980	24,8 ^d
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	3.380	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	5,8 ^d
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	112,7	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	8,9 ^d
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	4,0	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
tumores	1980	16,7	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	EUA\$2.972
enfermedades del corazón	1980	45,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1984	3,0
accidentes por tránsito de vehículos	1980	1,5			

... Información no disponible.

^a Edad para los hombres, 65,4; para mujeres, 72,1. ^b Población urbana; población rural, 17%. ^c Área metropolitana de Buenos Aires. ^d No incluye personal que trabaja sólo a nivel de consultorio individual.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.40 El Gobierno adoptó en 1984 una política general de salud que centraliza en el Ministerio de Salud y Acción Social la conducción global de las actividades del sector, incluida la integración de los programas de salud y las prioridades sociales como alimentación, vivienda, desarrollo comunitario y atención de situaciones de emergencia.

Para instrumentar dicha política se reestructuró el Ministerio, se definieron áreas prioritarias de trabajo y se promovió una mejor coordinación con las provincias y territorios a través del Consejo Federal de Salud (CONFESA). Para configurar dentro de un sistema los subsectores público y privado y las obras sociales, se ha formulado un anteproyecto del Seguro Nacional de Salud, que considera la articulación de la capacidad instalada de las obras sociales, los sistemas del sector privado y los de pago previo, a fin de ofrecer una mejor cobertura de servicios. Como parte de este esquema se está realizando un estudio

de la capacidad operativa por jurisdicción político-administrativa y por áreas de conocimiento, para definir las necesidades en materia de recursos humanos, así como de cooperación técnica entre el gobierno central y provincial y entre provincias. Además se ha estimulado una mejor coordinación de los sistemas de información de la Secretaría de Salud, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Obras Sociales. En materia de reforma administrativa y desarrollo institucional se formuló un programa conjunto de adiestramiento en el que participaron la Secretaría de Salud y la Universidad de Buenos Aires (Escuela de Salud Pública y Facultad de Economía). También se preparó y puso en marcha un estudio sobre financiamiento y gastos del sector salud—insumo indispensable para la instrumentación del Plan Nacional de Salud y el proyecto del Seguro Nacional de Salud.

8.41 En lo relativo al desarrollo de recursos humanos se dio énfasis al desarrollo de cursos y seminarios provinciales para personal en servicio. Dentro del nuevo enfoque de mecanismos académicos y estructura administrativa de las universidades, los decanos de medicina y odontología de nueve universidades, así como las directoras de escuelas de enfermería, examinaron la estructura curricular, los procesos de enseñanza-aprendizaje y los medios instrumentales para ajustarlos a dicho enfoque. Se ha incrementado el programa de libros de texto como consecuencia de una mayor difusión de los propósitos del programa y el mejoramiento de la accesibilidad de los libros a los beneficiarios.

8.42 En el área de la salud ambiental sobresalen las actividades siguientes: el desarrollo de tecnología sobre tratamiento de aguas residuales (Universidad del Centro, Servicio Nacional de Agua Potable y CEPIS); reequipamiento para programas de higiene en el trabajo y radiofísica sanitaria, y realización de cursos sobre saneamiento básico rural, limpieza urbana, gestión de residuos sólidos y radiofísica sanitaria.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.43 Dentro de las políticas, prioridades y grupos considerados vulnerables, los servicios nacionales, provinciales y municipales de salud han intensificado las prestaciones en los programas de salud maternoinfantil, control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, Programa Ampliado de Inmunización, problemas cardiovasculares, salud del trabajador y de la tercera edad. Se desarrolló un curso de salud maternoinfantil y se inició una investigación sobre la prestación de servicios para el mismo grupo.

8.44 El Congreso Nacional dictó las leyes para el Plan Alimentario Nacional (PAN) y el Fondo de Ayuda de Medicamentos (FAM), mediante proyectos formulados por el Ministerio de Salud y Acción Social y sancionados por el Poder Ejecutivo. Los dos instrumentos tienden a solucionar problemas apremiantes de la población con carencia nutricional y accesibilidad a medicamentos.

8.45 En el campo de la epidemiología se ha integrado un grupo de trabajo dirigido por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Escuela de Salud Pública que labora tanto en vigilancia, como en programas de servicios, docencia e investigaciones. En lo concerniente a enfermedades no transmisibles prosiguieron los estudios sobre hipertensión arterial, con énfasis en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

8.46 En materia de utilización de laboratorios debe citarse la relevación de los Institutos dependientes de la Subsecretaría de Programas de Salud y el programa de control de alimentos, con la participación de CEPANZO.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.47 **Cooperación internacional:** PNUD proporcionó EUA\$22.000 para el desarrollo

de una vacuna contra la fiebre hemorrágica, y el *BID* EUA\$7 millones para el control de la lepra, enfermedad de Chagas y malaria en zonas rurales.

8.48 Cooperación bilateral: Los Gobiernos de Alemania, Holanda, Italia y Japón proporcionan becas para el sector salud sin fondos específicos. Alrededor de 208 fundaciones privadas invierten aproximadamente EUA\$2 millones en actividades de prevención y control de enfermedades y en asistencia médica.

8.49 Fundaciones: La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$300.000 para el desarrollo de recursos físicos y EUA\$50.000 para el programa materno-infantil.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.50 Personal profesional asignado al país: 4, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País, y asesores en sistemas de salud, servicios de laboratorio e ingeniería sanitaria.

8.51 Asesores regionales e interpaíses: 3 asesores, por un total de 510 días, en epidemiología, enfermería y sistemas de información y 54 regionales, interpaís y de Centros por 192 días de asesoría en: epidemiología, enfermería, sistemas de información, rehabilitación, salud materno-infantil, cáncer, ingeniería sanitaria, infecciones respiratorias virales y bacterianas, educación médica, planificación y medicamentos.

8.52 Consultores a corto plazo (STC): 134, por un total de 694 días en: servicios de enfermería, salud mental, atención médica, sistemas de salud, nutrición, salud materno-infantil, medicamentos, epidemiología, enfermedades crónicas, Programa Ampliado de Inmunización, farmacología, servicios de laboratorio, investigación en salud, ingeniería sanitaria, arquitectura hospitalaria, terapia ocupacional, sistemas de información, legisla-

ción sanitaria, neonatología, odontología, administración de los servicios de salud y salud animal.

8.53 Becas: 47, por un total de 33 meses, para estudios en el extranjero en: salud materno-infantil, cáncer, epidemiología, bibliotecología médica, laboratorio, veterinaria y física médica. Costo total: EUA\$46.775. Asimismo, 88 becarios de otros países llegaron a Argentina para cursar estudios en diversos campos relacionados con la salud.

8.54 Cursos, seminarios y talleres: 34 talleres y seminarios, con 476 participantes, sobre: sistemas de información, planificación, atención primaria, odontología, epidemiología, salud laboral, ingeniería sanitaria, salud mental, comunicaciones humanas, salud materno-infantil y enfermedades crónicas; 10 cursos en bacteriología de la tuberculosis, saneamiento ambiental, planificación, administración de los servicios de salud y sistemas de información. La participación económica de la OPS/OMS en estas acciones fue de EUA\$183.747.

Apreciación general y tendencias futuras

8.55 Durante el año el Gobierno otorgó prioridad especial a los programas de salud dirigidos a las poblaciones más necesitadas. Lamentablemente, las restricciones económicas no han permitido concretar con mayor profundidad la voluntad política.

8.56 El sistema de salud tiene una coyuntura favorable para su coordinación e integración con el fortalecimiento del Ministerio de Salud y Acción Social que le permite asegurar una efectiva conducción del sector. Los grados de libertad del Gobierno para regular la asignación de recursos y poder efectuar redistribuciones acordes con las prioridades no son muchas, pero el mecanismo de concertación social y la propuesta de un Seguro Nacional de Salud pueden ser mecanis-

mos idóneos para gobernar la crisis. Al respecto se prevé que en un corto plazo se logrará el fortalecimiento del Ministerio de Salud y Acción Social, lo que le permitirá asumir la función de orientar la política nacional de salud. El proyecto del Seguro Nacional de Salud contribuiría a desencadenar nuevas situaciones renovadoras. La formulación de políticas nacionales de corto y mediano plazo (que coincidan con el período constitucional del Gobierno), basadas en la plataforma elec-

toral, y la formulación y ejecución de los respectivos programas le conferirán consistencia y credibilidad al sector salud.

8.57 La demanda de cooperación técnica crecerá sensiblemente, como ya se observó en los últimos meses de 1984. Los pedidos de asesoría y las solicitudes de cooperación en capacitación, investigación, y distribución y producción de material de instrucción, se orientarán hacia la formulación de proyectos y el desarrollo de estudios.

Bahamas

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	226.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	75,3	— difteria-tos ferina-létano (vacuna triple)	1983	65,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	24,3	— poliomielitis	1983	65,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	5,5	— sarampión	1983	67,0
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	...	...
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	...	...
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	2,5 ^a
Esperanza de vida al nacer	1980	69,3	Número de egresos por 100 habitantes	1983	11,6
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980	24,7	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	4,3
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,8			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	1,0	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1983	9,8
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.200	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	42,9
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	62,2	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	7,9
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	1,6	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	207
tumores	1982	20,1	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1982	5,9
enfermedades del corazón	1982	15,9	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982	14,7
accidentes por tránsito de vehículos	1982	3,7			

... Información no disponible.

^a Incluye clínicas de salud primaria y de práctica general, accidente y emergencia y especialidades.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.58 En 1984 figuraron entre las prioridades el desarrollo y fortalecimiento de la estructura administrativa para su funcionamiento eficaz dentro del marco de los ajustes de política en evolución, incluida la descentralización del sistema de servicios de atención de la salud. El documento de política sanitaria es objeto de revisión como requisito previo al desarrollo de un plan de salud formulado por escrito. Simultáneamente se está reforzando

el sistema de información de salud. Se han iniciado deliberaciones internacionales para determinar los posibles métodos de financiación en el sector salud; una de las posibilidades que se está considerando es alguna forma de seguro de enfermedad, quizás en escala nacional.

8.59 En recursos humanos, con fondos nacionales y de la OPS/OMS continuó la capacitación de personal de salud a un ritmo acelerado, mediante becas, asistencia a seminarios, talleres en el extranjero y enseñanzas en el interior del país. Importantes campos de adiestramiento fueron la bioestadística, la salud pública dental, la nutrición, la gestión en casos de desastre, la oncología, la

salud ambiental, el desarrollo y gestión de sistemas de salud (incluida la gestión de suministros) y el control de las enfermedades transmisibles.

8.60 En salud ambiental, durante el período que abarca este informe, la eliminación y gestión de desechos sólidos se deterioró hasta llegar a niveles insatisfactorios, lo que se ha atribuido al movimiento de personal, problemas de equipo y competencia del personal y a una mayor generación de desechos sólidos dimanada del aumento del turismo. La Organización ofreció asistencia inmediata a corto plazo. El Gobierno también actuó rápidamente con respecto al mejoramiento del equipo y la identificación del personal que requería más capacitación. Al regreso de un analista gubernamental capacitado se renovaron notablemente las actividades de salud ocupacional. Se espera que ello contribuirá a perfeccionar los servicios del laboratorio gubernamental así como a estimular un renovado aporte del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO—México).

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.61 Se está concediendo importancia creciente al desarrollo de una política de nutrición, empezando por un sistema de vigilancia nutricional con el aporte técnico del CFNI. La formación de personal en materia de control de las enfermedades transmisibles sigue siendo una actividad importante y eficaz del programa general de la OPS/OMS de cooperación técnica. Las enseñanzas se ofrecen mediante numerosos cursos y talleres en la sede del CAREC en Trinidad, así como en el seno de los países.

8.62 En 1984 surgió un problema de alcance nacional de uso indebido de drogas, que dio lugar a la creación de un grupo de trabajo nacional sobre esta cuestión.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.63 **Personal profesional asignado al país:** 2 a saber, un Coordinador del Programa de la OPS/OMS y un estadístico.

8.64 **Asesores regionales e interpaíses:** Además de los funcionarios residentes de la OPS/OMS, otros asesores destinados a diversos lugares del Caribe y a la Sede, el CAREC y el CFNI ofrecieron asistencia en prevención y control de enfermedades, salud ambiental, nutrición, enseñanza de enfermería, salud pública veterinaria, enfermedades de transmisión sexual, uso indebido de drogas, desarrollo de sistemas de salud, recursos humanos y oncología.

8.65 **Consultores a corto plazo (STC):** 6, por 127 días, en enfermedades de transmisión sexual, salud ambiental, oncología y legislación sanitaria.

8.66 **Becas:** 7, en administración de servicios de salud, nutrición de la comunidad, salud ambiental, gestión de situaciones de desastre, registros médicos, gestión de laboratorios y control de enfermedades transmisibles, a un costo estimado de EUA\$34.000.

Apreciación general y tendencias futuras

8.67 Todos los niveles de la OPS/OMS respondieron inmediatamente cuando se necesitó su cooperación. Un ejemplo a este respecto es el caso del problema de la eliminación y gestión de desechos sólidos, a cuya solución contribuyeron las consultas oportunas con la OPS/OMS. Con el estadístico a tiempo completo de la OPS/OMS, asignado a fines de 1983, y la inminente adición de un bioestadístico nacional capacitado para dirigir la Unidad de Información de Salud, la cooperación internacional será aún más efi-

caz. El desarrollo de un plan de salud requerirá aportes técnicos de la OPS/OMS, así como recursos subregionales y posiblemente regionales. Tal vez se necesiten también recursos de la Organización a diversos niveles para ayudar al Gobierno en relación

con el uso indebido de drogas. Se están definiendo los requisitos previos para establecer un registro del cáncer; sin embargo, se necesitará una mayor aportación técnica de la OPS/OMS, incluido un taller que habrá de llevarse a cabo en el segundo trimestre de 1985.

Barbados

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	251.800	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	39,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	73,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	17,9	— poliomielitis	1983	66,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	7,9	— sarampión	1983	66,0
			— tuberculosis	...	...^a
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	100,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	90,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	3,0
Esperanza de vida al nacer	1983	69,8	Número de egresos por 100 habitantes	1983	8,3
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	24,5	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	8,0
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	...	...	
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	0,5	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1983	8,5
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	3.020	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	30,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	86,3	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	12,0
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	310,7
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	2,3	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	4,0
tumores	1982	17,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	15,1
enfermedades del corazón	1982	20,5			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	1,1			

... Información no disponible.

^a No se da normalmente a niños menores de 1 año.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.68 Como parte de un plan nacional de desarrollo, el país ha elaborado el correspondiente al sector salud con la meta primordial de establecer un servicio nacional de salud, cuya primera fase—el Servicio de Medicamentos de Barbados—ya se encuentra en marcha. Actualmente se está introduciendo la fase siguiente, consistente en el establecimiento de servicios de médicos generales para los grupos de edades mayores de 65 años y

menores de 5. El Servicio de Medicamentos de Barbados y el Hospital Mental son Centros Colaboradores de la OMS. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) financia actualmente proyectos para introducir mejoras en el Hospital Queen Elizabeth y la OPS/OMS aporta la cooperación técnica en esta empresa. La Organización ha seguido prestando apoyo a la administración de determinados servicios de enfermería y a la organización de actividades relacionadas con la atención de la salud.

8.69 En recursos humanos, la OPS/OMS prestó su apoyo a un curso de 6 semanas para estudiantes de salud pública y actuó de examinador externo en el Colegio

Universitario de la Comunidad de Barbados; asistieron al curso 16 estudiantes.

8.70 En salud ambiental, continuó el fortalecimiento de las dependencias de abastecimiento de agua y saneamiento dentro del programa nacional de salud ambiental. En cuanto a la administración de la Dirección de Abastecimiento de Agua, se dio énfasis a los sistemas de computación de los registros de agua y alcantarillado, mientras parte del personal de la Unidad de Ingeniería Sanitaria recibía adiestramiento profesional en el extranjero. Se llevaron a cabo investigaciones preliminares sobre los aspectos de la salud ambiental afectadas por el turismo y se estudiaron procedimientos de control de las construcciones. En un esfuerzo por desarrollar el programa de salud y protección ocupacional, se realizaron actividades especiales de adiestramiento y sensibilización.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.71 El programa nacional de planificación de la familia ya se halla en proceso de desarrollo. También se ha llevado a cabo un programa de capacitación de enfermeras y maestros en materia de educación para la vida familiar y planificación de la familia.

8.72 Con el apoyo del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el Comité Nacional de Alimentación y Nutrición preparó una propuesta de política alimentaria y nutricional para Barbados. En las actividades de prevención y control de enfermedades continuó recibiendo particular atención el Programa Ampliado de Inmunización. En cuanto a las enfermedades no transmisibles, se insiste especialmente en la hipertensión, diabetes y cáncer, así como en la prevención del alcoholismo y de los accidentes de tránsito.

8.73 Durante una reunión de funcionarios gubernamentales y de la OPS/OMS, celebrada en Bridgetown, se examinó el establecimiento de mejores relaciones y funciones

entre los Ministerios de Agricultura y Salud para la protección alimentaria.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.74 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Barbados encabeza las gestiones de CTPD con los territorios del Caribe oriental.

8.75 **Cooperación internacional:** El UNICEF asistió en programas de investigaciones en materia de atención del niño; y el BID proporcionó EUA\$190.000 para la construcción de locales para la atención de salud (1984-1989), ampliación del sistema de alcantarillado y para un programa de pequeños proyectos.

8.76 **Cooperación bilateral:** Se recibió asistencia para el desarrollo y gestión en materia de salud de la AID/EUA, de la *Universidad de las Indias Occidentales* y de la *Asociación Americana de Salud Pública*. También se recibió asistencia de la AID/EUA para mantenimiento de equipo, de la *Fundación Internacional de Planificación Familiar* para servicios de planificación de la familia, y de la *Comunidad Económica Europea* para la construcción de un centro de desarrollo del niño (1984-1985).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.77 **Personal profesional asignado al país:** 10, incluido el Coordinador del Programa del Caribe, quien es al mismo tiempo Representante de la OPS/OMS en el País para Barbados, oficiales médicos, un científico, un ingeniero sanitario, una enfermera, educadores sanitarios, un oficial técnico y un oficial administrativo.

8.78 **Consultores a corto plazo (STC):** 5, en aspectos de salud ambiental del turismo,

control de las construcciones, salud y protección ocupacional y empleo de la computadora para los registros de agua y alcantarillado.

8.79 **Becas:** 26, en gestión de laboratorios, control vectorial, procesamiento de carne, medicina geriátrica, protección y salud ocupacional, administración de salud pública, farmacia, atención primaria de salud, nutrición de la comunidad, enseñanza de enfermería, alcoholismo, higiene industrial, sistemas de gestión, servicios auxiliares dentales, tuberculosis, salud pública veterinaria, administración de enfermería y ciencias de la salud. El costo de las becas fue de EUA\$104.750.

8.80 **Cursos, seminarios y talleres:** 4, en aspectos de la salud ambiental afectados por el turismo, salud y protección ocupacional y planificación de la gestión de desechos sólidos en el Caribe.

8.81 **Subvenciones:** Se otorgaron por valor de EUA\$5.000 para una encuesta sobre las necesidades de salud de los ancianos y EUA\$15.000 para el estudio del uso de fármacos en el país.

Apreciación general y tendencias futuras

8.82 Barbados endosa plenamente la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud. La OPS/OMS continuará apoyando los esfuerzos del Gobierno en favor de

la ampliación de los servicios nacionales de salud. Una necesidad urgente y primordial es la de reorganizar el nivel central del Ministerio. Si bien se celebran reuniones semanales entre las autoridades de salud y funcionarios de la OPS/OMS, se requiere un diálogo más sistemático sobre el desarrollo de la infraestructura y programas.

8.83 La reciente introducción de la planificación de la familia y de la educación en la vida familiar, en el seno de los Ministerios de Salud y Educación, exige una continua observación ulterior y el apoyo a esas áreas cuando el Gobierno lo solicite.

8.84 No solo en Barbados, sino en todo el Caribe es menester desarrollar medios legislativos y prácticos para mejorar la organización y la coordinación de los Ministerios de Salud y de Agricultura a fin de velar por el suministro de alimentos libres de riesgos y sanos, especialmente los cárnicos. Todo lo que se haga en este sentido se considera de importancia decisiva en Barbados y Jamaica.

8.85 En relación con la salud ambiental, las autoridades encauzaron la cooperación de la OPS/OMS hacia el fortalecimiento de los recursos y gestión institucionales. Las actividades del programa tradicional fueron objeto de estudio y se exploraron nuevas áreas programáticas posibles con miras a lograr un equilibrio entre las dos. Este enfoque probablemente ha de mantenerse, especialmente porque Barbados se utilizará cada vez como país "donante" para conseguir la CTPD en el Caribe oriental.

Belice

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	157.600	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	50,0	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1982	61,2
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	38,6	—poliomielitis	1982	65,2
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	4,2	—sarampión	1982	50,7
			—tuberculosis	1982	84,9
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	70,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	70,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	1,9
Esperanza de vida al nacer	1983	70,0	Número de egresos por 100 habitantes	1983	10,3
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1984	20,0	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	2,5
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,68			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	1,4	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1983	5,1
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.714	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	17,2
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	67,7	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	7,0
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	30,0
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	8,8	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	3,0
tumores	1982	7,6	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	10,0
enfermedades del corazón	1982	21,2			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	1,7			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.86 Se terminó la formulación del Plan Quinquenal Nacional de Salud y está en consideración para ser distribuido en su versión final. Se formularon proyectos concretos para el desarrollo de la infraestructura de salud, a base de los objetivos generales y estrategias identificados en el Plan. Se reforzaron las posibilidades de planificación a nivel ministerial central y, mediante talleres nacionales de adiestramiento, se desarrollaron las aptitudes

de programación y supervisión de administradores de nivel mediano. El Gobierno está institucionalizando los mecanismos para lograr una planificación integrada y el desarrollo del sector público—incluida la salud, educación, agricultura y desarrollo económico—a nivel central y periférico.

8.87 Con el objeto de reforzar y extender los servicios de atención primaria de salud (APS), se estableció una estrategia a largo plazo. Con este propósito se procedió a la evaluación del proyecto piloto de APS del Distrito de Toledo, y las propuestas de proyectos específicos para mejorar la infraestructura de atención de la salud y los servicios de apoyo se encauzaron a través de la OPS para

el financiamiento externo. El Gobierno espera ampliar el programa de APS en los próximos 5 años, utilizando trabajadores de salud de la comunidad a nivel de aldea.

8.88 En relación con los recursos humanos, se organizó un taller de una semana para funcionarios principales del Ministerio de Salud, Trabajo y Deportes y representantes del Ministerio de Educación y el Colegio Universitario de Artes, Ciencias y Tecnología con el fin de formular políticas y estrategias para la planificación y formación de personal de salud. Este taller fue ofrecido conjuntamente con la Sección de Salud de CARICOM. La Escuela de Enfermería de Belice revisó su currícula de enseñanza profesional, práctica y de enfermería obstétrica.

8.89 En el campo de la salud ambiental, el Ministerio de Salud, Trabajo y Deportes realizó un estudio de la legislación existente a ese respecto. Asimismo, se está colaborando en el desarrollo de un programa local de capacitación de funcionarios de salud ambiental. Mediante el adiestramiento de personal y la actualización de las disposiciones legislativas se está fortaleciendo el programa de saneamiento alimentario. En virtud de recientes acuerdos con AID/EUA, UNICEF, CAREC y el Gobierno de Canadá se obtendrá el financiamiento necesario para llevar a la práctica los proyectos rurales de abastecimiento de agua y de saneamiento preparados en 1983.

Fomento de la salud y control de las enfermedades

8.90 Se preparó un informe actualizado de la situación de la alimentación y nutrición en Belice, así como propuestas de proyectos para el financiamiento externo del establecimiento de un servicio de nutrición y un programa de vigilancia nutricional. El Ministerio de Salud, Trabajo y Deportes ha introducido el uso de la tabla de crecimiento en todos los centros de salud y está preparando, con el apoyo de UNICEF y el CFNI, una encuesta nacional de los niveles de hemoglobina en las

mujeres gestantes. En 1984 comenzó un proyecto trienal financiado por el FNUAP de salud maternoinfantil y planificación de la familia, con una evaluación de la eficacia de los programas en el primero de estos campos en centros de salud y hospitales. Esta evaluación sirvió de base para ajustar los programas y procedimientos e identificar las necesidades prioritarias de instalaciones y equipo. El Ministerio de Salud, Trabajo y Deportes viene desarrollando un programa para ofrecer servicios de rehabilitación integrantes de la comunidad. Se evaluaron los programas de salud oral y el personal de programas locales recibió adiestramiento.

8.91 En epidemiología, el CAREC prestó apoyo al desarrollo de un programa de vigilancia epidemiológica, incluida la asistencia técnica *in situ* en la investigación de un brote de hepatitis. Se llevó a cabo una extensa evaluación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), y se aprobó una propuesta de proyecto para reforzar las actividades de ese programa con fondos del Club Rotario Internacional. En 1984 continuaba mejorando la cobertura del PAI. El Ministerio de Salud, Trabajo y Deportes ha perfeccionado la vigilancia y supervisión de las actividades del PAI a nivel de distrito y nacional. El UNICEF y la OPS/OMS proporcionaron equipo de la cadena de frío para el programa. Todas las vacunas del PAI fueron obtenidas a través del Fondo Rotatorio regional.

8.92 Gracias a las actividades intensivas del programa de malaria en 1983 se ha detenido el deterioro progresivo de la situación observado en años recientes. El porcentaje de aumento en 1984 fue menor que el registrado en el período anterior. Por primera vez en muchos años, las operaciones de rociamiento lograron una cobertura del 100% de las viviendas situadas en las zonas en fase de ataque en ambos ciclos del rociamiento. La OPS/OMS también prestó apoyo a una evaluación entomológica en escala nacional y en la preparación de un plan de operaciones en el que se basará un proyecto financiado por la AID/EUA de erradicación de la malaria. Este

programa, de un costo de EUA\$500.000, proporcionará suministros, equipo, adiestramiento, asistencia técnica e instalaciones para reforzar el programa de control de la malaria en los próximos 3 años.

8.93 El programa de control de tuberculosis fue objeto de evaluación, y se formularon recomendaciones concretas acerca de su organización. En 1984 se registraron menos casos que en el año anterior. Sin embargo, el control y tratamiento de casos a nivel de distrito siguieron siendo deficientes.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.94 En 1984, investigadores locales iniciaron o terminaron cinco actividades nacionales de investigación con el apoyo técnico o material de la OPS/OMS: una encuesta sobre morbilidad infantil; encuesta CAP (conocimiento, aptitud y práctica) sobre fecundidad y cuestiones afines; participación de la comunidad en dos proyectos de salud; malaria y migración, y actitudes y prácticas étnicas con respecto a las enfermedades diarreicas.

8.95 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Los Gobiernos de México y Belice firmaron un acuerdo de cooperación técnica con el propósito de mejorar las condiciones de salud en la zona fronteriza común. Se solicitó el apoyo de la OPS/OMS para llevar a la práctica el acuerdo. México ofrecerá asistencia técnica para el control antivectorial y malárico, salud materno-infantil y educación sanitaria, así como para el adiestramiento de personal de salud en diversas disciplinas. También, a petición del Ministerio de Salud, la OPS/OMS viene facilitando la cooperación del Gobierno del Brasil en forma de asistencia técnica y financiera a Belice para la construcción de hospitales.

8.96 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$600.000 para el proyecto rural de abastecimiento de agua y

saneamiento del distrito de Toledo, EUA\$200.000 para la escuela de educación para la salud y EUA\$15.000 para el proyecto de Cayo para la atención primaria de salud; y FNUAP contribuyó con EUA\$190.000 para los servicios de salud materno-infantil y planificación de la familia.

8.97 **Cooperación bilateral:** La AID/EUA asignó EUA\$500.000 para el programa de malaria y *Aedes aegypti* y EUA\$300.000 para los proyectos rurales de Belice/Cayo de abastecimiento de agua y saneamiento; y la *Administración de Desarrollo de Ultramar de Gran Bretaña* donó EUA\$150.000 para la renovación de equipo hospitalario y de centros de salud y EUA\$100.000 para la renovación de centros de salud.

8.98 **Organizaciones no gubernamentales y fundaciones:** el *Proyecto Concern Internacional* donó EUA\$100.000 para el proyecto de APS para Toledo; y el *Club Rotario Internacional* dio EUA\$50.000 para el fortalecimiento del PAI.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.99 **Personal profesional asignado al país:** El Representante de la OPS/OMS en el País.

8.100 **Asesores regionales e interpaíses:** 22 por 372 días, en los siguientes campos: atención primaria de salud e infraestructura de los servicios de salud, nutrición, salud materno-infantil, enfermedades diarreicas, epidemiología, inmunización, entomología y lucha antivectorial.

8.101 **Consultores a corto plazo (STC):** 15, por 314 días, en los siguientes campos: planificación de salud, enseñanza de la enfermería, salud ambiental, metodología de la investigación, salud mental, salud oral, inmunización, salud materno-infantil, legislación sanitaria, tuberculosis, malaria y enfermedades de transmisión sexual.

8.102 **Becas:** 20, en las siguientes materias de estudio: atención primaria de salud, administración de enfermería, investigaciones de salud, medicina clínica, nutrición, servicios dentales auxiliares, gestión de laboratorios, saneamiento alimentario y control vectorial. La aportación de la OPS/OMS ascendió a EUA\$100.000.

8.103 **Cursos, seminarios y talleres:** 8, con 280 participantes y una contribución de la OPS/OMS de EUA\$126.000 en los siguientes campos: supervisión de la lucha contra las enfermedades diarreicas, planificación del personal de salud, servicios para los impedidos, colaboradores voluntarios para el control de la malaria, microscopistas especializados en malaria y clasificación internacional de enfermedades.

Apreciación general y tendencias futuras

8.104 La participación de la OPS/OMS en el desarrollo del sector salud en Belice ha ido en aumento, contribuyendo de manera

significativa a mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Aumentaron las áreas de cooperación técnica, y nuevos campos, como la salud mental, salud oral, educación sanitaria, servicios para los impedidos, investigaciones sobre salud, adiestramiento en materias afines a la salud y otros aspectos, los cuales exigen el apoyo de la Organización. Es preciso fortalecer los esfuerzos actuales e introducir y desarrollar metodologías racionales de planificación y programación, dentro de los límites de la dedicación del Gobierno a la estrategia de atención primaria de salud. Sigue siendo importante el apoyo a la formación de dirigentes y administradores bien preparados en materia de salud, así como el compromiso del país a conseguir una mayor autosuficiencia en lo que concierne a recursos humanos.

8.105 Por último, a medida que otros organismos empiezan a facilitar más asistencia material y técnica para el desarrollo del sector salud en Belice, aumenta la necesidad de obtener una coordinación interagencial para evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos y aligerar la carga que pesa sobre las autoridades gubernamentales.

Bolivia

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	6.253.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1984	46,8	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	16,6
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980-85	44,0	— poliomielitis	1984	80,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980-85	15,9	— sarampión	1984	62,0
			— tuberculosis	1983	46,4
			Porcentaje de población servida con agua potable	1980	36,0
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1980	18,0
Esperanza de vida al nacer	1980-85	50,7	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980-85	129,0	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1980-85	48,0	Número de camas por 1.000 habitantes	1981	1,8
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1981	10,0	Médicos por 10.000 habitantes	1982	5,1
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.082	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	1,7
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	54,6	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	4,5
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	16,6	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	2,0
tumores	...	...	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1981	6,0
enfermedades del corazón	...	...	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1980	18,3
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.106 El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública inició un proceso de reorganización con criterio funcional por el cual se agruparon las estructuras de nivel central y las unidades sanitarias en núcleos jerarquizados bajo el Despacho Ministerial. Se espera así fortalecer el papel rector del Ministerio en el sector salud. Se favorecieron además las relaciones entre el sector institucional y la comunidad organizada al sistematizarse el funcionamiento del Consejo y Comités Populares de Salud e

implantarse la estrategia de las Movilizaciones Populares.

8.107 Dentro del contexto de la política nacional de salud, el agrupamiento de los núcleos funcionales y la definición de ocho líneas de fuerza estratégica permitieron desarrollar una efectiva planificación mediante la cual se mejoró sustancialmente la gestión a pesar de la carencia de recursos, la tradición burocrática y la compleja situación nacional. Comenzó a integrarse y desarrollarse un sistema de servicios a nivel local (áreas de salud) con la aplicación del Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS). El Plan se ha aplicado en 50 áreas, aportándose recursos para su aplicación a fines de 1984 en 150 de las 800 áreas urbanas y rurales. Este proceso de cobertura institucional se complementa

con la cobertura de las Movilizaciones Populares.

8.108 Diversos programas de control de enfermedades, de saneamiento y de comunicación social se están integrando dentro de la estructura operativa, abandonando progresivamente su verticalidad. En el Plan intervienen fundamentalmente el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y el sector social organizado que integran el Consejo Popular de Salud y los Comités a nivel departamental y local, con representantes de la Central Obrera Boliviana, la Confederación Campesina, las Juntas Vecinales, las universidades, los estudiantes, el Colegio Médico, etc. Estas organizaciones, junto con el Ministerio y sus estructuras regionales, han efectuado cinco Congresos de Comités Populares de Salud en cada departamento a fin de analizar la política de salud así como las necesidades, posibilidades y participación de la población.

8.109 En 1984 se crearon condiciones favorables para avanzar en la articulación de la Seguridad Social con el Ministerio y los otros componentes del sector, por medio de medidas como la compra de medicamentos centralizada por el Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME), la definición de la política salarial del grupo profesional y el impulso brindado a aspectos prioritarios tales como la formación de recursos humanos, el control de enfermedades diarreicas y la implantación del PIAAS.

8.110 En lo que a recursos humanos se refiere, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública fortaleció su capacidad normativa, planificadora y de utilización del personal de salud en escala nacional. Con este motivo se constituyó la Comisión Nacional de Integración docente-asistencial, la que en coordinación con las universidades delineó políticas nacionales de carácter intersectorial y promovió cambios en las instituciones involucradas. También se puso en funcionamiento el sistema nacional de recursos humanos en el que participan las escuelas de salud pública de La Paz y Cochabamba, el Instituto Multiprofe-

sional de Capacitación y las instituciones médico asistenciales de la red nacional de servicios. Se estableció por primera vez en el país un curso de maestría en salud pública. El sistema tiene ya en desarrollo un programa de educación continua y el establecimiento del Centro Nacional de Tecnología Educacional en Salud.

8.111 En la instrumentación de los programas se insistió especialmente en utilizar los recursos humanos disponibles. Ejemplo de esto fue la decisión de organizar con médicos y enfermeras profesionales las 800 áreas de salud del programa PIAAS de extensión de la cobertura.

8.112 La participación de la comunidad organizada es un aspecto prioritario de la política de salud de Bolivia. Se fomentó dicha participación mediante cursos de orientación cuyo primer resultado fue el desarrollo de las Movilizaciones Populares de Salud, a través de los cuales se avanzó sustancialmente en la ejecución de ciertos programas. Así en el Programa Ampliado de Inmunización antipoliomielítica y antisarampionosa la cobertura de la vacunación se elevó del 20% al 80% y las sales de hidratación oral se usaron en forma masiva.

8.113 En el campo de la salud ambiental se destacan las obras de infraestructura de agua potable y saneamiento en los departamentos de Cochabamba y de Tarija y el desarrollo de obras de tecnología apropiada en zonas rurales y urbanas marginales, así como el adiestramiento de personal. Se han formulado varios proyectos de inversión en agua y saneamiento urbano y rural. Se ha iniciado un programa de administración de desechos sólidos con el apoyo de las Movilizaciones Populares y un programa piloto en El Alto de La Paz.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.114 Teniendo en cuenta la grave situación alimentaria y nutricional de Bolivia,

se elaboraron, además de los programas de alimentación complementaria, varios planes de respuesta rápida a la situación. En primer término se formuló un proyecto de incremento de la oferta de leche en condiciones socialmente accesibles. Junto con dicho proyecto se creó el Plan Nacional de Centros Infantiles Populares destinado a brindar atención alimentaria y cuidados integrales a los niños preescolares en situación de riesgo nutricional. En el área del bocio endémico se estimuló la producción y el consumo masivo de la sal yodada. Las iniciativas en favor del niño preescolar se entroncan con el PIAAS, en el cual se concentran los esfuerzos de atención de la salud maternoinfantil y del trabajador. La nueva política de medicamentos tendiente a abastecer las necesidades de la población en forma socialmente accesible constituye un paso fundamental en la extensión de la cobertura de los servicios.

8.115 Como se menciona anteriormente, la participación popular organizada ha permitido aplicar medidas de trascendencia para la prevención de la poliomielitis y sarampión (cobertura del 80%) y de la difteria y tétanos, fiebre amarilla y tuberculosis. Se están desarrollando nuevas estrategias contra la malaria en las zonas del norte del país y se inició la campaña contra la enfermedad de Chagas con una Movilización Popular contra la vinchuca y la introducción de mejoras en la vivienda popular. Se están considerando además programas integrados para el control de vectores y se está revisando el programa de control de la tuberculosis. Se puso en marcha el programa de control de las enfermedades diarreicas con la utilización masiva de las sales de rehidratación oral.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.116 En lo referente a generación y difusión de conocimiento, se creó el Departamento de Investigaciones del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública con el fin de

definir una política de investigaciones junto con la Universidad Mayor de San Andrés, la Academia de Ciencias y el Ministerio de Planeamiento.

8.117 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Se firmó un convenio de cooperación técnica bilateral entre Bolivia y Brasil que contiene un capítulo referente al desarrollo de recursos humanos en el sector de la salud pública por parte del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia y la Escuela de Salud Pública de Rio de Janeiro dependiente de la Fundación Oswaldo Cruz. Se cubren las áreas de investigación, servicios, administración, planificación, epidemiología, ciencias sociales, salud ocupacional e investigación de recursos humanos. Se adelantaron gestiones con Argentina, Brasil y Cuba para concretar programas por medio de la CTPD.

8.118 **Cooperación internacional:** *Concern Internacional* donó EUA\$675.000 para la implementación y desarrollo del plan de extensión de cobertura y *UNICEF*, EUA\$1,8 millones para el desarrollo rural integrado de los departamentos de Oruro, Chuquisaca, Potosí y Tarija.

8.119 **Cooperación bilateral:** *JICA* (Japón) donó EUA\$16,8 millones (2 años) para el Hospital General de Santa Cruz; *GTZ* y *KfW* (Alemania), EUA\$1.612.903 para un programa de saneamiento básico de Oruro; *Dan Church Aid* (Dinamarca), EUA\$290.000 (3ª fase) para la prestación de servicios de atención primaria integral en la provincia de Los Andes, La Paz; la *Corporación Andina de Salud Rural*, EUA\$300.000 para el desarrollo rural andino; el *Gobierno Británico*, EUA\$1 millón para la administración y entrega de los servicios de salud y desarrollo de los recursos humanos; la *Cooperación Técnica Suiza*, EUA\$400.000 (1980-1986) para el proyecto de salud de Chuquisaca, y EUA\$1 millón para el proyecto de salud de Izozog, Santa Cruz, y *AID/EUA*, EUA\$310.000 para saneamiento rural, EUA\$1 millón para el control de enfermedades contagiosas, y

EUA\$1,2 millones para la recuperación en caso de desastres.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.120 Personal profesional asignado al país: 8, consistentes en el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en planificación de programa de salud, nutrición, enfermería y métodos administrativos, administración de salud, recursos humanos e investigación y dos ingenieros sanitarios.

8.121 Asesores regionales e interpaíses: 27, por un total de 206 días en nutrición, ingeniería de sistemas, programa de libros de texto, contabilidad, desarrollo de servicios de salud, enfermería, salud animal, registros médicos, salud materno-infantil, ingeniería sanitaria, suministros, epidemiología, malariología.

8.122 Consultores a corto plazo (STC): 16, por un total de 463 días en epidemiología (enfermedad de Chagas), recursos humanos, enfermedades diarreicas, ingeniería sanitaria, contaminación ambiental, sistema de información, control de peste, malaria, salud mental, estadística.

8.123 Becas: 12, por un total de 56,5 meses a un costo de EUA\$79.100 en leprodermatología, malariología, salud ocupacional, inmunología, fiebre hemorrágica, tuberculosis, parasitología, planificación y control de vacunas.

8.124 Cursos, seminarios y talleres: 57, con un número aproximado de 1.500 a 2.000 personas. Estos eventos recibieron un aporte total de la OPS/OMS de EUA\$118.631.

Apreciación general y tendencias futuras

8.125 El sector salud ha trabajado a un ritmo acelerado, y si bien los avances son evidentes, las dificultades generales experimentadas condicionan particularmente el desarrollo institucional. Las necesidades de un plan de acción tan dinámico y la gravedad de la crisis, se constituyen en incentivo para perfeccionar los mecanismos de coordinación internos y para que éstos a su vez combinen mejor las actividades de los organismos internacionales, bilaterales y agencias no gubernamentales de cooperación. Los mecanismos de programación, ejecución y control de la cooperación de la Organización con el Gobierno se caracterizan por la realización regular de jornadas de análisis de cooperación y de constante reprogramación y ajuste, y por la estandarización de las solicitudes de ejecución de cooperación. También se está incrementando la capacidad de programación y utilización de recursos externos y de negociación del país. El Gobierno mejoró los procedimientos de formulación y administración de proyectos, acelerándose así el desarrollo de estos y aumentándose los niveles de ejecución, incluido el ejercicio de presupuesto. Debe destacarse la realización de un inventario de organismos no gubernamentales de cooperación y la realización de un Encuentro Nacional de Organismos Internacionales y No Gubernamentales con la presencia de delegaciones de 70 entidades que actúan en el país.

8.126 La forma en que la Organización presta su cooperación y la manera eficaz de utilizarla del Gobierno y del sector social, permiten prever la continuidad de dicha cooperación aun en el caso de que se introduzcan ajustes en los planes del nuevo Gobierno.

Brasil

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1985	135.488.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	67,6	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	65,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980	29,6	— poliomielitis	1984	95,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980	8,8	— sarampión	1984	87,5
			— tuberculosis	1980	59,4
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	93,7 ^a
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	60,4 ^b
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1980-85	63,5	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1980	1,5 ^c
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980	87,3	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1980	1,3	Número de camas por 1.000 habitantes	1980	4,3
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	3,8			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.578	Médicos por 10.000 habitantes	1980	8,6
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	59,4	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	1,0
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	25,2
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	14,8	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
tumores	1980	9,5	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
enfermedades del corazón	1980	29,4	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	...	...
accidentes por tránsito de vehículos	1980	3,4			

... Información no disponible.

^a Población urbana; la tasa para la población rural era 67,2% en 1983. ^b Población urbana; la tasa para la población rural era sólo 6,5% en 1983. ^c Consultas ambulatorias a través del Instituto Nacional de Asistencia Médica y Prevención Social (INAMPS).

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.127 Se destacan los avances en la coordinación intersectorial a nivel de los Estados y Municipios, con la participación de la Comisión Interministerial de Planificación, que contribuyó a fortalecer la instrumentación de la estrategia de acciones integradas de salud. Dentro de esta estrategia y para articular los programas de servicios de los tres niveles, se diseñó una metodología que posibilita la vin-

culación y facilita los propósitos de desarrollo armónico. Dicha articulación no avanzó lo esperado debido a la disminución acentuada de fondos federales, especialmente los de la Seguridad Social. Estas limitaciones y otros factores del ambiente político también afectaron las negociaciones del programa de salud de São Paulo y la del Noroeste con el BIRF (Banco Mundial).

8.128 En materia de recursos humanos se logró compatibilizar e integrar las actividades esenciales dentro del marco de la estrategia de acciones en salud. Se aseguró la continuación de la capacitación en servicio del personal de nivel intermedio en cinco Estados

y se readiestraron a los instructores-supervisores del área de salud maternoinfantil y de enfermedades transmisibles. En lo referente a la educación médica se terminó la investigación sobre las facultades de medicina del país, se analizaron sus resultados y se redefinieron estrategias para el ajuste y actualización de los planes de estudio. Con la participación de los Ministros de Educación, Seguridad Social y Salud se revisó la práctica, la enseñanza e investigación en el campo de la enfermería, lo cual proporcionó la base para la formulación de un plan de acción conjunto por iniciarse en 1985. El Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, la Escuela Nacional de Salud Pública y la OPS/OMS realizaron una investigación sobre el personal disponible en el sector salud, con el fin de utilizar mejor dichos recursos humanos.

8.129 Con respecto a la salud ambiental la magnitud y complejidad de los problemas así como el número de agencias y organismos federales involucrados han obligado a desarrollar mecanismos de articulación tales como la unidad de coordinación para la formulación y desarrollo del programa de saneamiento básico en el Noroeste y en Rio Grande do Sul, con la participación del BIRF. También se ha incrementado el Plan Nacional de Saneamiento (PLANASA) que ha sistematizado, por una parte, la utilización de los recursos y compatibilizado las metas nacionales con las de los gobiernos estatales y, por otra, asegurado la contribución efectiva del Banco Nacional de la Habitación (BNH). La Secretaría del Medio Ambiente realizó un intenso programa de desarrollo de tecnología y capacitación de personal, especialmente en cuanto a calidad del agua y laboratorios de control.

8.130 Se extendió la red nacional de la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) a 28 centros nacionales de información técnica.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.131 En el área de la alimentación y nutrición se destacan la alimentación suplementaria para embarazadas y preescolares desnutridos, la formulación de una política de incorporación de la nutrición en los programas de salud maternoinfantil, la evaluación del programa de adiestramiento de alimentos básicos en zonas de bajos ingresos y el programa de sal yodada para el control del bocio.

8.132 El programa de atención integral de la salud de la mujer y el niño se implantó en 10 Estados y en el Distrito Federal, habiéndose iniciado el fortalecimiento de la capacidad gerencial, la revisión de técnicas y procedimientos y la capacitación de personal. Se observó una reducción sustancial de los casos de poliomielitis (2.400 en 1980 a 33 en 1984) y la cobertura de vacunación de los recién nacidos llegó al 87%. La vacunación antisarampionosa y con DPT mantuvo los niveles de protección alcanzados en 1983. Mediante la revisión de procedimientos y el adiestramiento de personal se fortaleció la cadena de frío.

8.133 El programa prioritario de control de grandes endemias, desarrollado a través de la Superintendencia de Campañas (SUCAM), intensificó su vinculación con instituciones del sector salud y fuera del sector especialmente para fortalecer programas como el de malaria y otras enfermedades tropicales. La malaria continúa siendo un serio pero circunscrito problema en la Región Amazónica, no obstante lo cual la transmisión se redujo en Mato Grosso Amazonas, Acre y Goías. Para encontrar posibles soluciones al problema se han incrementado las actividades de investigación, destacándose la terminación del catastro de investigaciones, la determinación de prioridades y las pruebas de eficacia y factibilidad de la mefloquina. En cuanto a la enfermedad de Chagas, se extendió la fase de ataque a los triatomas con piretroides (Ceará, Piauí y Rio Grande do Norte). Continuó el

amplio programa de vigilancia del *Aedes aegypti* en 3.960 localidades estratégicas de todas las entidades federativas. Se erradicó este vector en el Estado de Rio Grande do Norte, y en Roraima continuaron las actividades contra la esquistosomiasis en 16 entidades federativas a través del descubrimiento oportuno de casos, su tratamiento y la destrucción de focos de moluscos infectados. Se ampliaron los estudios del elemento inmunoprofiláctico producido por la Universidad de Minas Gerais para el control de leishmaniasis y se mejoraron los sistemas de notificación.

8.134 El Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saude consolidó su funcionamiento en relación con el control de medicamentos y alimentos. La Comisión Nacional de Revisión de la *Farmacopea Brasileira* ha dado término a la etapa de preparación y publicación del primer volumen de la obra. Por su parte, el programa de producción de sustancias químicas de referencia ha avanzado y se encuentra en proceso de coordinación con el de otros países de América Latina (Argentina y México).

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.135 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** La cooperación horizontal intranacional en materia de salud ambiental se fortaleció y amplió con organismos que han alcanzado una capacidad excepcional de infraestructura técnica, científica y administrativa-institucional. Dichos organismos han colaborado con otras entidades nacionales, estatales y locales en la planificación y ejecución de proyectos. En la cooperación entre países, la Superintendencia de Campañas (SUCAM) ha prestado colaboración técnica a Bolivia, Paraguay y Uruguay en la estructuración de los programas de control de la enfermedad de Chagas. Además, ha colaborado con Bolivia en la revisión

de los problemas planteados por otras enfermedades tropicales.

8.136 **Cooperación internacional:** El FNUAP proporcionó EUA\$15 millones para atención integral de la salud materno-infantil y BID dió EUA\$450.000 para estudios para mejorar la atención primaria en poblaciones de bajo ingreso.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.137 **Personal profesional asignado al país:** 19, consistentes en el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en: ingeniería sanitaria, epidemiología, desarrollo institucional, desarrollo de los servicios de salud, control de medicamentos, erradicación de la malaria, salud materno-infantil, y recursos humanos.

8.138 **Asesores a corto plazo (STC):** 48, por un total de 1.253 días en: ingeniería sanitaria, odontología, servicios de salud, serología, lepra, investigación de enfermedades, ingeniería biomédica, salud ocupacional, pulmonología, salud materno-infantil, laboratorios, tuberculosis, farmacología, arquitectura para servicios de salud, cirugía torácica, alcoholismo, rehabilitación, cáncer, radiología, administración hospitalaria, vacunas (BCG), veterinaria, control de la calidad de alimentos, perinatología, hemoterapia.

8.139 **Becas:** 129, por un total de 148 meses en: salud mental; salud pública veterinaria; ingeniería sanitaria; inmunología; salud materno-infantil; control de drogas, medicamentos y alimentos; epidemiología, lepra; enfermedades crónicas; recursos humanos; enfermería; nutrición; cáncer; control de vectores; servicios de salud; laboratorio; biblioteca médica; odontología; educación sexual; toxicología; pulmonología, y otros. La OPS/OMS aportó EUA\$380.668.

8.140 **Cursos, seminarios y talleres:** 32, con 2.419 participantes en: salud ambiental, control de la calidad del agua, control de la natalidad, lactancia materna, capacitación de instructores, tecnología de salud, comunicación social, epidemiología, vigilancia de productos tóxicos, análisis toxicológico, acciones internacionales de salud, investigaciones interdisciplinarias, administración hospitalaria, pulmonología, cadena de frío, control de roedores, asistencia médica hospitalaria, clasificación internacional de enfermedades, medicamentos esenciales, saneamiento básico, inundaciones, abastecimiento de agua, desarrollo de los sistemas de salud, enfermedades transmisibles, desarrollo de recursos humanos, enfermería, servicios auxiliares de salud, costos hospitalarios. El costo para la OPS/OMS de estos eventos fue de EUA\$243.777.

8.141 **Subsidios:** La OPS/OMS proporcionó subsidios por un costo de EUA\$229.108 en: control y erradicación de malaria, fiebre amarilla, infecciones hospitalarias, información de salud, sistema internacional de salud, infecciones por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, salud mental, atención primaria, salud ambiental, enfermería, seminario viajero-cooperación científica de salud, suministro de

medicamentos en la reunión de la Comisión Nacional de Investigación.

Apreciación general y tendencias futuras

8.142 La situación general de salud del país y las áreas prioritarias del Gobierno concuerdan con los planteamientos y Estrategias Regionales de la OPS/OMS. La acción desarrollada por las autoridades nacionales enfrentó restricciones derivadas de la transición política que vivió el país en 1984. Dichas restricciones también repercutieron en la eficacia y eficiencia de la cooperación técnica. Ante esta situación se plantea la necesidad de evaluar y ajustar, con las nuevas autoridades, las estrategias y prioridades de la cooperación de la OPS/OMS, en el marco de las políticas generales y de salud del Gobierno. Al respecto, y ante la limitada disponibilidad de recursos, se plantea la necesidad de concentrarse en áreas de mayor impacto, particularmente en nuevos enfoques y tecnología más eficaces y en el desarrollo de recursos humanos. También se plantea la conveniencia de evaluar el Sistema Nacional de Salud.

Canadá

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	25.128.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1984	75,5	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	80,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	...	...	— poliomielitis	1983	80,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	...	...	— sarampión	...	...
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1982	97,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1982	60,0
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1981	79,0 ^a	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1982	550,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	9,1	Número de egresos por 100 habitantes	1980	16,1
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,2	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	16,2
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	0,5			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	5,8 ^b			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	3.340	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	98,2	Médicos por 10.000 habitantes	1984	19,5
			Enfermeras por 10.000 habitantes	1984	86,9
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1984	32,8
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (C\$)	1982	1.220
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	0,5	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1982	8,4
tumores	1982	24,3	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982	13,5
enfermedades del corazón	1982	34,4			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	0,9			

... Información no disponible.

^a Edad para mujeres; para hombres, 72,0. ^b Excluye Terranova.

Análisis de las medidas adoptadas en 1984 para la instrumentación de las Estrategias Regionales

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.143 La iniciativa principal de Canadá en 1984 con respecto a la infraestructura de los servicios de salud fue la aprobación de nuevas disposiciones legislativas federales en apoyo del programa nacional del seguro de enfermedad (Ley de Salud de Canadá, 1984) y la consecuente derogación y enmienda de la

legislación existente. La nueva ley no cambia la naturaleza del actual programa del seguro de enfermedad de Canadá sino que consolida las disposiciones de la legislación anterior en una sola ley y, al aclarar y reforzar las condiciones y criterios del programa, reafirma el compromiso de Canadá de contar con un programa nacional de seguro de enfermedad para todos con un sistema de pagos por anticipado.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.144 El nuevo Gobierno, elegido en 1984, confirmó que las actividades de fo-

mento de la salud y prevención de enfermedades ocuparían un importante lugar en el orden de prioridades y que el sistema de salud existente, dedicado primordialmente a combatir las enfermedades, se complementaría con el marco de una política destinada a fomentar la salud, con especial atención en

campos tales como nuevos modelos de atención de salud para las personas de edad avanzada y modificaciones en los estilos de vida personales a fin de reducir el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, la falta de ejercicio, la falta de cuidado en la alimentación y otros hábitos perniciosos para la salud.

Recursos técnicos y financieros proporcionados a otros Gobiernos Miembros de la OPS/OMS

Programa	Area o país	Total (dólares del Canadá)	Desembolso 1983/1984
Laboratorio regional de ensayo de medicamentos	Caribe	231.500	2,1
Salud ocupacional	Colombia	134.900	—
Enseñanza de enfermería	Colombia	159.500	—
Educación continua en salud	América Latina	960.000	—
Abastecimiento rural de agua y educación sanitaria	Nicaragua	2.310.900	—
Radioterapia	Brasil	140.000	—
Transplantes de médula ósea	Brasil	50.000	—

8.145 Las cifras anteriores se leerán teniendo en cuenta los factores siguientes:

- En su mayoría, los proyectos indicados comenzaron a desarrollarse en el ejercicio económico de 1984-1985 o se completaron en 1982-1983, de allí la ausencia de cifras bajo los desembolsos para 1983-1984.
- La lista comprende proyectos financiados con asignaciones bilaterales únicamente. No figuran los importantes desembolsos destinados al sector salud a través de organizaciones e instituciones no gubernamentales y de los Fondos Administrados por la Misión (MAF).
- Sólo se han enumerado los proyectos específicamente comprendidos en la prestación de servicios de salud y en la educación sanitaria. No se han incluido los importantes desembolsos destinados a campos relacionados

con la salud, como abastecimiento de agua potable, sistemas de alcantarillado y nutrición.

8.146 En relación con el párrafo b), por ejemplo, el inventario de MAF para 1983-1984 muestra que se destinaron más de EUA\$2,5 millones para la realización de actividades (entre EUA\$1.000 y EUA\$50.000) en materia de salud y nutrición con organizaciones locales no gubernamentales y comunidades del Caribe y América Latina.

Tendencias futuras en la provisión de recursos técnicos y financieros a los Gobiernos Miembros de la OPS/OMS

8.147 Los diversos gobiernos establecen la orientación de los programas futuros según los acuerdos bilaterales en los que Canadá es una de las partes. Los sectores especializados

en sí mismos son definidos por los gobiernos, de conformidad con sus propias prioridades. Los gobiernos, que son miembros en estos acuerdos con Canadá, tienden a favorecer los sectores de planificación, desarrollo y

económicos en lugar del sector salud. Por eso resulta difícil predecir o determinar las tendencias futuras de Canadá en materia de salud, ya que éstas dependen del orden de prioridad de los otros Gobiernos Miembros.

Colombia

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	28.065.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	65,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	60,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	31,0	— poliomielitis	1984	60,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	7,0	— sarampión	1984	52,0
			— tuberculosis	1983	79,4
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	64,6
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	47,7
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	50,0
Esperanza de vida al nacer	1981	62,1	Número de egresos por 100 habitantes	1983	6,1
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	52,0	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	1,7
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1979	1,8	Indicadores de Recursos Humanos		
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1977	4,5	Médicos por 10.000 habitantes	1983	7,9
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1977-81	3,4	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	1,8
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.494	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1982	8,2
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	55,3	Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	50,0
enfermedades infecciosas y parasitarias	1977	16,3	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1980	5,4
tumores	1977	10,2	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1980	7,7
enfermedades del corazón	1977	17,9			
accidentes por tránsito de vehículos	1977	2,8			

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.148 Dentro del marco del Plan Nacional de Salud 1983-1986, se precisaron en ese sector cinco grandes objetivos, a saber, disminución de la morbimortalidad, educación en materia de salud y participación comunitaria, ampliación de la cobertura de la atención primaria, desarrollo y modernización administrativa y actualización técnica y científica del sector salud. A fin de continuar la consolidación del sistema nacional de salud, el Ministerio de Salud inició un análisis de los en-

foques regionales y locales de programación de servicios a fin de integrarlos dentro de normas técnicas y administrativas unificadas.

8.149 Para concretar la reestructuración sectorial el Gobierno completó un diagnóstico de la situación de salud y de los recursos del sector salud en las 106 unidades regionales, como preparación para las nuevas etapas de articulación entre los distintos subsectores que integran el Sistema Nacional de Salud. En la articulación de la Seguridad Social con el Ministerio de Salud, se establecieron en forma conjunta las áreas posibles de coordinación de actividades. Se prosiguió a la vez el convenio entre el Ministerio, el Instituto Nacional de Salud y la OPS/OMS, para lograr el desarrollo técnico y administrativo del Instituto. El Go-

bierno ha otorgado prioridad al desarrollo integrado de las zonas urbanas y rurales marginadas, lo cual ha facilitado la coordinación del sector salud con los sectores económicos y sociales. Se han fortalecido de esta manera las relaciones entre el Programa de Desarrollo Rural Integrado, el Plan de Desarrollo Integral de la Costa Pacífica y el Ministerio de Salud. Dentro de este enfoque se están promoviendo programas integrales en zonas marginadas de Bogotá y de Cúcuta y en zonas en donde se produjeron conflictos armados.

8.150 El sistema de información en salud (SIS) sirve de promotor del desarrollo de otros componentes del sector. En ese sentido se ha insistido especialmente en consolidar la vigilancia epidemiológica por considerársela un medio ágil y eficaz para el control adecuado de las enfermedades infecciosas y para la evaluación de las actividades de los servicios de salud.

8.151 La Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, junto con el Instituto Nacional de Salud, ha definido un programa integral de desarrollo en este campo encaminado a capacitar personal de alto nivel en las áreas de interés prioritario presente y futuro del país. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha colaborado con escuelas de medicina de otros países para que estas pasen a integrar organismos subregionales, habiéndose creado así la Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina. Con respecto a la educación en enfermería, la OPS/OMS colaboró con la Asociación Colombiana de Escuelas de Enfermería (ACOFAEN) en la realización de un estudio sobre la práctica de la enfermería en los servicios de salud.

8.152 La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia continuó desarrollando programas de capacitación en planificación y en administración estratégica de los programas de salud.

8.153 En materia de salud ambiental se han impulsado las actividades relacionadas

con el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, específicamente los programas nacionales prioritarios siguientes: programa de mejoramiento, vigilancia y control de la calidad del agua y el manejo de residuos sólidos mediante la reglamentación del Código Sanitario en estas áreas y la realización de dos talleres sobre operación y mantenimiento de plantas de tratamiento para que las seis ciudades más grandes de Colombia (con 10 millones de habitantes aproximadamente) mejoren la calidad del agua sin necesidad de ampliar las plantas de tratamiento; programa de control de pérdidas (PRONCOPE) para lo cual se realizaron talleres de pitometría, macromedición y fugas en Cali, Bucaramanga y Barranquilla. La estrategia del Gobierno en el área del saneamiento ambiental es promover la cooperación técnica horizontal a fin de que las empresas con mayor desarrollo técnico-administrativo apoyen a empresas menos desarrolladas.

8.154 En el área del control de riesgos y contaminación ambientales se efectuaron cuatro talleres sobre estudios del impacto en el ambiente, evaluación de los riesgos químicos ambientales y salud ocupacional y uso de plaguicidas.

8.155 El Instituto Nacional de Salud organizó un comité nacional de expertos a los efectos de asesorar al Ministerio de Salud y a la Presidencia de la República sobre las consecuencias para la salud humana del uso de herbicidas para combatir cultivos de coca y marihuana.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.156 La Oficina de Planeación Nacional y el Ministerio de Salud, con la cooperación del PNUD y la OPS/OMS, organizaron un taller interinstitucional para coordinar las distintas políticas institucionales de alimentación y nutrición, y señalar las líneas de acción que deberán promoverse en los próximos años,

destacándose entre ellas el establecimiento de un sistema adecuado de vigilancia nutricional. Se completó la investigación sobre nutrición y atención primaria realizada en la Facultad de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Javeriana.

8.157 El Ministerio de Salud ha adoptado un plan intensivo de acciones concretas para la sobrevivencia infantil. Con este fin se intensificaron las actividades de control de enfermedades diarreicas agudas mediante la rehidratación oral. En este sentido el Instituto Nacional de Salud incrementó la producción de sales y desarrolló una intensa campaña de educación por los medios de difusión pública. El Gobierno definió su política de planificación familiar y decidió concentrar las actividades en las zonas geográficas con mayores índices de morbimortalidad infantil. En conjunción con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), se realizó un estudio sobre la atención del niño prematuro.

8.158 En el campo de la salud oral se ha impartido capacitación a los técnicos encargados del programa de fluoruración de la sal y se ha continuado la investigación sobre caries en Antioquia. Se terminó la primera etapa del programa de control de drogadicción, habiéndose alcanzado los objetivos preventivos, epidemiológicos y de formación de personal, lo cual condujo a la formulación de una segunda etapa. Se ha elaborado un programa y la propuesta de financiamiento para mejorar el laboratorio central instalado en el Instituto Nacional de Salud con el fin de que se convierta en un centro de referencia para el control de la calidad, la capacitación de personal y el desarrollo de centros regionales y locales. Los cuatro equipos de radiología simplificada instalados en el Departamento de Antioquia continuaron prestando servicios, adiestrándose al personal auxiliar encargado de su manejo; se definió un protocolo para evaluar la calidad y eficiencia de estos equipos. En el área de medicamentos esenciales, la Universidad de Antioquia, con la cooperación de la OPS/OMS, actualizó y modernizó una lista

básica de dichos medicamentos e inició investigaciones operativas.

8.159 Con el respaldo del Poder Ejecutivo se fortaleció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). En 1984 la cobertura de vacunación de menores de 1 año (antipoliomielítica y antisarampionosa) se elevó en Colombia del 43% a cerca de un 80%. Las actividades antimaláricas se orientaron hacia la concentración de las estrategias de acción en áreas específicas, incluidas la capacitación y la investigación; en Antioquia se han integrado al mismo tiempo las actividades de control con los servicios locales de salud. En el área de protección de alimentos se capacitó al personal, se organizaron los sistemas de información y se estandarizaron los procedimientos y técnicas de la red de laboratorios.

8.160 En cuanto a la fiebre aftosa, se definieron los aspectos prioritarios y los sistemas de notificación. Se realizó el primer encuentro latinoamericano sobre la mujer y la salud, en el cual se formularon las líneas básicas de acción para los gobiernos y los organismos privados. En el programa de preparativos para situaciones de emergencia y casos de desastre se analizó la experiencia de Popayán y se inició un programa de adecuación de hospitales para atender situaciones en casos de desastre.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.161 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Se ha cooperado y se han intercambiado conocimientos y experiencias con otros países, sobre todo a través de recursos internacionales. Merece destacarse la reunión de Ministros de Salud y autoridades de Seguridad Social realizada en Medellín, en julio, con la participación de 14 países; la reunión de facultades y escuelas de medicina para Centro América y países del Pacto Andino, organizada por la Federación Panamericana de Asociaciones de

Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME); el grupo internacional sobre perspectivas de salud y la Conferencia Panamericana de Educación Médica (FEPAFEM-ASCOFAME). Se continuó trabajando en el diagnóstico nacional sobre las potencialidades del país para ofrecer cooperación técnica y se diseñó un amplio programa de desarrollo para ser ejecutado en 1985.

8.162 Cooperación internacional: *FAO* proporcionó EUA\$900.000 para un programa de peste porcina africana; *FNUFUID*, EUA\$360.000 para un programa de control de drogadicción; *BID*, EUA\$200 millones para sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico para Medellín y poblaciones rurales (5 años—Proyecto Río Grande); *IICA*, EUA\$100.000 para sanidad animal, y *TDR/OMS*, EUA\$7.500 para control de vectores (2 años) y EUA\$70.000 para control de malaria (2 años).

8.163 Cooperación bilateral: *AID/EUA* proporcionó EUA\$900.000 para un programa de fiebre aftosa; el *Gobierno de Holanda*, EUA\$350.000 para enfermedades tropicales, y la *Academia Nacional de Ciencias (EUA)*, EUA\$117.000 para investigación del *Anopheles albimanus* (3 años).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.164 Personal profesional asignado al país: 9, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en: desarrollo de servicios de salud y planificación, ingeniería sanitaria, salud pública veterinaria, malaria (3), inmunizaciones y salud materno-infantil. Actúan además, con sede en Colombia, un profesional médico veterinario en el programa de control de alimentos y un técnico en el programa de control de enfermedades diarreicas.

8.165 Asesores regionales e interpaíses: 83, por un total de 333 días en: salud

materno-infantil, nutrición, salud mental, enfermedades tropicales, infecciones intrahospitalarias, tuberculosis, enfermedades no transmisibles, enfermedades venéreas, salud pública veterinaria, salud del adulto, salud de los trabajadores, medicamentos, libros de texto, farmacodependencia, emergencias en casos de desastre, salud ambiental, aseo urbano, epidemiología, planificación, servicios de salud, y tecnología.

8.166 Consultores a corto plazo (STC): 63, por un total de 793 días en: planificación, servicios de salud, administración hospitalaria y accidentes, medicamentos, ingeniería sanitaria, tuberculosis, plaguicidas, salud pública veterinaria, programa de libros de texto, radiología básica, PAI, tercera edad, virología y fiebre hemorrágica.

8.167 Becas: 46, por 107 meses y un costo de EUA\$188.796. Las áreas de estudio fueron: salud ambiental, salud pública veterinaria, maestría en salud pública, investigaciones, epidemiología, cáncer, malaria, genética, preparación de vacunas, bibliotecología, medicamentos, odontología y accidentes.

8.168 Cursos, seminarios y talleres: 65, con 1.485 participantes por un total de 372 días y una contribución de la OPS/OMS de EUA\$38.526. Los temas desarrollados fueron: preparativos en casos de emergencia; salud, mujer y desarrollo; recursos humanos; salud ambiental; salud pública veterinaria; alimentación y nutrición; salud materno-infantil; enfermedades crónicas; salud ocupacional; epidemiología y enfermedades prevenibles; malaria; dengue; salud mental, y farmacodependencia.

8.169 Subvenciones: 3, por un total de EUA\$74.000. Las entidades que recibieron los subsidios fueron: la Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín (Reunión de Ministros de Salud) ASCOFAME (*Carta médica* y Conferencia Panamericana de Educación Médica).

Apreciación general y tendencias futuras

8.170 El Gobierno ha otorgado alta prioridad a las acciones del sector salud. El Presidente de la República ha participado personalmente en esta labor destacando la importancia del sector dentro de la política de paz, solidaridad y justicia social. El Ministerio de Salud está empeñado en la revitalización y

reorganización del sector en base a la estrategia de atención primaria. Las políticas nacionales y sus estrategias destacan la necesidad de orientar los recursos hacia iniciativas que produzcan impactos en los problemas prioritarios de salud. Dentro de este marco general, la cooperación técnica tiende a apoyar estas actividades prioritarias del sector. Se ha fomentado y apoyado la coordinación interagencial.

Costa Rica

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	2.510.500	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	45,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	77,9 ^a
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	30,1	— poliomielitis	1984	74,2 ^a
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	3,9	— sarampión	1984	79,2 ^a
			— tuberculosis	1983	81,4
			Porcentaje de población servida con agua potable		
				1983	92,8
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas		
				1983	94,8
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas)		
Esperanza de vida al nacer	1980-85	73,7	por habitante por año	1982	2,6
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	18,5	Número de egresos por 100 habitantes	1982	11,6
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,3	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	3,3
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	1,0	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	9,6	Médicos por 10.000 habitantes	1983	10,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1983	3.056	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	9,6
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1985	64,0	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	22,8
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	4,4	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	71,3
tumores	1983	19,8	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	5,7
enfermedades del corazón	1983	28,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud		
accidentes por tránsito de vehículos	1983	...		1983	28,0

... Información no disponible.

^a Primer semestre de 1984.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.171 El Gobierno ha emprendido un nuevo esfuerzo de desarrollo sectorial y de integración de los servicios de salud. Al efecto se elaboraron análisis de situación y de alternativas para la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. Como resultado de estos análisis se firmó un convenio de integración entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, que establece funciones y responsabilidades comple-

mentarias y mecanismos de administración conjunta de infraestructura y recursos disponibles. En este sentido se avanzó en la integración de las regiones de salud habiéndose realizado el diagnóstico de salud de la región Huetar Atlántica con participación del Ministerio y la Caja del Seguro Social. También se progresó en el funcionamiento integrado de los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud en 34 ciudades del país. Dentro de estas acciones conjuntas se destacan: la evaluación de programas y la capacitación de personal en las nuevas estrategias nacionales e internacionales, y el desarrollo de los mecanismos de participación de los niveles regionales en el proceso de articulación del sec-

tor. Debe hacerse notar que en la programación local se está introduciendo progresivamente el enfoque de riesgo.

8.172 Como consecuencia de la crisis financiera, el Ministerio y la Caja del Seguro Social han concentrado la atención en las áreas de administración de suministros y financiero-contable, habiendo logrado una significativa evolución en cuanto a la racionalización del gasto institucional.

8.173 Ante la necesidad de renovar y adecuar la infraestructura para los programas de extensión de la cobertura de los servicios primarios de salud y de desarrollar sistemas de planificación, administración y evaluación con proyección sectorial, se han formulado proyectos en dichas áreas dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (incluyendo supervivencia infantil y saneamiento ambiental).

8.174 En el campo del desarrollo de recursos humanos el trabajo nacional se orientó hacia la articulación entre las instituciones formadoras y las que utilizan dichos recursos a fin de obtener una mayor correspondencia entre los perfiles ocupacionales y educativos, las políticas nacionales y las necesidades de la población. Con este propósito se realizaron las siguientes actividades: un taller de revisión de los currículos de la Facultad de Medicina; un seminario-taller de integración docencia-asistencia en enfermería, medicina, odontología y nutrición; el diseño curricular para la atención de enfermería a la familia; cursos sobre enfoque de riesgo para personal docente de la Escuela de Enfermería y de auxiliares de enfermería; perfil de un proyecto de desarrollo de recursos humanos para el país; capacitación del personal multidisciplinario de los niveles normativos, de jefaturas regionales y con funciones educativas en tecnología educativa.

8.175 El Ministerio de Salud, a través de su División de Saneamiento Ambiental continuó desarrollando los programas nacionales de control de alimentos y de la contaminación

ambiental, así como los de seguridad industrial y desechos sólidos. Impulsó en las regiones de salud la preparación y ejecución de programas de saneamiento urbano en 11 localidades con más de 15.000 habitantes incluida el área metropolitana de San José. Preparó un programa de saneamiento rural para la población dispersa de tres regiones de salud con un costo de EUA\$2.068.000 que se realizará en el término de 4 años.

8.176 El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) continuó los programas de ampliación de la cobertura de servicios de abastecimiento de agua potable y de extensión y refuerzo de las existentes. Cuenta actualmente con proyectos en estado avanzado de preparación por un monto de EUA\$59 millones, de los cuales EUA\$40 millones están prácticamente financiados. Para mejorar la capacidad operativa del Instituto se continuaron los esfuerzos de fortalecimiento técnico y de adiestramiento del personal.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.177 Se terminó el análisis de la encuesta nacional de nutrición, incluida la revisión de las normas de diagnóstico del crecimiento y el estado nutricional. Los nuevos procedimientos se implantarán en 1985. Para instrumentar la decisión de uniformar las normas del programa maternoinfantil en todos los servicios del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, se adoptó la Historia Clínica Maternoinfantil Unica en todos los centros y puestos de salud y clínicas del área de influencia de uno de los principales centros hospitalarios del país (Hospital México). Además se dio énfasis a los trabajos preliminares para el desarrollo de un programa prenatal nacional y se difundió ampliamente el enfoque de riesgo como base para una nueva orientación de la planificación y la programación de los servicios. Finalmente, se aprobó un proyecto OPS/Kellogg que llevarán a cabo el Ministerio de Salud, la

Universidad de Costa Rica y la Caja del Seguro Social para impulsar el avance de la atención materno-infantil en el país.

8.178 El programa preventivo de salud oral continuó aumentando su cobertura y la formación del personal. Se están efectuando estudios de factibilidad para la fluoruración de la sal de mesa. En el campo de la salud mental se ha constituido una Comisión Nacional de Salud Mental, la cual está desarrollando un módulo de programa nacional en este campo. Se han realizado investigaciones y talleres en el campo de la drogadicción. Se capacitó, en una región del país, a personal comunitario para la detección y referencia de personas con problemas psiquiátricos a centros de consulta. Continuó la formación del personal para preparativos en casos de desastre.

8.179 La política actual de salud del país ha puesto énfasis en la prevención de las enfermedades, en virtud de lo cual el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social continúan fortaleciendo los programas de extensión de la cobertura de los servicios preventivos especialmente en lo que respecta a inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de enfermedades respiratorias agudas, y desarrollo de esquemas de prevención para enfermedades crónicas prioritarias y prevalentes en el país, tales como diabetes, hipertensión, enfermedades reumáticas crónicas y de la tercera edad. En el transcurso del año se realizó una serie de talleres y seminarios para la capacitación del personal de salud de todos los niveles y de ambas instituciones, a fin de promover la incorporación de estos nuevos esquemas en los servicios de salud. Se proyecta ubicar a nivel de las regiones de salud a nuevos graduados en salud pública para dar mayor impulso al desarrollo de estos programas.

8.180 La División de Epidemiología del Ministerio de Salud dirige, además, los programas de control de la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, dermatología sanitaria (lepra), vigilancia epidemiológica de otras enfermedades transmisibles, malaria y

control del cáncer. Los buenos resultados de estos programas han determinado un cambio en el patrón de morbimortalidad, lo que está influyendo en la apertura de nuevos campos de acción (atención perinatal, enfermedades congénitas).

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.181 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Costa Rica ha celebrado convenios con Panamá (salud en la frontera) y Belice. Se está preparando un convenio con Nicaragua.

8.182 **Cooperación internacional:** *BID* donó EUA\$741.000 para el mantenimiento de servicios de salud; EUA\$28,3 millones para la expansión de sistemas de abastecimiento de agua en ciudades intermedias y rurales, incluyendo Puntarenas, y EUA\$414.000 para un estudio sobre problemas de vivienda y salud. *PMA* dio EUA\$1 millón para desarrollo de la comunidad.

8.183 **Cooperación bilateral:** *AID/EUA* dio EUA\$760.000 para la reorganización administrativa de la Caja Costarricense del Seguro Social.

8.184 **Fundaciones:** La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$650.000 para salud materno-infantil y articulación docente-asistencial.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.185 **Personal profesional asignado al país:** 5, incluido el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en servicios de salud, ingeniería, administración, enfermería y salud materno-infantil.

8.186 Se contó asimismo con el apoyo de varias personas contratadas a nivel nacional que prestaron cooperación técnica en áreas

como suministros, salud mental, administración financiera, computación e investigación.

8.187 Asesores regionales e interpaíses: Dieron asesoría en las áreas de enfermería, epidemiología, salud maternoinfantil, administración, ingeniería sanitaria, radiología, sistemas de información y bancos de sangre.

8.188 Asesores a corto plazo (STC): 10, por un total aproximado de 600 días, en las áreas de suministros, enfermedades diarreicas, administración, manejo financiero, nutrición, salud mental y radiodiagnóstico.

8.189 Becas: 35, por un monto de EUA\$119.325. Las áreas de estudio fueron salud pública, oftalmología, cirugía vascular, administración, salud maternoinfantil, saneamiento ambiental, alcoholismo y drogadicción. Los funcionarios becados laboran para instituciones como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y el Instituto Nacional sobre Alcoholismo.

8.190 El país recibió 55 becarios de otros países de América Latina en las siguientes áreas: enfermería, salud maternoinfantil, atención primaria, odontología, registros médicos, demografía, cáncer, mantenimiento de equipo, rehidratación oral.

8.191 Cursos, seminarios y talleres: 60 eventos, con la participación de 3.312 funcionarios del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional Autónoma. El aporte financiero de la OPS/OMS fue de \$3.525.184. Estos eventos versaron principalmente sobre atención primaria, administración, enfoque de riesgo, historia clínica maternoinfantil, enfermería, salud oral, salud mental, y saneamiento ambiental. Asimismo 70 funcionarios costarricenses participaron en reuniones internacionales con un costo de EUA\$34.112.

8.192 Subvenciones: Se otorgaron al Ministerio de Salud, a la Caja Costarricense del Seguro Social y a la Universidad de Costa Rica un total de 7 subvenciones, por un monto de EUA\$155.415, para apoyar las actividades del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, el desarrollo de la Secretaría del Sector Salud, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica (necesidades de los ancianos), el estudio de factibilidad de fluoruración de la sal, la vigilancia y control de la malaria, el estudio de la angiostrongilosis, y preparación de material audiovisual para la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Apreciación general y tendencias futuras

8.193 Durante el año se han consolidado importantes avances en el país, tales como la constitución del sector salud, la expansión del proceso de integración de los servicios del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social en distintos lugares del país, el proseguimiento del programa de educación continua, la evaluación y reformulación de los programas de atención primaria que tienen gran relevancia en el país. También se ha progresado en la conformación del sistema nacional de salud. Todo esto implica una renovación completa de los servicios de salud en Costa Rica, tendiente a una organización más actualizada y dinámica, más racional desde el punto de vista administrativo, y más acorde con la situación, los niveles de salud y los recursos para la salud existentes en el país.

8.194 La OPS/OMS prestó cooperación técnica no solo al Ministerio de Salud, sino también a la Caja Costarricense del Seguro Social, merced a lo cual se ha seguido laborando en distintas áreas prioritarias, al igual que con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las universidades y otras instituciones relacionadas con la salud.

8.195 Entre los factores restrictivos al proceso de cambio emprendido por el país con la cooperación técnica, cabe mencionar la persistencia de la crisis económica, las limitaciones presupuestarias del programa, razones por las cuales se considera de gran importancia el esfuerzo de formulación y negociación de los proyectos elaborados dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, así como la implantación de los mecanismos de movilización de recursos.

8.196 Las autoridades del sector han renovado la decisión política de acelerar y universalizar la integración de los servicios, fortalecer los mecanismos de ampliación de la estrategia de atención primaria de salud, incrementar la capacidad operativa del sector, organizado y manejado como un sistema nacional de salud, y desarrollar un nuevo modelo de atención integral de salud.

Cuba

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	10.000.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	70,3	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	86,1
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	16,7	— poliomielitis	1983	93,6
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	5,9	— sarampión	1983	72,1
			— tuberculosis	1983	95,9
			Porcentaje de población servida con agua potable	1982	61,2
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1982	31,0
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1980-85	73,6	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	5,2
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	16,8	Número de egresos por 100 habitantes	1983	14,6 ^a
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,3	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	6,1 ^b
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	0,8			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	8,5			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1983	2.929			
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1983	77,0			
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	2,0	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
tumores	1983	19,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1984	21,0 ^c
enfermedades del corazón	1983	29,1			
accidentes por tránsito de vehículos	1981	2,9			

... Información no disponible.

^a Ingresos. ^b Incluye las camas de servicios privados. ^c Presupuesto de educación y salud.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.197 El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud se ha centrado en el incremento de la eficacia de los servicios de nivel primario según el modelo de la medicina comunitaria, a través de los policlínicos, hospitales y puestos de salud rurales. Con este mismo propósito se ha mejorado la dotación física y se ha otorgado prioridad a la integración docente-asistencial para capacitar al personal de salud en la aplicación de la estrategia

de atención primaria. Se preparó un estudio analítico de la red de servicios de atención primaria que permitirá cuantificar los recursos invertidos, los costos de funcionamiento, la productividad y, de ser posible, la repercusión de los servicios en la salud y el bienestar de la población.

8.198 En lo referente al desarrollo de recursos humanos se destaca el análisis y mejoramiento de los sistemas de información para la planificación de dichos recursos y la realización de un estudio sobre la utilización de los técnicos de nivel intermedio en salud, especialmente los de enfermería. Se fomentó el empleo de procedimientos y métodos didácticos, se facilitó el adiestramiento en tecno-

logía moderna y se mejoró la eficacia de la enseñanza y el aprendizaje en educación médica, odontológica y veterinaria, así como para el personal técnico de nivel intermedio de los servicios de salud.

8.199 Dentro del marco del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, el Gobierno preparó un proyecto de cooperación técnica y financiera para el acueducto y alcantarillado de la ciudad de La Habana, conjuntamente con la CEPAL, el CEPIS y la OPS/OMS; el proyecto se presentó a la consideración del PNUD y de otros organismos de financiamiento. También se hizo un análisis de la contaminación de la Bahía de La Habana y de las alternativas para la solución de este problema. Como medio eficaz de fortalecer el sistema de información nacional en ingeniería sanitaria, Cuba formó parte de la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA), adiestrándose a los bibliotecarios responsables por el manejo de dicha información.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.200 Se han realizado estudios sobre problemas relacionados con prácticas alimentarias impropias—obesidad, diabetes, arteriosclerosis e hipertensión arterial. Además, el Gobierno y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) acordaron realizar un nuevo proyecto llamado “Desarrollo del Sector Lechero”, que servirá de apoyo a los programas nacionales de salud, desarrollo rural, participación de la comunidad y producción de alimentos.

8.201 Para fortalecer los servicios de salud materno-infantil y las actividades relativas a la dinámica de la población, se continuaron las investigaciones operacionales y el desarrollo de métodos estadísticos de investigación, y se intensificó y amplió la labor de educación sexual y de información sobre regulación de la fecundidad. El programa de salud del adoles-

cente se está estructurando para dar atención integral a los problemas crecientes de este grupo. Se formuló un programa de vigilancia epidemiológica de la salud de los trabajadores y un estudio para la incorporación del Instituto de Medicina del Trabajo como Centro Colaborador de la OPS/OMS. En gerontología y geriatría se celebró un curso de actualización, y un estudio sobre la salud de los ancianos. En materia de salud oral, se han fortalecido los servicios de prevención y de atención dental para los niños, así como el programa de utilización de flúor.

8.202 En cuanto a la prevención y control de enfermedades, dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se mejoró la cadena de frío y la calidad de las vacunas que se producen y emplean en el país. Ha continuado la producción local de vacuna antisarampionosa y antimeningocócica y de nuevas vacunas virales contra la parotiditis y la rubeola. Se continuó el programa de control de enfermedades diarreicas mediante la incorporación de la rehidratación oral.

8.203 En lo concerniente a la vigilancia epidemiológica, se fortaleció el programa educativo en epidemiología con el fin de aumentar la capacidad de análisis de los problemas de salud, prescribir soluciones, formular y evaluar la prevención y el control de las enfermedades de importancia nacional, y diagnosticar la situación de salud y sus tendencias como condición previa a la planificación.

8.204 Respecto a las enfermedades no transmisibles se formuló un programa integrado que permitirá definir estrategias innovadoras en este campo. Se está llevando a cabo el proyecto de Monitoría Regional de los Programas Integrados de Control de Enfermedades Crónicas (MORE) en dos municipios del país.

8.205 Entre las áreas prioritarias debe citarse una reunión preparatoria de América Latina y el Caribe para la Conferencia Mundial de Revisión y Apreciación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la

Mujer, que se realizará en 1985. Tuvo participación activa en estas actividades la Federación de Mujeres Cubanas.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.206 Se dedican actualmente a las investigaciones sobre salud 2.030 investigadores distribuidos en 219 unidades. Se han dado los primeros pasos para integrar en un sistema esas actividades; dentro del Ministerio de Salud se plasmó para ese fin un área de ciencia y técnica a fin de lograr mayor concentración temática de integración de recursos en problemas prioritarios. En tecnología se desarrollaron nuevas técnicas para la atención de la salud prenatal y postnatal, se realizó un estudio de los factores de riesgo del sistema nervioso central en el primer año de vida y se llevaron a cabo actividades en biotecnología. Se identificaron como prioridades básicas la definición de políticas, y la evaluación, desarrollo, adaptación, transferencia y utilización de tecnologías.

8.207 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** El Gobierno ha designado a 3.044 trabajadores de la salud para que presten su colaboración en 27 países de África, Asia y América Latina. Dicho contingente está compuesto por 1.675 médicos, 58 estomatólogos, 742 enfermeras, 516 técnicos y 53 trabajadores en labores de apoyo. También dentro de la CTPD el Gobierno ofrece un programa de becas a 71 países del Tercer Mundo; al finalizar el año se habían graduado en Cuba más de 700 médicos y estomatólogos de otros países. Se reformuló la estrategia de cooperación científico-técnica que tiende a mejorar la cooperación de Cuba con los países de la Región de las Américas. Como resultado se ha fortalecido el programa de cooperación multilateral con Nicaragua, y se ha avanzado notablemente en la coordinación de esfuerzos conjuntos con Bolivia y México.

8.208 **Cooperación internacional:** El PNUD proporcionó EUA\$188.000 para la producción de productos biológicos, y desarrollo neurofisiológico de la población infantil; FNUAP dio EUA\$800.500 para la salud maternoinfantil y dinámica de la población, estudios demográficos, y formación de personal; y, UNICEF, EUA\$82.000 para un proyecto de servicios de abastecimiento de agua potable, saneamiento y vigilancia nutricional.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.209 **Personal profesional asignado al país:** Un oficial médico coordinador de programas que es el Representante de la OPS/OMS en el País y un oficial médico que actúa como coordinador técnico y responsable por la CTPD.

8.210 **Asesores regionales e interpaíses:** 158, por un total de 1.495 días de asesoría en las siguientes áreas: desarrollo de sistemas de salud, extensión de la cobertura y planificación de programas de salud, recursos humanos, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud oral, medicamentos esenciales y vacunas, medicina veterinaria, higiene de alimentos, nuevas tecnologías, salud ambiental, sistemas de información y documentación, gerontología y geriatría, salud ocupacional y educación sexual.

8.211 **Consultores a corto plazo (STC):** 31, por un total de 510 días de consultoría en: salud maternoinfantil y dinámica de la población, recursos humanos, enfermedades infecciosas y parasitarias, administración de hospitales, organización de la ciencia y la tecnología, salud ambiental, enfermedades crónicas, salud oral, educación sexual, educación para la salud, tecnología educacional y gerontología.

8.212 **Becas:** 138, por un total de EUA\$224.553 en: recursos humanos, educación para la salud, salud ambiental, salud maternoinfantil, atención primaria, producción

de sustancias biológicas, prevención y control de enfermedades, medicamentos esenciales, gerontología, enfermedades crónicas, información científica y técnica, salud oral y medicina veterinaria.

8.213 Cursos, seminarios y talleres: Se llevaron a cabo 15 eventos sobre plaguicidas, inmunizaciones, adolescencia y juventud, lactancia materna, accidentes de la infancia, rehidratación oral, crecimiento y desarrollo, investigaciones sobre salud, *Codex Alimentarius*, enfermedades crónicas, REPIDISCA, diagnóstico rápido de la tuberculosis, infecciones parasitarias, educación médica y desastres naturales. La contribución de la OPS/OMS para cursos y seminarios fue de EUA\$9.600 para gastos locales. En este rubro se contó además con la cooperación de 30 consultores regionales y 36 consultores temporeros, cuyo costo estimado fue de EUA\$93.852.

Apreciación general y tendencias futuras

8.214 El sistema nacional de salud continúa dando alta prioridad al desarrollo y fortalecimiento del modelo de medicina de la comunidad a nivel de todos los policlínicos, hospitales y puestos médicos rurales, que constituyen la red regionalizada de servicios

de atención primaria de toda la población. Se destaca la incorporación de nuevas tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, la capacitación teórica y práctica del personal de salud de diversos niveles y de las áreas programáticas, el desarrollo y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y la mejor utilización del sistema de información científica y técnica.

8.215 Los innegables logros de la salud en el país han determinado una creciente demanda de cooperación técnica por parte de otros países en desarrollo. Para cumplir con ese cometido, el sistema nacional de salud utiliza contingentes médicos y de personal técnico y recibe becarios y visitantes con el fin de intercambiar experiencias sobre los modelos más adecuados para una cobertura universal de la atención primaria de la salud.

8.216 La cooperación técnica de la OPS/OMS estuvo dirigida a 17 proyectos que surgieron de la identificación por el Gobierno, de las áreas prioritarias. Este análisis fue realizado en 1983 por grupos multidisciplinarios, integrados por funcionarios nacionales y de la OPS/OMS, con el fin de fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud Pública y utilizar al máximo la cooperación técnica internacional. Estos análisis conjuntos han continuado con el propósito de mejorar la programación de la cooperación País/OPS/OMS y de optimizar la utilización de los recursos.

Chile

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	11.682.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	82,6	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	92,3
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	22,7	— poliomielitis	1984	97,8
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	6,4	— sarampión	1984	90,8
			— tuberculosis	1984	96,2
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con agua potable	1985	99,0
Esperanza de vida al nacer	1983	67,1	Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1985	80,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	21,8	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	125,0
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,4	Número de egresos por 100 habitantes	1983	8,9
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	1,1	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	2,9
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	6,8	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.759	Médicos por 10.000 habitantes	1982	10,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	75,7	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	4,0
Porcentaje de defunciones por:			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	20,7
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	3,6	Gasto en Salud		
tumores	1983	16,1	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1981	95,0
enfermedades del corazón	1983	27,6	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	6,0
accidentes por tránsito de vehículos	1983	12,3	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982	12,4

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.217 Basándose en las estrategias de salud a mediano plazo, el Ministerio de Salud diseñó un módulo de programación para el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a fin de que cada servicio defina sus metas y formule su propia programación. Se iniciaron varios estudios para valorar la capacidad operativa y el poder resolutivo de los establecimientos del sistema de servicios, cuyos resultados permitirán identificar áreas críticas e

introducir ajustes en el sistema. La participación de la comunidad en el esfuerzo por lograr mejores niveles de salud facilitó al Ministerio de Salud el traspaso de los establecimientos de nivel primario a las administraciones municipales, aumentando así la cobertura y la accesibilidad de los servicios. El Ministerio de Salud conserva la responsabilidad de normar, supervisar y evaluar estas acciones.

8.218 En el área de recursos humanos se realizaron 16 cursos, seminarios y talleres para capacitar personal nacional en áreas prioritarias de salud, atención primaria, administración hospitalaria y proceso de toma de decisiones. El Ministerio adoptó además un plan de educación continua.

8.219 En lo referente a salud ambiental se realizó un simposio de agua potable y eliminación de excretas en zonas urbanas marginadas. Además, se realizó un seminario sobre programación de la salud ambiental. Finalmente se proporcionó equipo para el laboratorio de control del agua que opera el Ministerio. Se ha consolidado el sistema de la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA).

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.220 Se evaluó y se reformuló el programa de atención primaria de la salud materno-infantil en zonas rurales. Hubo progreso evidente en el programa de inmunizaciones; la tasa de cobertura de vacunación con DPT alcanzó el 84%, la antipoliomielítica el 86%, la antisarampionosa el 77% y la antituberculosa el 87%. Continuaron los programas de control de fiebre tifoidea, hepatitis e infecciones hospitalarias.

8.221 Se realizó un seminario sobre salud mental en el nivel primario y un curso de psiquiatría básica para médicos integrales. Se dictó un curso sobre métodos estadísticos en los estudios sobre cáncer, continuaron los estudios sobre quimioterapia del cáncer, y se estableció un subcentro del Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP) en la Universidad Nacional. También se realizó una encuesta sobre las necesidades de los ancianos, cuyos resultados servirán para diseñar una política de atención para este grupo. Se evaluó el programa nacional del control de la tuberculosis e infecciones respiratorias agudas con el fin de reorganizarlo y fortalecerlo. Se realizaron nuevos ensayos con la vacuna anti-tifoidea oral y se mejoraron las técnicas de virología. Mediante cursos de adiestramiento y elaboración de material educativo, continúa el programa de rehabilitación de enfermos de acuerdo con lo programado.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.222 Con respecto a la generación y diseminación de conocimientos se revisó en el nivel nacional el orden prioritario de las materias de investigación en el sector salud. Se destaca en este campo el estudio sobre las tendencias de las investigaciones en los servicios de salud; el estudio sobre el perfil del médico en el campo de la atención primaria, y la tendencia del peso al nacer de los niños.

8.223 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$60.000 para un programa de educación para la salud (3 años); PNUD, EUA\$43.906 para la ampliación y el mejoramiento del Instituto de Salud Pública (finalizó el proyecto en 1984); FNUAP, EUA\$16.150 para la planificación familiar (finaliza el proyecto en 1985), y el BID, EUA\$2,5 millones para el control de la contaminación de agua y aire.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.224 **Personal profesional asignado al país:** El Representante de la OPS/OMS en el País.

8.225 **Asesores regionales e interpaíses:** 53, por un total de 377 días en: enfermería, auditoría, salud de los ancianos, enfermedad de Chagas, nutrición, medicamentos esenciales, recursos humanos, salud ocupacional, control del cáncer, Programa Ampliado de Inmunización, radiología y reproducción humana.

8.226 **Consultores a corto plazo (STC):** 32, por un total de 625 días en: hemoterapia, Programa Ampliado de Inmunización, odontología, salud de los ancianos, enfermedades de transmisión sexual, preparativos en casos de desastre, manejo de basuras, programas de salud, fluoruración del agua potable, control de alimentos, lepra, control de medica-

mentos, integración docente-asistencial y enfermedades diarreicas.

8.227 **Becas:** 48, en: epidemiología del cáncer, Programa Especial de Investigación y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales de la OMS (TDR), salud animal, enfermedad de Chagas, enfermedades parasitarias, vigilancia epidemiológica, odontopediatría, anatomía humana, enfermería, salud pública, educación de adultos, salud rural, control de vectores, limpieza urbana, infecciones intrahospitalarias, psiquiatría en enfermedades crónicas y agudas, enfermedades respiratorias y malformaciones congénitas. La OPS/OMS aportó EUA\$113.080.

8.228 **Cursos, seminarios y talleres:** 14 cursos en comunicación social, rehabilitación, salud pública, salud mental, planificación familiar, información, salud ambiental, oncología infantil, atención primaria y salud infantil, epidemiología y atención integral de la mujer; 9 seminarios en salud ambiental, antropología social e investigación, tuberculosis, enfermedades diarreicas, salud maternoinfantil, atención primaria y epidemiología, y 1 taller en información y documentación (REPIDISCA). Además se realizaron jornadas y reuniones especiales en recursos humanos, control de enfermedades y saneamiento del medio. Estos eventos recibieron un aporte total de la OPS/OMS de EUA\$58.200.

8.229 **Subsidios:** La OPS/OMS adjudicó EUA\$8.000 para las jornadas de salud pública; EUA\$12.680 para preparar el perfil profesional del médico en el campo de la atención primaria en el país; EUA\$4.174 para una investigación del asma bronquial; EUA\$1.200 para una investigación de la tendencia del peso al nacer en los niños; EUA\$1.000 para las primeras jornadas de atención primaria del servicio de salud Bío-Bío; EUA\$2.000 para un estudio sobre la capacidad resolutoria de los niveles de atención,

y EUA\$2.500 para una encuesta sobre las necesidades de los ancianos.

Apreciación general y tendencias futuras

8.230 Chile ha alcanzado un nivel sustantivo de madurez en cuanto a la definición e instrumentación de políticas de salud, especialmente en la ampliación de la cobertura con servicios, desarrollo de la infraestructura, servicios rurales, atención maternoinfantil y enfermedades prevenibles por vacunación. No obstante, las autoridades de salud han reiterado el propósito del Gobierno de cumplir con el compromiso de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Al efecto, el Ministro está revisando periódicamente las prioridades establecidas y las realizaciones logradas, de manera de asegurarse que las acciones respondan a las necesidades reales de la población.

8.231 Por otra parte, el Ministerio de Salud considera que el mejoramiento de los niveles de salud en un país es un proceso esencialmente político-social que debe comenzar por la aceptación de la función de la salud, siendo necesario mantener una relación estrecha con otros sectores del desarrollo. Para ello el Ministerio se ha vinculado principalmente con el Ministerio de Educación, al cual asesora en materia alimentario-nutricional, para la buena marcha del programa de almuerzos escolares y jardines infantiles; además se han creado comisiones para el estudio y control del alcoholismo y la drogadicción. Con la Dirección General de Deportes (Ministerio de Defensa) se realizan programas conjuntos para niños y adolescentes. Con el Ministerio de Agricultura se trabaja en problemas de contaminación de zonas agrícolas y el control de insecticidas residuales, y con la comisión para el estudio de problemas de la leche.

Dominica

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	76.500	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	86,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	24,3	— poliomielitis	1983	85,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	5,1	— sarampión	1983	62,0
			— tuberculosis	1983	77,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	77,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1980	86,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Esperanza de vida al nacer	...	74,0 ^a	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	13,9	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	3,0
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,0			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	0,4	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	10,5	Médicos por 10.000 habitantes	1983	3,6
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.018	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	16,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	55,4	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	4,1
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	...	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1978	4,3
tumores	1983	21,0	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1978	21,0
enfermedades del corazón	1983	23,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1978	15,0
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	

... Información no disponible.

— Ninguno.

^a Edad para mujeres. Edad para hombres, 68,0 años.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.232 Dominica ha experimentado importantes cambios administrativos, destacándose entre ellos la organización y gestión descentralizadas de los servicios integrantes de la comunidad. También son dignos de mención la instrumentación del Plan Nacional de Salud, el desarrollo de los servicios de enfermería, la ejecución del programa de enfermeras de atención primaria y la planificación y

realización de un taller para personal de enfermería de introducción a las normas que rigen esa profesión en el Caribe.

8.233 En cuanto al desarrollo de recursos humanos, los datos sobre el personal de salud reunidos en 1983 fueron objeto de un examen crítico, y se estaban preparando los planes para llevar a cabo en 1985 un taller nacional sobre el apoyo que debe prestarse a la organización, estrategias y formulación de políticas encaminadas a mejorar la preparación del personal de salud.

8.234 Continuando con el fomento de la atención primaria de salud en todo el país, se prestó atención a la salud ambiental,

desarrollándose actividades encaminadas a la gestión de programas, eliminación de desechos sólidos en Roseau, control de vectores y la preparación de un informe sectorial sobre abastecimiento de agua y saneamiento para que contribuya a determinar el orden de prioridades de las necesidades y proyectos nacionales. En un taller subregional sobre control de la calidad del agua estuvieron representados los servicios de abastecimiento de agua y de salud, y un oficial de salud ambiental recibió adiestramiento en el extranjero en materia de lucha antivectorial.

8.235 Dominica es la sede del Proyecto de la OPS/OMS del Laboratorio de Salud del Caribe, que ofrece a toda esa Región servicios de investigación y presentación de informes de muestras histológicas, citológicas y de médula ósea. También recibe consultas sobre la patología de pacientes, colabora en el establecimiento de laboratorios rurales y organiza cursos de capacitación en gestión de laboratorios y pruebas de determinación de hepatitis.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.236 La salud maternoinfantil está incorporada al sistema de atención primaria de salud del país. Se ha procedido a una reestructuración progresiva de la prestación de los servicios de salud, acompañada del debido adiestramiento y colocación del personal. Con este fin, el sistema de información sobre salud está encaminado a proveer ciertos datos necesarios, particularmente en referencia a la salud maternoinfantil, tal como la cobertura de los diversos componentes del servicio. Se lograron ciertos progresos en la promoción de la educación para la vida familiar en las escuelas y en la ejecución de programas en el Centro de Adolescentes.

8.237 Se lograron adelantos en la observación ulterior del programa para enfermeras especializadas en salud familiar y se proporcionó orientación continua a las egresadas de este programa. También se progresó en el

análisis de los resultados de la encuesta perinatal. La OPS/OMS prestó apoyo administrativo y técnico para proyectos del FNUAP—incluida la preparación de informes, becas y compra de suministros—y cooperó en la organización de dos talleres de educación para la vida familiar dedicados a maestros.

8.238 Con la colaboración del CFNI, se hicieron correcciones a la política de alimentación y nutrición para Dominica. La estrategia nutricional sigue fomentando la lactancia natural. Al terminar el año se estaban llevando a cabo actividades del Programa Mixto OPS/OMS-UNICEF de Apoyo Nutricional. En cuanto al programa de inmunización del país, el Gobierno con la asistencia del CAREC desarrolló y reforzó su capacidad de vigilancia y de laboratorio. También se lograron progresos en el desarrollo del programa de control de la lepra.

8.239 El Grupo de la OPS/OMS de Preparativos para Situaciones de Desastre continuó prestando apoyo a las actividades de Dominica en este campo. La Organización colaboró en el fortalecimiento de la vigilancia de las zoonosis y en la monitoría del desarrollo del laboratorio de diagnóstico veterinario.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.240 **Cooperación internacional:** Se recibió asistencia del *UNICEF* para un programa mixto de nutrición y para la asistencia del niño; del PNUD para los servicios de laboratorio de los servicios de salud del Caribe Oriental; del *FNUAP*, EUA\$89.435 para un programa de salud maternoinfantil y planificación de la familia; de la *FIPF* (Federación Internacional de Planificación de la Familia) para la planificación de la familia, y de *CARICOM* para la capacitación en administración de salud comunitaria.

8.241 **Cooperación bilateral:** El *CIID* (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá) cooperó en la eva-

luación de un programa para enfermeras de atención primaria; la *AID/EUA* contribuyó con EUA\$203.703 para un programa de suministro de medicamentos (2 años; cooperación técnica solamente) y para otro de atención primaria de salud; la *Administración de Gran Bretaña para el Desarrollo de Ultramar* hizo una aportación para la formación de personal (cooperación técnica); el *Gobierno de los Países Bajos* entregó EUA\$444.444 para mejoras del Hospital Princess Margaret; el *Gobierno de Bélgica* proporcionó EUA\$80.000 para mejorar el centro principal de salud de Roseau, y el *Gobierno de Francia* hizo una donación para las instalaciones hospitalarias y de atención primaria de salud.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.242 Personal profesional asignado al país: 2 funcionarios, un patólogo y el administrador del Proyecto de Laboratorio del Caribe.

8.243 Asesores regionales e interpaíses: Gran parte de la cooperación proviene del personal de la Organización destinado en diversos lugares del Caribe así como de la Sede, del CAREC y del CFNI. Un grupo de consultores de la Oficina de Coordinación del Programa del Caribe (CPC) colaboró con el Gobierno en el desarrollo de sistemas de salud, preparativos para situaciones de desastre, control de enfermedades, salud ambiental, zoonosis y lucha antivectorial.

8.244 Becas: 7, en las áreas de gestión, educación en ciencias, salud de la comunidad, hepatitis, registros médicos, enseñanza de enfermería, higiene de la carne y otros alimentos. La aportación de la OPS/OMS fue de EUA\$32.670. Además se ofreció adiestramiento a seis personas del país en gestión de laboratorios (Santa Lucía), gestión de salas hospitalarias (Barbados), enfermería de salud de la comunidad (Bahamas) e inspección de la carne y otros alimentos (Jamaica), utili-

zando fondos de la Secretaría de la Comunidad Económica Europea-Comunidad del Caribe (CEE-CARICOM).

8.245 Subvenciones: La OPS/OMS proporcionó EUA\$3.000 para un estudio sobre grupos femeninos.

Apreciación general y tendencias futuras

8.246 El Gobierno está plenamente consagrado a la atención primaria de salud y espera seguir contando con la colaboración de la OPS/OMS. La Organización fomentará el desarrollo de la idoneidad profesional y la autosuficiencia dentro del equipo de salud materno-infantil en Dominica, mediante el proyecto del FNUAP. Deberá revisarse el manual de salud materno-infantil y evaluarse los servicios posnatales. Se proyecta ofrecer adiestramiento local en asistencia neonatal con la colaboración del CLAP.

8.247 La asistencia de la OPS/OMS en el campo de la salud ambiental tuvo una mayor repercusión que en años anteriores, permitiendo lograr un pronunciado progreso en dos aspectos prioritarios, a saber, la gestión de desechos sólidos y la lucha antivectorial. Para lograrse la plena atención primaria de salud a nivel de distrito a la que se ha comprometido el Gobierno, se requerirá más asistencia para las operaciones sobre el terreno.

8.248 Un esfuerzo en colaboración con el Centro del Caribe para la Administración del Desarrollo (CARICAD) y la Secretaría de CARICOM fue la preparación en líneas generales de una propuesta para un programa de 2 años de adiestramiento en el servicio de gestión de salud de la comunidad cuya ejecución dependería del Sistema Periférico (Challenge Outreach Scheme) de la Universidad de las Indias Occidentales. El programa tiene por objeto satisfacer las necesidades de Dominica (y de otros países en desarrollo) en cuanto a la capacitación del personal de salud

en la gestión de los servicios de ese sector. El Ministerio de Salud de Dominica ha encontrado aceptable la propuesta, que fue aprobada por la Junta de la Facultad de Medicina de la mencionada Universidad. Su ejecución, sin embargo, se postergó hasta 1985 a fin de

que el personal del Ministerio disponga de más tiempo para intercambiar consultas. Este programa y otras actividades de adiestramiento durante el servicio recibirá apoyo financiero de la CEE-Secretaría de CARICOM en forma de una subvención.

Ecuador

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	8.823.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1982	48,7	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	31,5
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980	28,0	— poliomielitis	1983	32,5
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980	7,2	— sarampión	1983	35,1
			— tuberculosis	1983	87,1
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	38,2
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	42,9
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1984	65,2 ^a	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	80,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980	63,9	Número de egresos por 100 habitantes	1983	2,5
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1980	1,9	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	1,9
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	8,6			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.114	Médicos por 10.000 habitantes	1984	13,9
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	50,1	Enfermeras por 10.000 habitantes	1984	3,4
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	13,4
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	17,4	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	34,0
tumores	1980	6,1	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1982	6,0
enfermedades del corazón	1980	12,4	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	6,9
accidentes por tránsito de vehículos	1980	3,7			

... Información no disponible.

^a Edad para mujeres. Edad para hombres, 62,8 años.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.249 En el proceso de extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población urbana marginada y rural, las estrategias, objetivos y metas nacionales se han orientado hacia el incremento de la eficiencia, eficacia y estructura de dichos servicios, y hacia la prestación de la atención primaria con participación de la comunidad por considerarse que estas son algunas de las medidas fundamentales para el logro de dicho ob-

jetivo. Dentro de este proceso, se destacan las siguientes actividades: el desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas de planificación sectorial; el establecimiento de la metodología de programación local integrada con base en el diagnóstico de salud de la comunidad, y dentro del marco de la regionalización funcional de los servicios de salud y de la descentralización administrativa nacional; la revisión del sistema de monitoría, supervisión y control de las actividades en materia de salud y de los procesos administrativos que las apoyan; y la definición del sistema nacional de salud.

8.250 Se formuló un plan de desarrollo administrativo a corto y mediano plazo tendiente a mejorar las operaciones en los niveles

central y regional, las áreas de salud y los servicios locales. En el programa de mantenimiento de servicios se ha montado un sistema computadorizado de información, lo que en corto tiempo permitirá controlar el funcionamiento de instalaciones y equipos. Dentro de las prioridades derivadas de la problemática integral de los servicios de salud se destaca el programa de medicamentos esenciales, en el cual se considera la dotación gratuita de medicamentos y sustancias biológicas para las madres y los niños menores de 5 años.

8.251 En lo referente al desarrollo de los recursos humanos se están llevando a cabo medidas encaminadas a adaptar los planes de estudios a los requerimientos de los programas de salud. Existe un déficit de especialistas que se trata de superar con un programa de residencias financiadas con becas locales y un plan que permite ubicar a los egresados en los sitios de mayor necesidad. Continuaron los cursos de capacitación en el servicio de auxiliares de enfermería, lo que ha permitido reducir la escasez de este personal. Se fortaleció el desarrollo del curso nacional de posgrado en administración e investigación de salud, así como el programa de educación continua, tanto para el personal técnico de salud como para el administrativo y de mantenimiento de los servicios. Continuó el desarrollo del Centro de Tecnología Educativa y su integración al Instituto de Pedagogía de la Universidad Central.

8.252 En lo que atañe a la salud ambiental, se concretó el proyecto de desarrollo institucional de la Empresa Municipal de Alcantarillado de Guayaquil, y está en ejecución el plan maestro de alcantarillado y las obras de relleno sanitario de lotes en las zonas marginadas de esa ciudad. Además se completó una investigación sobre métodos substitutivos de bajo costo para la eliminación de excretas. El Congreso Nacional aprobó una ley para financiar obras de saneamiento rural. Continuó la rehabilitación de los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado en las zonas afectadas por las inundaciones de 1982-1983. Prosiguió el desarrollo institucio-

nal y de los recursos humanos del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), y se ha dado un importante paso para mejorar la articulación de éste con el Ministerio de Salud Pública.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.253 Se alcanzó una cobertura de consultas del 49% de las mujeres embarazadas y del 54,7% de los niños menores de un año. Son porcentajes aún bajos en relación con la capacidad de oferta y se espera incrementarlos con la implantación nacional de la programación local integrada. Se ha iniciado en este sentido la formulación de un programa integrado para reducir la mortalidad infantil que incluye vacunaciones, asistencia alimentaria, lactancia materna, control del crecimiento y desarrollo del programa de control de infecciones respiratorias agudas.

8.254 Las coberturas de vacunación logradas hasta septiembre (1984) por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fueron del 36% con vacuna DPT/antipolio (3a dosis), del 40% con vacuna antisarampionosa y del 79% con vacuna BCG. Se capacitó al personal del PAI en cinco talleres nacionales. Se aprobó la guía de vigilancia epidemiológica de las enfermedades del PAI y se actualizaron las normas y los módulos de capacitación para profesionales técnicos.

8.255 El programa de complementación alimentaria se extendió a los niños desnutridos menores de 4 años. Se realizaron actividades de educación y prevención en materia de salud oral, especialmente destinadas a la población materno-infantil y escolar. El 48% de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública cuenta con instalaciones y equipos para prestar servicios dentales. Se formuló un programa quinquenal de control de enfermedades diarreicas y se habilitaron 12 unidades hospitalarias de rehidratación oral en seis provincias.

8.256 La adquisición de una cantidad significativa de insecticidas permitió ampliar

las actividades antivectoriales en la lucha contra la malaria. Además, se formuló un proyecto por EUA\$9 millones para la adquisición de equipos y materiales destinados a combatir esta enfermedad en la provincia de Esmeraldas. Continuó el estudio serológico sobre la enfermedad de Chagas y las investigaciones sobre biología y taxonomía de los vectores de la oncocercosis que afecta a una zona limitada de la provincia de Esmeraldas. Se adiestró personal para el control de la lepra y la peste y para situaciones de emergencia en casos de desastre.

8.257 De acuerdo con los compromisos contraídos con la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa, el país realizó la macrocaracterización de las formas de producción a fin de establecer las estrategias para el control de la enfermedad. Se realizó el programa piloto de control de la fiebre aftosa en la zona de Santo Domingo de los Colorados, donde se aplicaron 300.000 dosis de vacuna oleosa. Se reelaboraron las normas técnicas del programa de lucha antirrábica, se revisó su sistema de información, y se preparó un programa para Guayaquil.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.258 **Cooperación internacional:** El *FNUAP* donó EUA\$2,1 millones para un programa de salud materno-infantil y planificación familiar en las provincias de Guayas y Chimborazo (4 años); *UNICEF*, EUA\$303.390 para la atención primaria de salud en la zona urbana marginada de Guayaquil (programa iniciado en 1983 y aprobado por 2 años y 6 meses); el *BID*, EUA\$12,2 millones para un programa de 4 años (en operación) para la dotación de agua potable a varias localidades de El Oro, EUA\$17 millones para un programa de 4 años (en operación) para el relleno de lotes y servicio de alcantarillado en Guayaquil, EUA\$12,2 millones para un programa de 4 años (en operación) para la consolidación del sistema de abastecimiento

de agua de Quito, EUA\$28 millones para un programa de 4 años (aprobado en 1984) para el sistema de agua potable de Quito y primera etapa del proyecto Mico-Tambo, EUA\$400.000 para un programa de 2 años (en operación) para el desarrollo institucional de la EMAG, EUA\$260.000 para un estudio de costos marginales de tarifas de agua (fondos de cooperación técnica), EUA\$710.000 para un programa de 2 años (en operación) para los sistemas de alcantarillado sanitario y pluvial de Guayaquil, EUA\$530.000 para la reducción de la mortalidad materno-infantil (programa iniciado en noviembre 1984 y aprobado por 1 año), y EUA\$9 millones para un programa de 5 años (en operación) para el fortalecimiento de la infraestructura física de los servicios de salud en el medio rural. El *PMA* proporcionó EUA\$11,2 millones para alimentación materno-infantil (5 años) y EUA\$7 millones para parte de la reforma agraria y desarrollo rural.

8.259 **Cooperación bilateral:** *AID/EUA* donó para dos proyectos sobre control de malaria EUA\$500.000 para 1984 y EUA\$10 millones para 5 años; EUA\$11,8 millones para dos programas de desarrollo de servicios de salud rural integral (ambos por 5 años), y EUA\$400.000 para la integración docente-asistencial de salud materno-infantil (4 años). *AGFUND* proporcionó EUA\$216.000 para el control de la rabia en Guayaquil (2 años).

8.260 **Fundaciones:** La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$284.000 para la integración docente-asistencial en la extensión de la cobertura de los servicios de salud materno-infantil (4 años).

8.261 Para coordinar en forma efectiva las agencias que colaboran en el campo de la salud, el Ministerio proyecta elaborar un programa de cooperación única.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.262 **Personal profesional asignado al país:** 11, incluidos el Representante de la

OPS/OMS en el País, un consultor regional, y asesores en administración de servicios de salud, enfermería, epidemiología, métodos administrativos, salud pública veterinaria, malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, ingeniería sanitaria, PAI y asistencia administrativa.

8.263 Asesores regionales e interpaíses: 42, por un total de 251 días en: veterinaria, enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades diarreicas, tecnología educativa, salud materno-infantil, odontología, preparativos para casos de desastre, lepra, nutrición, información, ingeniería sanitaria, producción de sustancias biológicas, desarrollo de servicios, PAI, rehabilitación, la mujer en la salud y el desarrollo y medicamentos esenciales.

8.264 Consultores a corto plazo (STC): 40, por un total de 832 días en las siguientes especialidades: fijación de precios de medicamentos, rehabilitación, sociología médica, laboratorio de parasitología, mantenimiento de servicios, información y monitoría, recursos físicos en salud, planificación, salud mental, salud perinatal, infecciones respiratorias agudas, vigilancia epidemiológica veterinaria, control de enfermedades diarreicas, radiología, ingeniería sanitaria, salud oral, preparativos para casos de desastre, control de la lepra, diagnóstico de las enfermedades vesiculares, integración docente-asistencial e investigación en el campo de la salud.

8.265 Becas: 37, por un total de 125 meses a un costo real de EUA\$93.975 en: Maestría en Salud Pública, epidemiología, enfermería en salud pública, metodología de la enseñanza, comunicación social, diagnóstico de la enfermedad de Chagas, planificación en salud, saneamiento ambiental, recursos físicos en salud, toxicología, bibliotecología médica, control de enfermedades diarreicas, producción de sustancias biológicas, registros de medicamentos, mantenimiento hospitala-

rio, enfermedades respiratorias, manejo de bioterios, técnicas de laboratorio, diagnóstico de la encefalitis y participación de la comunidad.

8.266 Cursos, seminarios y talleres: 24 cursos y 3 seminarios, con 748 participantes en: vigilancia epidemiológica, comunicación educativa, capacitación de instructores, saneamiento en casos de desastre, técnicas de supervisión, control de la lepra y la leishmaniasis, salud materno-infantil, preparativos para casos de desastre, control de la rabia y otras zoonosis. Se realizó además una reunión interregional sobre atención primaria en zonas urbanas marginadas y un congreso internacional de farmacología. Estos eventos recibieron un aporte total de la OPS/OMS de EUA\$38.762.

8.267 Subvenciones: A través de su Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales (TDR), la OMS otorgó una suma de EUA\$32.000 (1983-1985) para el control de la enfermedad de Chagas y una de EUA\$6.000 para el control de la oncocercosis. La OPS concedió también la suma de EUA\$15.000 (1983-1985) para el control de la oncocercosis.

Apreciación general y tendencias futuras

8.268 Debido a que 1984 fue un año electoral se presentaron dificultades y atrasos en el desarrollo de los programas de salud. La situación se prolongó hasta agosto, mes en que tomaron posesión las nuevas autoridades. Desde ese momento se procedió a definir un programa de salud y las modificaciones estructurales en las dependencias del Ministerio de Salud Pública, lo que resultó en una redefinición de la cooperación técnica de la OPS/OMS, dentro del marco del Plan de Acción y de las estrategias de salud para todos en el año 2000.

El Salvador

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	4.756.800	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	45,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	30,5	— poliomielitis	1983	44,9
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	7,0	— sarampión	1983	41,3
			— tuberculosis	1983	47,5
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	58,8
Esperanza de vida al nacer	1980-85	64,6	Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	50,8
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	42,2	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1984	1,1
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,7	Número de egresos por 100 habitantes	1983	4,5
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	4,9	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	1,3
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	8,7	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.134	Médicos por 10.000 habitantes	1983	3,4
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	55,8	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	2,8
Porcentaje de defunciones por:			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	5,9
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	11,0	Gasto en Salud		
tumores	1982	2,9	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1981	14
enfermedades del corazón	1982	8,1	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
accidentes por tránsito de vehículos	1982	2,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	8,7

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.269 Al terminar el año existían en el país 363 establecimientos de servicios de salud distribuidos en 234 de los 261 municipios; otros 55 establecimientos han sido dañados y en consecuencia estuvieron imposibilitados de prestar servicios. Con el fin de rehabilitar esta red de servicios, se han formulado dos proyectos nacionales dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. El primero, por EUA\$66 millones

persigue el fortalecimiento de la extensión de la cobertura e incluye el remodelamiento de 21 puestos y 15 centros de salud y algunos hospitales, además de la construcción de 40 centros nutricionales rurales, y el fomento del adiestramiento para el trabajo de investigación. El proyecto de sistemas de mantenimiento, por aproximadamente EUA\$1 millón, se destina al incremento de la capacidad operativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al fortalecimiento de los sistemas de gestión administrativa.

8.270 Con objeto de consolidar el sistema de mantenimiento de instalaciones se dictaron 13 cursos sobre equipo médico y gestión administrativa hospitalaria.

8.271 Para contribuir a mejorar los procesos de planificación y evaluación, se evaluó el sistema nacional de información y se procedió a su reestructuración. Se inició la preparación de los hospitales para atender la demanda en casos de desastre.

8.272 En lo que atañe a los recursos humanos se continuó la revisión del plan de estudios de tres escuelas de enfermería. Además, 896 funcionarios de salud asistieron a 15 cursos y talleres en los que recibieron orientación sobre atención médica, epidemiología, malaria y saneamiento ambiental.

8.273 En materia de saneamiento ambiental se formuló el plan definitivo para el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, así como un plan para la operación y el mantenimiento de redes de abastecimiento de agua, con énfasis en el control de fugas.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.274 En el área de la salud maternoinfantil se destaca la integración de las actividades de planificación familiar en los servicios de salud, y la revisión de las normas y procedimientos del programa con base en los criterios de riesgo. Se formularon varios proyectos para el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá sobre lactancia materna, control del crecimiento, rehidratación oral, inmunizaciones, adiestramiento de parteras empíricas y educación comunitaria. En nutrición, y dentro del mismo Plan de Necesidades Prioritarias de Salud, se formularon 11 proyectos en los que se destaca la producción y elaboración de alimentos, su mercadeo y distribución. Se diseñaron los protocolos de investigación para determinar el nivel de salud oral de la población y se evaluó el componente docente-asistencial a fin de mejorar la prestación de servicios dentales con personal auxiliar y módulos simplificados.

8.275 Para consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica se asignaron dos médicos más al programa y se capacitó al personal (médicos, enfermeras y auxiliares) en cursos modulares. Se incorporaron tres hospitales más al programa de enfermedades diarreicas que funciona en las cinco regiones del país. Dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), las coberturas solo han alcanzado al 45% de los menores de 1 año. Se reforzó la cadena de frío y se continuó el adiestramiento del personal vinculado al PAI.

8.276 Se registraron 53.000 casos de malaria, o sea, 5.000 casos más que en 1983. Los problemas de resistencia de anófeles a los insecticidas, las migraciones de población, y las dificultades administrativas, especialmente la insuficiencia de recursos, afectaron seriamente el programa. Para superar esta situación se intensificaron las investigaciones en métodos de control de malaria y se realizaron cuatro estudios de factibilidad. Se formularon los proyectos para incluirlos en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Ante el problema creciente de la rabia humana (32 defunciones registradas), se vacunaron más de 24.000 personas mordidas por perros y se adaptó el laboratorio de producción de vacuna antirrábica tipo Semple a la de cerebro de ratón lactante.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.277 **Cooperación internacional:** El *UNICEF* ayudó en la preparación de los subproyectos del área de supervivencia infantil dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá; los fondos suplementarios asignados para 1983-1984 fueron EUA\$654.000; *PNUD* proporcionó EUA\$83.554 para programas de sistemas de abastecimiento de agua potable para el medio rural, incluyendo cursos, seminarios y contratación de consultores. *FNUAP* proporcionó EUA\$99.851 para pro-

gramas de planificación familiar, y el *BID*, EUA\$18.652 para el financiamiento de cuatro cursos en mantenimiento de equipo.

8.278 Cooperación bilateral: *AID/EUA* asignó EUA\$1.144 para el programa *VISISA* (Vitalización de los Sistemas de Salud) y EUA\$102.000 para el programa de lactancia materna; *CIDA*, EUA\$20.705 para equipo y materiales para el Hospital Rosales y EUA\$1.000 para equipo para el Banco de Leche del Hospital de Maternidad.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.279 Personal profesional asignado al país: 5 funcionarios, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en atención médica, epidemiología, malaria y saneamiento ambiental. Este último se integró en agosto.

8.280 Asesores regionales e interpaíses: 42, con un total de 283 días de asesoría en 15 áreas, a saber, salud maternoinfantil, salud oral, epidemiología, zoonosis, malaria, salud ambiental, sistemas de salud, preparativos para casos de desastre, medicamentos esenciales, salud mental, administración de servicios, recursos humanos, enfermería, estadística y nutrición.

8.281 Consultores a corto plazo (STC): 38, que dieron un total de 1.628 días de asesoría en las áreas siguientes: salud maternoinfantil, salud oral, zoonosis, salud ambiental, sistemas de salud, preparativos para casos de desastre, medicamentos esenciales, salud mental, recursos humanos, laboratorios, salud de los adultos, enfermería, estadística, mantenimiento y nutrición.

8.282 Becas: 44, a funcionarios nacionales, por un total de EUA\$118.549 en: administración hospitalaria, sistemas de información, recursos humanos, educación alimentaria nutricional, salud oral, epidemiología, control de tuberculosis, registro de

medicamentos, lepra y producción de vacuna antirrábica. Por disposición gubernamental los becarios no tienen derecho a disfrutar de su sueldo mientras hacen uso de la beca.

8.283 Cursos, seminarios y talleres: 14 eventos con 896 participantes. Los cursos versaron sobre malaria, plantas de tratamiento de aguas residuales, adiestramiento para fontaneros comunales, limpieza de calles, tratamiento de agua potable, auxiliares de estadística y documentos médicos, desarrollo de la comunidad, y preparación de hospitales para casos de desastre; el seminario versó sobre salud mental, y los talleres trataron sobre la actualización de personal que trabaja en dispensarios antituberculosos, preparación para las jornadas nacionales de vacunación, salud para todos en el año 2000, jornadas odontológicas infantiles y elaboración del perfil ocupacional del auxiliar de estadística. La participación económica de la OPS/OMS en estas actividades fue de EUA\$38.819.

Apreciación general y tendencias futuras

8.284 Al igual que los otros países de Centroamérica, El Salvador enfrenta una seria crisis económico-social que afecta a todos los sectores. La prestación de servicios de salud suele verse limitada con frecuencia por los obstáculos propios de la situación reinante, a lo que se agrega las limitaciones presupuestarias. Con el inicio de un nuevo Gobierno, se ofrece la posibilidad de trabajar en pro del mejoramiento de las condiciones económicas y sociales. Las nuevas autoridades de salud dieron su apoyo incondicional al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, que incorpora las necesidades de salud de El Salvador, tanto en los proyectos subregionales preparados para tal fin como en dos proyectos nacionales. Se confía en que la acción conjunta de los países del Istmo haga posible la obtención de

recursos para su realización y contribuya a lograr mejores niveles de bienestar para la subregión.

8.285 Algunos de los perfiles contemplados en las prioridades de salud, empiezan a concretarse en los proyectos que se han de

realizar en 1985, especialmente en las áreas de supervivencia infantil y de control de enfermedades tropicales. Si las condiciones internas del país mejoran, se tiene esperanza de que en 1985 se puedan llevar a cabo las actividades pospuestas.

Estados Unidos de América

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	236.158.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	--difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	37,4
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	...	...	--poliomielitis	1983	24,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	...	...	--sarampión	1983	7,1
			--tuberculosis	1984	^a
			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	^b
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1980	98,2
Esperanza de vida al nacer	1982	74,6	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	11,5	Número de egresos por 100 habitantes	1983	16,7
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,9	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	5,7
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	0,6	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	6,8	Médicos por 10.000 habitantes	1982	19,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	3.641	Enfermeras por 10.000 habitantes	1982	59,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	105,6	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	33,0
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	1,0	Gasto en salud per cápita (EUAS)	1983	1.459
tumores	1982	22,3	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	10,9
enfermedades del corazón	1982	38,3	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	29,7
accidentes por tránsito de vehículos	1982	2,3			

... Información no disponible.

^a Casi nadie. ^b Casi toda la población.

Análisis de las medidas adoptadas en 1984 para la instrumentación de las Estrategias Regionales

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.286 Teniendo en cuenta que muchos de los principales problemas de salud con que se enfrenta el país actualmente radican en el estilo de vida o en factores ambientales que pueden cambiarse, el fomento de la salud y la prevención de enfermedades constituyen, al parecer, la clave para que siga mejorando el

estado de salud de la población de los Estados Unidos de América. Desde 1980, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos persigue las metas establecidas en el informe titulado "Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation". Este volumen representa los planes del Gobierno Federal para lograr que en 1990 los ciudadanos gocen de mejor salud. Se han establecido metas para las cinco etapas principales de la vida humana: infancia, niñez, adolescencia y primera juventud (15-24 años), edad adulta (25-64 años) y edad avanzada (65 años y más). Las metas para los cuatro primeros grupos consisten en mejorar la salud y reducir la mortalidad, y para el último, correspondiente a la

edad avanzada, se trata de mejorar la salud y calidad de vida y reducir el promedio de días por año de actividad restringida a causa de afecciones agudas y crónicas. Las metas han de cumplirse en 11 aspectos prioritarios: control de la hipertensión, planificación de la familia, control de agentes tóxicos, protección y salud ocupacionales, prevención de accidentes y control de traumatismos, fluoruración y salud dental, vigilancia y control de enfermedades infecciosas, tabaquismo y salud, uso indebido de alcohol y drogas, buen estado físico y ejercicio y control del estrés y comportamiento violento. Para cada campo prioritario se han establecido objetivos concretos y cuantificables, 227 en total, y planes para llevarlos a la práctica. Se han reunido para que participen en este proceso más de 500 individuos y representantes de organizaciones del sector público y del privado, reconociéndose que la consecución de las metas requiere la participación de instituciones e individuos de todos los sectores de la sociedad.

8.287 En febrero de 1984, se reunieron más de 60 representantes de grupos nacionales de los sectores público y privado para examinar la situación del fomento de la salud en las escuelas, el comercio y la industria, organizaciones benéficas, profesiones de la salud y servicios de atención de salud. Se definió el alcance del fomento de la salud en cada uno de los sectores y se identificaron los posibles campos de acción. Además, cada sector identificó también los obstáculos con que tropieza la acción y se formularon recomendaciones al respecto. El éxito de la reunión se refleja en el hecho de que todos los grupos señalaron la importancia de los objetivos de sus respectivas misiones y formularon sugerencias concretas acerca de la manera en que el Gobierno Federal y el sector privado podrían cooperar en la consecución de las metas del fomento de la salud de la Nación.

8.288 El Departamento ha prestado apoyo financiero a instituciones que asignan recursos a campos de alta prioridad nacional,

como la prevención de enfermedades, el fomento de la salud, el aumento de la provisión de personal de atención primaria y el mejoramiento de la distribución de los profesionales de la salud. Ciertos proyectos locales de educación para la salud han proporcionado medios de adiestramiento en los que se insiste en el fomento de la salud a nivel comunitario. Centros regionales previstos de los medios necesarios colaboran en la formación de profesionales relacionados con la salud y en el adiestramiento multidisciplinario referente a la atención geriátrica. La disponibilidad de médicos alopáticos en los cuatro grupos de especialidades médicas que comprenden la atención primaria (medicina general, medicina de la familia, medicina interna y pediatría) aumentó en un 47,5% en el período de 1970 a 1982. Los residentes de primer año en medicina de la familia aumentaron de 190 en 1970 a 2.584 en el año académico de 1984-1985. Los datos sobre el lugar de residencia de los graduados en medicina de la familia sugieren un mejoramiento de los problemas de la distribución geográfica. Entre 1977 y 1980 aumentó en un 73,98% la proporción de enfermeras diplomadas que trabajan en los servicios de atención primaria de salud y como parteras.

8.289 Tanto en el sector público como en el privado se llevan a cabo actividades de planificación, evaluación y preparación de presupuestos en materia de salud, tal como lo exige una gestión administrativa adecuada. A nivel federal, este proceso ha originado recientemente un importante cambio en el financiamiento de la asistencia médica ("Medicare"), programa que en 1983 agrupaba a más de 30 millones de personas, 90% de las cuales son de 65 años de edad o más. Los gastos incurridos en este programa para la atención de la salud repercutieron de tal modo en los recursos de la nación que se sustituyó el sistema sumamente inflacionario basado en el reembolso de lo gastado en hospitales por un sistema de "pago anticipado", que se calculó agrupando diagnósticos de pacientes. Se espera que la aplicación eficaz de

este sistema resulte más provechosa, obteniéndose una mejor atención de la salud a un costo más razonable. Dado el porcentaje creciente de la población estadounidense representado por las personas de edad avanzada, el método de financiamiento del programa "Medicare" ejercerá un efecto cada vez mayor en la prestación de servicios de salud en el país.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.290 Ya han alcanzado varios de los objetivos establecidos por el Gobierno para 1990 con respecto al fomento de la salud y la prevención de enfermedades. A título de ejemplo puede citarse la meta de menos de 10 casos de poliomielitis parálisis y rubeola congénita (en 1982 sólo se produjeron siete casos de cada una de estas enfermedades); la de menos de 60% de niños de 9 años con caries en los dientes permanentes (en 1982, sólo un 51% de los niños de 9 años tenían caries), y la de reducir la tasa anual de lesiones que incapacitan para el trabajo a 83 por 1.000 trabajadores a tiempo completo (los datos actuales procedentes de la Oficina de Estadística Laboral indican que la tasa ya ha bajado al 81 por 1.000).

8.291 En el campo de la inmunización se han logrado importantes avances. En el año escolar de 1981-1982, por lo menos 95% de los niños que ingresaban al primer grado de la escuela primaria o al jardín de infantes habían sido inmunizados contra el sarampión, rubeola, parotiditis infecciosa, poliomielitis y difteria, tétanos y tos ferina. El número de casos de sarampión notificados descendió de 13.597 en 1979 a 1.697 en 1982. La vigilancia, con inclusión de investigaciones epidemiológicas, es fundamental e indispensable para combatir las enfermedades infecciosas. Por consiguiente, los objetivos de los Estados Unidos de América destacan el constante desarrollo y aplicación de técnicas eficaces de vigilancia; mejoras en el saneamiento; localización y control de casos; diagnóstico precoz y correcto y notificación rápida; trata-

miento apropiado, y elaboración y uso de nuevos fármacos y vacunas, como la vacuna contra la hepatitis B. Además, se concede prioridad a la vigilancia y control de enfermedades infecciosas mediante una mayor utilización de la biología molecular para mejorar la detección de nuevos reservorios de infección, la determinación de grupos de población expuestos, el conocimiento de la manera en que se contraen las enfermedades y la evaluación de las medidas de control. En 1983, se establecieron tres sistemas de telecomunicación computadorizada para el acopio, análisis y divulgación sistemáticos de datos sobre la vigilancia; comunicación rápida de mensajes, e investigación de epidemias.

8.292 Se insistió de manera particular en que la población tenga conciencia de su papel en su propio estado de salud. Por ejemplo, los fumadores de cigarrillos acusan una tasa general de mortalidad superior en un 70% a la de los no fumadores, y el consumo de tabaco está relacionado con un número de defunciones prematuras calculadas en 300.000 al año. El Cirujano General del Servicio de Salud Pública ha abogado en favor de una sociedad exenta de tabaquismo en el año 2000, a fin de poner aún más énfasis en las campañas contra el hábito de fumar que se vienen llevando a cabo. La Agencia de Protección Ambiental (EPA) ha investigado la magnitud y los efectos de la contaminación del aire en el interior de las viviendas y otros locales y últimamente ha realizado ciertas estimaciones de la medida en que el tabaquismo pasivo contribuye a la mortalidad por cáncer de pulmón.

8.293 En años recientes se ha progresado considerablemente en el mejoramiento de los niveles, ya elevados, de la calidad del saneamiento y del agua potable alcanzados a principios de siglo. La protección de los sistemas de abastecimiento de agua contra la contaminación por bacterias y virus sigue siendo una de las preocupaciones más importantes. Se intensifican cada vez más los esfuerzos destinados a controlar los contaminantes químicos y a reducir sus concentraciones cuando exceden de los

niveles de inocuidad. La EPA está aumentando progresivamente el número de las sustancias químicas para las que se han establecido normas legalmente obligatorias.

8.294 Entre las actividades permanentes figura la monitoría de los niveles de agentes tóxicos artificiales en el ambiente, la determinación de su importancia para la salud y el establecimiento de programas de control para reducir las concentraciones ambientales de sustancias tóxicas que constituyen una amenaza para la salud pública. Datos recientes revelan que una concentración menor de plomo en la sangre que la notificada hasta ahora tiene graves efectos sobre la salud de niños y adultos. A raíz de esta información, en agosto de 1984 la EPA propuso reducir aún más la cantidad de plomo permitida en la gasolina, autorizando sólo 0,1 gramos por galón en enero de 1986, con una posible prohibición total en 1995. La EPA y los Centros para el Control de Enfermedades (Atlanta, Georgia) determinaron recientemente una estrecha conexión entre el plomo en la sangre y la mortalidad relacionada con hipertensión.

8.295 En 1984, se estableció en el seno del Consejo del Gabinete Presidencial sobre Recursos Nacionales y el Ambiente un nuevo grupo de trabajo sobre la evaluación y la gestión y control de riesgos. Son Miembros del Consejo los cinco organismos reguladores principales que se ocupan de la salud pública y el ambiente: la Administración de Alimentos y Medicamentos, Protección Ocupacional y Administración Sanitaria, EPA, Servicio de la Secretaría de Agricultura de Inspección de los Alimentos y de la Protección y la Comisión de Protección de los Productos para el Consumidor. El propósito de este nuevo grupo consiste en establecer procedimientos gubernamentales coherentes para la evaluación y gestión de los riesgos a que están expuestas la salud pública y el ambiente.

8.296 En 1980, el 50% por lo menos de los grandes empleadores habían establecido uno o varios programas de "bienestar". Hoy, este tipo de programas en los lugares de trabajo se están haciendo más comunes, más

completos y más elaborados. Los pequeños empleadores, los empleadores del sector público, los sindicatos, los empleadores de instituciones sin fines de lucro y los hospitales también ofrecen programas semejantes o facilitan el acceso a los servicios de la comunidad. Este fenómeno refleja el compromiso creciente del público en general a estilos de vida más sanos, la preocupación por el gran aumento del costo de la asistencia médica, la aceptación de la índole cambiante de las enfermedades, la comprensión de las limitaciones del sistema médico y una conciencia de la posibilidad de fomentar la salud mediante cambios de comportamiento y ambientales.

Recursos técnicos y financieros proporcionados a otros Gobiernos Miembros de la OPS

8.297 La Agencia de los E.U.A. para el Desarrollo Internacional (AID/EUA) es la principal dependencia gubernamental que presta apoyo financiero a los Gobiernos Miembros de la OPS en el sector salud. Aproximadamente el 40% de los recursos para salud del AID se asigna a proyectos bilaterales y regionales de unos 20 Países Miembros de la OPS. Estos proyectos, en forma de subvenciones y préstamos, apoyan actividades que concuerdan con los objetivos especificados en la Política y Estrategia de Salud de AID para 1982: "ayudar a los países a lograr la autosuficiencia para ofrecer amplio acceso a servicios preventivos y curativos de salud eficaces en función de los costos... los proyectos de salud financiados por AID se centran en aquellos problemas de salud que más notablemente contribuyen a la mortalidad y morbilidad materno-infantil".

8.298 La estrategia de salud de AID se centra en actividades de atención primaria de salud, incluida rehidratación oral, las inmunizaciones, la monitoría del crecimiento y la educación nutricional, la planificación de la familia y la provisión de medicamentos esenciales.

8.299 Los recursos para atención primaria de salud se encauzan principalmente hacia los países que acusan las mayores tasas de mortalidad infantil. Los programas de otros países se ocupan principalmente de mejorar la gestión, productividad y viabilidad financiera de los servicios de salud del sector público y de promover servicios de salud financiados y organizados de otras maneras posibles. Los recursos proporcionados por AID se utilizan para apoyar actividades de asistencia técnica; capacitación de personal dentro y fuera del país; artículos básicos y, en ciertos casos, construcción y renovación. La moneda local generada por programas de apoyo a la balanza de pagos y ventas concesionarias de alimentos también se utilizan para apoyar los gastos locales de programas de salud.

8.300 Los recursos disponibles para la programación en el sector salud aumentaron en promedio a razón del 30% anual desde 1981 hasta el nivel actual de unos \$60 millones (excluidos los fondos para la planificación de la familia). Los aumentos de 1984 y 1985 se atribuyen a la prioridad concedida a Centro América. Los fondos para la salud se estabilizarán o quizás se reducirán en 1986 debido a las restricciones del presupuesto general del Gobierno que tienen relación con la relativa prioridad de la salud de los países de América Latina y el Caribe.

8.301 La cooperación internacional del Departamento de Salud y Servicios Humanos, que por mandato legislativo es una dependencia interna de salud, tiene un campo más limitado que AID. No obstante, el Departamento ha firmado unos 30 acuerdos bilaterales de salud, algunos de ellos puestos en efecto de acuerdo con otros convenios de ciencia y tecnología concertados por el Departamento de Estado; acuerdos intergubernamentales, y acuerdos entre componentes del Servicio de Salud Pública, como los Institutos Nacionales de Salud y la Administración de Alimentos y Medicamentos, y con las instituciones técnicas equivalentes de otros países.

8.302 El Servicio de Salud Pública, particularmente los Institutos Nacionales de Salud

y los Centros para el Control de Enfermedades, ha realizado investigaciones desde largo tiempo atrás sobre problemas sanitarios de importancia para los países en desarrollo. Por ejemplo, en las investigaciones en el campo de la medicina tropical se han llevado a cabo estudios sobre la filariasis, leishmaniasis, lepra, malaria, esquistosomiasis, y tripanosomiasis, enfermedades de las que se ocupa el Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales de OMS/PNUD. Otras enfermedades importantes que reciben atención son las gastroenteritis distintas del cólera, la hepatitis, las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades de transmisión sexual. El Gobierno ha mostrado un renovado interés en la elaboración de nuevos y mejores medicamentos y vacunas para combatir las enfermedades de mayor prevalencia en los países en desarrollo, el desarrollo de técnicas perfeccionadas para el control de vectores de enfermedades, el mejoramiento de la epidemiología, la elaboración de métodos simples y eficaces de diagnóstico y el perfeccionamiento de los mecanismos para la prestación de servicios eficaces en función de los costos. Además, el Servicio de Salud Pública ofrece considerable asistencia técnica a AID en forma de consultores especializados destinados a proyectos bilaterales y regionales de desarrollo.

Tendencias futuras en la provisión de recursos técnicos y financieros a los Gobiernos Miembros de la OPS

8.303 Los Estados Unidos de América no prevén ningún cambio en el orden de prioridad para el tipo de asistencia ofrecida a otros Gobiernos Miembros de la OPS. Los recursos técnicos y financieros se facilitarán con arreglo a los recursos que las dependencias principales reciban a través del proceso presupuestario del Gobierno.

Grenada

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	110.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	68,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	26,3	— poliomielitis	1983	78,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	7,3	— sarampión	1983	7,0
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	85,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	...	...
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1982	67,0 ^a	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	21,2	Número de egresos por 100 habitantes	1983	7,1
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	1,4	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	3,2
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	...	...	
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1974-75	12,2			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.166	Médicos por 10.000 habitantes	1982	3,8
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	61,9	Enfermeras por 10.000 habitantes	1982	33,7
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1982	15,7
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	1,0	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
tumores	1983	7,0	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
enfermedades del corazón	1983	21,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	...	...
accidentes por tránsito de vehículos	1983	0,5			

... Información no disponible.

^a Edad para mujeres. Edad para hombres, 64,0 años.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.304 Se está desarrollando un plan de salud con la asistencia de la OPS/OMS y la Comunidad del Caribe (CARICOM). Se organizaron talleres de programación a nivel de distrito, pero durante 1984, período de inestabilidad política y económica, el ímpetu del desarrollo de programas disminuyó de manera considerable. Se realizó la observación ulterior del proceso de programación a nivel de distrito, y la OPS/OMS formuló re-

comendaciones para mejorar los servicios de enfermería en el Hospital General de St. George.

8.305 En recursos humanos, el Ministerio de Salud, junto con el resto del país, ha pasado por una etapa de reconstrucción. Así lo refleja la importancia concedida a la planificación y al perfeccionamiento del personal, llevados a cabo con la asistencia de varios organismos, incluida la OPS/OMS, AID/EUA y el Proyecto HOPE. Se ofreció orientación a enfermeras de categoría superior sobre las normas de atención de enfermería en el Caribe.

8.306 En salud ambiental, a causa de la situación política inestable, el programa de sa-

lud ambiental prosiguió a un ritmo modesto, sostenido en gran parte por la asistencia bilateral. Se prestó atención al desarrollo de recursos humanos y a un estudio de la OEA de un sistema de alcantarillado para el sector del sudoeste de la isla. Un representante de la Comisión Central de Abastecimiento de Agua asistió además a un taller subregional sobre control de la calidad del agua. La OPS/OMS prestó apoyo a la preparación de informes de muestras histopatológicas, el adiestramiento de tecnólogos de laboratorio en la gestión de estos servicios, los ensayos de determinación de la hepatitis B y la instalación de laboratorios rurales.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.307 En las estrategias de nutrición se continuó fomentando la lactancia natural y la alimentación del grupo en la edad del destete. La educación para la salud recibió prioridad oficial.

8.308 Los servicios de salud materno-infantil y planificación familiar se resintieron algo debido a la reducción del personal y a la inseguridad acerca del financiamiento; la esterilización femenina no es todavía un procedimiento habitual. Dos integrantes del personal terminaron cursos de enfermería familiar y nutrición comunitaria como parte del proceso de desarrollo de la salud materno-infantil en el contexto de la atención primaria de salud. Se destacaron, entre otras, las siguientes actividades: elaboración de una propuesta de proyecto sobre planificación de la familia y educación para la vida familiar, que está en espera de la obtención de fondos del FNUAP; observación ulterior de las actividades de control de las enfermedades diarreicas, y provisión de sales para la rehidratación oral.

8.309 Grenada participa en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y, con la asistencia del Centro de Epidemiología del

Caribe (CAREC), está empeñada en desarrollar y reforzar la vigilancia de la capacidad técnica de laboratorio. En cuanto a la salud animal, se sigue insistiendo en la importancia de la vigilancia de las zoonosis y en el mejoramiento del programa de control de la rabia.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.310 **Cooperación bilateral:** AID/EUA dio cooperación técnica para saneamiento de la comunidad y la *Comunidad Económica Europea* (CEE), fondos para becas.

8.311 **Fundaciones:** El *Proyecto HOPE* asistió en recursos humanos de salud y *Radda Barnen* donó EUA\$833.333 para salud materno-infantil.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.312 **Personal profesional asignado al país:** Aunque no se ha asignado ningún funcionario profesional de plantilla a Grenada, el personal de la Sede de la OPS/OMS, así como del CAREC y del CFNI, brinda considerable cooperación. También, han colaborado con los esfuerzos del Gobierno consultores en sistemas de salud, formación de personal, preparativos para casos de desastre, control de enfermedades, salud ambiental, salud pública veterinaria, control de vectores, nutrición y salud materno-infantil.

8.313 **Becas:** 5, en materia de control de vectores, nutrición de la comunidad, hepatitis, servicios auxiliares dentales, e inspección de salud pública. Se ha ofrecido adiestramiento a cinco personas del país en gestión de laboratorios (Santa Lucía), nutrición de la comunidad (Barbados), radiografía (Jamaica) y enfermería de la comunidad (Jamaica), utilizando fondos de la CEE-Secretaría de CARICOM. La aportación total de la OPS/OMS para becas fue de EUA\$33.650.

Apreciación general y tendencias futuras

8.314 Habrá que postergar cualquier esfuerzo importante de programación hasta tanto se establezca el nuevo Gobierno electo. El proyecto financiado por el FNUAP deberá ser el elemento fundamental de las actividades futuras en favor de la salud maternoinfantil y tendrá que llevarse a cabo en forma interna. Con la cooperación técnica de la OPS/OMS, se realizará la largamente demorada revisión del manual de salud maternoinfantil. Se están tomando disposiciones

para incluir a Grenada en el proyectado desarrollo de los servicios de atención perinatal, en colaboración con el CLAP.

8.315 Si como se espera, en el próximo año pueden resolverse las dificultades de orden político, probablemente se intensificará el desarrollo de todos los sectores y tendrá que acelerarse el programa de salud ambiental a fin de atender las necesidades de una nueva industria turística y de un público más exigente. Se prevé que continuará el desarrollo de la atención primaria de salud en los distritos rurales.

Guatemala

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	8.164.400	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	37,0	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	55,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1984	35,9	—poliomielitis	1983	55,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1984	7,7	—sarampión	1983	38,0
			—tuberculosis	1983	40,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1982	49,8
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1982	33,6
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1982	40,0
Esperanza de vida al nacer	1980-85	60,7	Número de egresos por 100 habitantes	1983	2,5
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1984	67,7	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	1,7
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	1,2	Indicadores de Recursos Humanos		
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	15,6	Médicos por 10.000 habitantes	1983	6,0
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1980	10,0	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	2,6
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.138	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	10,8
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	58,2	Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUAS)	1984	21,8
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	29,6	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1984	3,7
tumores	1983	3,2	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1984	13,5
enfermedades del corazón	1983	4,1			
accidentes por tránsito de vehículos	1983	0,4			

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.316 El ordenamiento de la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social constituyó el paso sobresaliente dado por las autoridades de salud. Producto inmediato de este cambio fue la readequación administrativa y funcional de las Oficinas de la Dirección y Subdirección Generales de Servicios de Salud, así como la elaboración del análisis institucional del sector salud, desarrollado por un equipo nacional multi-institucional. Se concluyó la parte del

análisis correspondiente al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y está muy avanzada la del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la de la Secretaría de Bienestar Social. Además se iniciaron los estudios referentes a la Municipalidad de Guatemala, universidades y entidades del sector privado.

8.317 Dentro del proceso de planificación estratégica y programación local, el Gobierno tiene como objetivos hacer uso óptimo de los recursos y elevar la capacidad operativa del sistema para mejorar cualitativa y cuantitativamente la prestación de servicios. Por otra parte, las autoridades de salud, con el propósito de cumplir con las metas de SPT/2000, han determinado la implantación de un sistema operativo con estrategias de atención

primaria de la salud para mejorar la calidad de la atención de las poblaciones urbanas marginales. Empezó la aplicación de un modelo de dicho sistema operativo en mayo de 1983 en el Departamento de Escuintla. Los resultados más relevantes demuestran que la cobertura de la vacunación dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que anteriormente llegaba al 10%, asciende ahora al 73%. Otro hecho destacado es que está funcionando la vacunación institucional en este Departamento en forma permanente. El programa de rehidratación oral, que tampoco existía anteriormente, se encuentra funcionando en forma ininterrumpida, a nivel de todos los establecimientos de salud, con enfoque preventivo, y con actividades coordinadas entre los equipos de salud y los líderes comunitarios en más de 600 localidades. Los resultados preliminares indican que la mortalidad general por enfermedades diarreicas se ha reducido en más del 50%.

8.318 El Gobierno decidió ampliar el modelo operativo de atención primaria a todas las áreas de salud, iniciando su implantación en los Departamentos de Santa Rosa, El Progreso y Sacatepéquez. En estas últimas áreas se realizaron 14 seminarios-talleres con la participación de aproximadamente 500 personas, incluidos médicos y personal auxiliar de los hospitales. Al final del año se hacían preparativos para aplicar dicho modelo en los Departamentos de Jutiapa, Jalapa, Zacapa y Chiquimula en 1985.

8.319 Para fortalecer el programa de mantenimiento de instituciones de salud se estableció una unidad responsable y se organizaron 4 centros regionales y 10 unidades locales de mantenimiento.

8.320 Los aspectos más sobresalientes dentro del campo de recursos humanos fueron: la definición de una política de recursos humanos; el levantamiento de un censo de personal, tanto a nivel institucional como comunitario; el desarrollo de seminarios-talleres interinstitucionales sobre la política de recursos humanos, y la realización de un curso-

taller sobre metodología de la investigación para personal de salud.

8.321 Entre los logros más significativos en la protección de la salud ambiental, se encuentran: la formulación del modelo de sistema de información para el subsector de abastecimiento de agua potable y saneamiento; la formulación del proyecto de fortalecimiento del sector de agua potable y saneamiento, a través del Comité Permanente de Coordinación de Agua Potable y Saneamiento (COPECAS); la elaboración de los perfiles de proyectos de agua potable y saneamiento, como propuesta de Guatemala para el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, y la planificación y ejecución de un programa para la incorporación de algunos componentes de saneamiento básico en el modelo operativo de atención primaria de salud en el área de Escuintla, para cumplir con la construcción de 27.000 letrinas, 50 pozos con bomba de mano y el establecimiento de sistemas sencillos de manejo de residuos sólidos. Además se construyeron tres talleres de fabricación de lozas y tazas para letrinas. Prosiguieron los trabajos de monitoría y evaluación de la contaminación de arsénico y boro en el Río Paz, en la frontera con El Salvador, debida de los desagües de una usina geotérmica instalada en dicho país.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.322 En lo que respecta a alimentación y nutrición, se ha aumentado y mejorado la disponibilidad de alimentos, especialmente de granos básicos. Se completó la tecnificación de la semilla de maíz "Nutricita", y se desarrollaron acciones en el campo de la agroindustria, fortificación de alimentos y desarrollo agrícola de la franja transversal del norte.

8.323 En el área de la salud materno-infantil, se llevaron a la práctica los modelos de atención a nivel aplicativo y se estructuraron los servicios de salud desde la base hasta los

niveles de mayor complejidad. En el campo de la salud oral, se destaca la colaboración de la OPS/OMS brindada en los aspectos de la integración docencia-servicio, especialmente a la Universidad de San Carlos de Guatemala. Un aspecto importante es el adiestramiento de personal en infecciones intrahospitalarias en los dos hospitales más grandes del país—San Juan de Dios y Roosevelt. Al respecto se encuentra en su fase final un manual de normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades intrahospitalarias. En el programa de erradicación de la malaria se enfocaron los aspectos epidemiológicos y entomológicos, destacándose entre ellos los siguientes: seguimiento de la susceptibilidad de *Plasmodium falciparum* a las cuatro aminoquinoleínas; ensayos de nuevos esquemas terapéuticos, y estudios entoepidemiológicos de una localidad con persistencia en la transmisión y monitoría de la susceptibilidad de los anofelinos a diferentes insecticidas.

8.324 Para fortalecer el programa de control de la tuberculosis, totalmente integrado en la red de servicios, se realizó un seminario para el análisis global y la evaluación del programa así como la identificación de los principales problemas y sus posibles soluciones.

8.325 Las actividades para el control de las zoonosis se realizaron en forma coordinada entre los Ministerios de Salud y de Agricultura, destacándose: la reubicación de la planta de producción de vacuna antirrábica y la solución de los problemas que produjeron la reducción de su producción. Además se integró una comisión de alto nivel de los Ministerios de Salud y de Agricultura, que está organizando la fase preparatoria del plan para el control de la rabia humana.

8.326 Se formuló el plan de preparativos para situaciones de emergencia, el cual está en fase de revisión. También se realizó un seminario para preparar el plan nacional de hospitales en casos de atención masiva, el cual se repitió en cinco regiones del país.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.327 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Se destaca la cooperación en El Salvador para el cambio de la tecnología de producción de vacunas del tipo Sample al tipo Fuenzalida.

8.328 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$593.131 para programas de abastecimiento de agua, desarrollo de unidades de salud rural, salud maternoinfantil (lactancia materna, rehidratación oral, atención integral de los niños menores de 6 años) e inmunizaciones; FNUAP, EUA\$486.132 para planificación familiar; BCIE (Banco Centroamericano de Integración Económica), EUA\$4,0 millones para la construcción de 100 puestos de salud; CIDA (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional), EUA\$2.870.000 para acueductos rurales; CARE, EUA\$300.000 para la construcción de 20 puestos de salud y adiestramiento de personal voluntario, EUA\$5.116.000 para salud maternoinfantil-alimentación suplementaria y EUA\$250.000 para acueductos rurales; PNUD, EUA\$350.000 para el control de medicamentos (programa en operación) y EUA\$314.000 para el desarrollo de la capacidad gerencial de instituciones de abastecimiento de agua (proyecto aprobado). BID dio para los siguientes proyectos en operación: diseño de un programa nacional de agua potable y alcantarillado en centros urbanos (EUA\$850.000), agua potable y alcantarillado para la Ciudad de Guatemala (EUA\$35,5 millones), construcción de acueductos y alcantarillados en ciudades secundarias (EUA\$22,5 millones), construcción de 55 centros rurales de salud (EUA\$28 millones), y construcción de tres hospitales departamentales (EUA\$51 millones). BID también proporcionó EUA\$18 millones para la construcción de 140 obras municipales (proyecto aprobado). BID/GTZ donaron EUA\$1.326.000 para la operación y el mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua.

8.329 **Cooperación biateral:** AID/EUA dio EUA\$600 mil para sistemas integrados de planificación familiar y EUA\$4,7 millones para salud y nutrición y saneamiento ambiental.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.330 **Personal profesional asignado al país:** 8, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y profesionales en administración de salud, laboratorio, epidemiología, salud ambiental y enfermería.

8.331 **Asesores regionales e interpaíses:** 38, por un total de 247 días, en: programación y administración de salud, administración hospitalaria, estadística, salud materno-infantil y planificación familiar, enfermedades tropicales y parasitarias, producción de vacunas, recursos humanos, medicamentos esenciales y preparativos para casos de desastre.

8.332 **Consultores a corto plazo (STC):** 22, por un total de 1.483 días en: arquitectura hospitalaria, atención primaria, sistemas de información, salud ambiental, mantenimiento, epidemiología, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, salud materno-infantil, malaria, nefrología y ciencias de la comunicación.

8.333 **Becas:** 46, por un total de 112 meses de estudio y un costo de EUA\$ 132.640 en: salud pública, administración hospitalaria, salud ambiental, diseño de establecimientos de salud, salud de los trabajadores, enfermedades transmisibles, tuberculosis, recursos humanos, epidemiología, salud materno-infantil, control de medicamentos y bacteriología.

8.334 **Cursos, seminarios y talleres:** Se realizaron 132 eventos, con la participación de 4.367 funcionarios nacionales, en las siguientes áreas: salud materno-infantil, mantenimiento hospitalario, atención primaria, sa-

lud comunitaria, metodología de la enseñanza en materia de salud, saneamiento ambiental, salud pública, planificación y administración, parasitología, plaguicidas, tuberculosis, recursos humanos, enfermedades diarreicas, emergencias en casos de desastre, supervisión, programación y reuniones fronterizas de salud. La OPS/OMS contribuyó con EUA \$268.469 en estos eventos.

8.335 **Contratos locales:** Para complementar la cooperación técnica se contrataron, para aspectos específicos, a 18 profesionales locales a un costo de EUA\$32.951.

Apreciación general y tendencias futuras

8.336 Las autoridades del sector salud han adoptado como política fundamental intensificar las medidas encaminadas a alcanzar las metas de SPT/2000, disminuyendo el ritmo de programas de inversión, y concentrando sus esfuerzos en hacer uso óptimo de los recursos a través de la racionalización del proceso de gestión y el aumento de la capacidad operativa. Un aspecto digno de mención es el mejoramiento del proceso de articulación intra e intersectorial. Al respecto cabe señalar la mejor coordinación entre el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la Secretaría de Bienestar Social así como la vinculación más estrecha de la Secretaría General de Planificación Económica con instituciones como la Municipalidad de Guatemala y las universidades.

8.337 Cabe destacar la realización en 1984 de la XIV Reunión de Directores Generales de Salud y la XXIX Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, que contó también con la participación de los gerentes de la seguridad social de los países de la subregión.

8.338 El Gobierno respaldó el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá y desarrolló una intensa

actividad multisectorial con el apoyo de la OPS/OMS. Producto de este esfuerzo conjunto fue el análisis de la situación de salud, en el cual se identificaron los principales problemas y se establecieron las áreas prioritarias. Este estudio dio origen a la elaboración de un documento con el perfil de 33 proyectos que

requieren un aporte externo de EUA\$181 millones para 5 años. Además permitió no solo elevar la capacidad nacional para el análisis de la situación de salud y formulación de proyectos, sino también mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Guyana

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	803.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1970	29,4	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	58,3
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980	28,5	— poliomielitis	1983	61,6
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980	7,0	— sarampión	1983	26,1
			— tuberculosis	1983	75,9
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	98
Esperanza de vida al nacer	1980-85	70,5	Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980	47,9	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1979	0,4	Número de egresos por 100 habitantes	1983	17,5
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1979	3,4	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	4,5
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	19,5	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.360	Médicos por 10.000 habitantes	1980	1,2
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	57,5	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	6,5
Porcentaje de defunciones por:			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	9,2
enfermedades infecciosas y parasitarias	1979	8,5	Gasto en Salud		
tumores	1979	4,9	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	70
enfermedades del corazón	1979	20,4	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1982	5,0
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	6,3

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.339 Se formalizaron la planificación, la programación y la evaluación en función de la definición de actividades, la participación de todas las entidades interesadas y responsables y el establecimiento de esquemas cronológicos. La iniciación de la dirección de servicios regionales de salud aceleró la regionalización. Al mismo tiempo, se procedió a una reevaluación, reajustada a la realidad en función de densidad demográfica, de las regiones grandes y pequeñas. Las primeras cuentan

con cuatro niveles de atención (puestos sanitarios, centros de salud, hospitales de distrito y un hospital regional) y están dirigidas por un jefe de grupo regional de salud. Las regiones pequeñas, poco pobladas, tienen una representación típica de instituciones de servicios de salud, y el jefe de grupo puede ser un "medex" (técnico en salud rural), una enfermera de salud pública o incluso una ayudante de enfermería. Asimismo, la descentralización fue progresando junto con la maquinaria administrativa regional, cada vez más asociada al Ministerio de Salud en la administración de los servicios de salud. Estas actividades, unidas al mejoramiento del sistema de envío de pacientes a otros servicios de salud, fortalecerá la red de atención primaria de salud.

8.340 Han regresado al país un buen número de graduados de escuelas de medicina y otras instituciones de enseñanza de los servicios de salud en el extranjero. Una serie de medex, enfermeras y técnicos de diversas categorías y asistentes de salud de la comunidad han recibido formación en el país; estos egresados están siendo contratados para nuevos hospitales de distrito, centros de salud y puestos de salud o para llenar puestos vacantes por largo tiempo en el sector salud, aumentando así de manera considerable la cobertura de los servicios de salud.

8.341 En recursos humanos, se dedicó un gran esfuerzo a la preparación de personal de salud para el desempeño de su nueva función en la atención primaria de salud. Se organizaron a nivel institucional y comunitario seminarios, talleres, cursos y demostraciones durante el servicio. La fase consecutiva de esta labor se centrará en el público: adiestramiento de individuos, familias y comunidades para la función que han de ejercer en la atención primaria de salud. Se viene desarrollando un programa innovador de la enseñanza de la medicina, y se abraza la esperanza de que la escuela de medicina abrirá sus puertas por primera vez en 1985 o al menos en 1986. También se está estudiando el establecimiento de un centro nacional de tecnología de la educación para la salud, que se inauguraría antes de la apertura de la nueva escuela de medicina.

8.342 El estudio del PNUD-OPS/OMS del decenio de 1970 se sigue utilizando como referencia en salud ambiental. Las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento para las zonas urbanas y rurales se llevan a cabo a través de la corporación de abastecimiento de agua (GUYWA). El BID ha estudiado la posibilidad de un fortalecimiento institucional de la GUYWA y se están considerando los componentes principales de este subproyecto. Conjuntamente con el proyecto de abastecimiento de agua, se está elaborando un plan de fluoruración utilizando espato-flúor de arena del Brasil.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.343 Los centros de salud y consultorios, así como las enfermeras de salud pública en sus visitas domiciliarias, continuaron ofreciendo servicios de salud maternoinfantil. El programa de sales para la rehidratación oral es parte integrante de este servicio. El programa de inmunización ha progresado a un nivel apreciable. Se buscaron aportaciones del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y del UNICEF en apoyo del programa del alimento Cerex para el destete. El Gobierno ha solicitado al CFNI que evalúe el impacto de Cerex como alimento suplementario del lactante y la idoneidad nutricional de la harina de arroz como sucedánea de la de trigo.

8.344 La malaria sigue siendo endémica en las áreas de población dispersa del Distrito del Noroeste y Rupununi. En 1984 se descubrieron más de 2.000 casos de malaria. En apoyo del programa de control de malaria, se están estudiando problemas técnicos tales como la identificación de determinados vectores en zonas concretas, la susceptibilidad a los insecticidas, la farmacorresistencia y otros afines. Este programa se está integrando en los servicios de salud en lugar de llevarse a cabo como un programa vertical.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.345 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** El país participó en actividades de CTPD a través de la OPS/OMS, la Comunidad del Caribe (CARICOM) y el Programa Regional de Capacitación de Asistentes de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria (REPAHA), en las reuniones fronterizas del Caribe sobre malaria, y la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) y el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB). También está en marcha un programa conjunto de recursos humanos con Cuba. El DDT para el programa antimalárico

se recibió de Trinidad y Tabago de acuerdo con la CTPD.

8.346 Cooperación internacional: El *UNICEF* proporcionó EUA\$544.000 para la provisión de sistemas de abastecimiento de agua para pequeñas comunidades y aldeas (1983-1985), EUA\$58.000 para atención primaria de salud, EUA\$78.000 para un proyecto de una guardería infantil (1981-1984), EUA\$24.500 para el Comité Nacional de Rehabilitación y EUA\$92.000 para tecnología apropiada para mujeres (1981-1984).

8.347 Cooperación bilateral: Los *Gobiernos de Corea* (República Popular) y *Cuba* proporcionaron asistencia, respectivamente, para un hospital de envío de pacientes (400 camas) en Georgetown y para el desarrollo de recursos humanos, incluida la escuela de medicina; *CIDA* proporcionó asistencia para el mejoramiento de los servicios de salud.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.348 Personal profesional asignado al país: 6, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en malaria, ingeniería sanitaria, salud dental, patología y enseñanza de veterinaria.

8.349 Asesores regionales e interpaíses: Varios en epidemiología, enseñanza médica, salud ambiental y fluoruración del agua.

8.350 Consultores a corto plazo (STC): Varios en salud ocupacional, enseñanza médica, salud ambiental y control de enfermedades diarreicas.

8.351 Becas: 23, en los campos de atención primaria de salud, estadísticas de salud, enseñanza-administración de enfermería, servicios de laboratorio, mantenimiento de hospitales, control antivectorial, educación sanitaria, administración de salud pública y gestión de proyectos. Los fondos com-

prometidos ascendían a un total de EUA\$127.320.

8.352 Cursos, seminarios y talleres: Estas actividades de adiestramiento se destinaron a asistentes de salud de la comunidad, tutores en métodos de educación, profesores de ciencias de la salud, enfermeras, salud regional, administradores y oficinistas. Los temas examinados en los talleres fueron: salud ocupacional, salud dental y sistemas de información para el abastecimiento de agua y saneamiento.

8.353 Subvenciones: La OPS/OMS proporcionó: EUA\$5.000 para una encuesta sobre las necesidades de los ancianos; EUA\$2.200 para acopio de información sobre las tendencias de las investigaciones de los servicios de salud en América Latina y el Caribe, y EUA\$1.000 para estudios de investigación en pruebas psicológicas para los niños.

Apreciación general y tendencias futuras

8.354 En cuanto a la meta de salud para todos en el año 2000, la crisis que afecta al país debería considerarse como una oportunidad para generar un movimiento nacional encaminado a fomentar la autosuficiencia y, por lo tanto, estimular la tecnología apropiada. El sector salud podría convertirse en un instrumento de dicho movimiento. En el ámbito de ese sector se está introduciendo una serie de innovaciones que en años anteriores no hubieran sido aceptables, como por ejemplo los conceptos de regionalización, descentralización, integración de la atención de salud basada en el grupo, constituida por cinco niveles, en la que el asistente de salud de la comunidad constituye la base de la pirámide y un punto muy importante de acceso a los servicios y en la que se utilizan análisis económicos para tomar decisiones sobre proyectos y programas.

8.355 Estos nuevos enfoques, que responden a la desventajosa situación económi-

ca actual, acentúan el valor de la movilización de recursos nacionales. La comunidad, organizada por los órganos democráticos locales a diversos niveles, constituye una fuerza para desarrollar el potencial del país. El Ministerio de Salud está ideando maneras para incorporar el insumo de los sectores privado y semi-privado de salud en un esfuerzo nacional en ese campo. Puesto que estos sectores administran casi tantas camas hospitalarias e instalaciones de pacientes ambulatorios como el Ministerio, un esfuerzo coordinado debería ejercer un efecto muy beneficioso sobre todos los servicios de salud.

8.356 El Ministerio ha comprendido que la cooperación de las instituciones docentes y las sociedades profesionales es indispensable para la administración de las instituciones de salud y, en especial, para el desarrollo de la enseñanza médica en el país. El plan nacional de seguro, que hasta recientemente no había empezado a aportar sus contribuciones financieras a los servicios de salud mediante el reembolso del pago por servicios prestados,

desempeñará con el tiempo una función aún más activa.

8.357 Debido a las desfavorables condiciones económicas el Gobierno ha tomado conciencia de las posibilidades que ofrece la movilización de recursos externos. Por eso se ha establecido en el Ministerio de Planificación Económica y Financiera el Departamento de Cooperación Internacional que se encarga de movilizar y coordinar los aportes externos.

8.358 El futuro depende de la capacidad para hacer frente a la difícil situación económica que no parece desvanecerse con rapidez. El sector salud, como uno de los campos de prioridad más baja en las presentes circunstancias económicas, tendrá que aprender—aún más que otros sectores—a ser dinámico, flexible e innovador con respecto a los programas y recursos materiales del desarrollo de la tecnología de salud. Indudablemente, podrá disponerse del apoyo de la OPS/OMS en este sentido.

Haití

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	5.500.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1984	26,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	8,7
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	36,0	— poliomielitis	1983	6,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	16,5	— sarampión	...	...
			— tuberculosis	1983	69,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	32,0 ^a
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1984	19,0 ^b
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1982	48,0	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	20,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	124,0	Número de egresos por 100 habitantes	1984	1,0
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1984	3,4	Número de camas por 1.000 habitantes	1984	0,8
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	31,0			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	17,0			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	1.905			
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	45,5			
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1984	9,0
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	19,4	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1984	3,0
tumores	1982	2,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1984	10,0
enfermedades del corazón	1982	4,4			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	0,5			

— Ninguno.

^a 54% urbana y 25% rural. ^b Población urbana; la cifra para la población rural es 12%.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.359 El Gobierno mantuvo el compromiso de aplicar la estrategia de atención primaria de salud, mediante la iniciación sucesiva de seis programas prioritarios identificados en su "Nouvelle Orientation". Dentro de esta estructura, desde fines de 1983 el Ministerio de Salud intensificó los esfuerzos tendientes a descentralizar la autoridad encargada de la prestación de servicios de salud en cuatro oficinas directivas regionales: las oficinas Septentrional, Meridional, Occi-

dental y Transversal. En 1984 se aceleró el establecimiento de las nuevas oficinas en las regiones Occidental y Transversal. Las actividades en la Región Occidental, cuya sede está en Puerto Príncipe, han continuado sin dificultad; en la Región Transversal, con sede en Gonaives, surgieron problemas importantes en relación con su organización. En general, los servicios regionales gozan de considerable autonomía administrativa y programática. No obstante, la planificación financiera quedó más centralizada y esta importante división de autoridad ha creado la necesidad de una mayor uniformidad en los procedimientos de notificación y sistemas de información que permita a los planificadores centrales determinar con mayor precisión el

alcance de las actividades y los resultados logrados en las regiones.

8.360 El programa de servicios rurales de salud incrementó el número de instituciones de salud (de 341 al comienzo del año a 389 al final) así como la renovación y reequipamiento. Sin embargo, los resultados obtenidos en el adiestramiento y utilización de inspectores de salud sugirieron la necesidad de reevaluar el programa. En cuanto al desarrollo de la atención secundaria y terciaria, las recomendaciones formuladas en 1983 por la OPS/OMS en el Hospital Universitario produjeron efectos positivos y se logró mejorar las condiciones de saneamiento en el hospital, así como la disponibilidad de abastecimiento de agua.

8.361 Las actividades relativas a salud ambiental incluyeron la constitución del Comité Nacional del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (CONADEPA) mediante la formulación del plan nacional sectorial y el plan modelo para el sistema de abastecimiento de agua de la capital. Además, se reforzaron 10 sistemas de esta naturaleza de las ciudades principales y se terminaron los estudios para otras siete poblaciones de tamaño intermedio. Ha progresado la construcción de sistemas rurales de abastecimiento de agua y de letrinas mediante la aplicación de tecnologías innovadoras.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.362 Como se especifica en la "Nouvelle Orientation", la estrategia de atención primaria de salud se orientará al enfoque de seis problemas prioritarios de salud: enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles con vacunación, tuberculosis, nutrición, salud maternoinfantil y malaria.

8.363 Con respecto a la alimentación y nutrición, a pesar de la seriedad de los problemas nutricionales, no se ha adoptado aún una

estrategia gubernamental bien definida, estimándose que el problema está principalmente vinculado con la escasez de reservas de alimentos. En materia de salud materno-infantil y planificación de la familia, los rendimientos de los programas fueron bajos a causa de problemas administrativos y de organización. A fines de año, se adoptó una reorganización funcional para fortalecer esos servicios.

8.364 Las actividades de inmunización en 1984 fueron limitadas. La cobertura de niños entre 0 a 4 años, durante el primer semestre de 1984, fue aproximadamente de 8,5% para la vacuna DPT, 7,4% para la antipoliomielítica y 38,7% para la BCG. La vacuna antisarampionosa solo se administró de manera esporádica.

8.365 En 1983 empezó la formulación de un proyecto de carácter multisectorial, "Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas y la Promoción de la Lactancia Natural", que entró en operación en 1984. Para mediados de año, más de 2.000 trabajadores de salud y casi 4.000 no pertenecientes al sector habían sido adiestrados en el programa. Se distribuyó casi 1 millón de paquetes de sales para la rehidratación oral en instituciones comerciales del sector público y privado. Se establecieron 2.000 puestos comerciales para la venta de esas sales. Aunque surgieron problemas en el funcionamiento de este programa, el progreso general alcanzado resulta alentador.

8.366 La tuberculosis ocupa el tercer lugar en el orden de prioridades del país. El Hospital Infantil Grace y la Cruzada contra la Tuberculosis (CAT-ICC) continuaron prestando apoyo a la mayoría de los programas de diagnóstico y tratamiento del país, así como al mantenimiento de la vacunación con BCG. El resultado de estas actividades fue una modesta cobertura de la inmunización con BCG del 38,7% de los niños menores de 1 año.

8.367 El servicio nacional de erradicación de la malaria tuvo un año operacionalmente difícil por causa de los problemas presupues-

tarios y de disponibilidad de recursos financieros externos experimentados por el Gobierno y los departamentos. Un aspecto positivo fue la cooperación entre el Servicio Nacional para Enfermedades Endémicas Mayores (SNEM) de Haití y la República Dominicana que prosiguió a un ritmo acelerado. En la actualidad, ambos SNEM coordinan las actividades a lo largo de la zona fronteriza, y el de Haití ha convenido en administrar tratamiento presuntivo a los cortadores de caña de azúcar contratados para trabajar en la República Dominicana. Un acontecimiento importante en 1984 fue la evaluación a mediano plazo del Programa de Malaria del SNEM que puso de relieve la necesidad de mejorar la calidad técnica y el apoyo a los programas administrativos, tales como el traspaso del sistema de vigilancia a los servicios generales de salud y la ampliación de la responsabilidad de los colaboradores voluntarios del SNEM.

8.368 Mejoraron los servicios, técnicas y métodos epidemiológicos. En el curso del año se investigaron dos brotes epidémicos importantes, uno de dengue y otro de enfermedades diarreicas, que ayudaron a reconocer la necesidad de la vigilancia epidemiológica.

8.369 En relación con los preparativos para casos de desastre, se organizó un seminario sobre esta materia en la Región Meridional al que asistieron 30 miembros del personal de salud. La OPS/OMS, adelantándose a la estación de los huracanes del Caribe, prestó apoyo en el diseño e impresión de 20.000 carteles advirtiendo a la población las precauciones anticipadas que debían tomarse.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.370 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$644.000 para la atención primaria de salud, medicamentos,

inmunización, nutrición y abastecimiento de agua; el PNUD, EUA\$81.000 para abastecimiento de agua; el FNUAP, EUA\$400.000 para salud maternoinfantil y planificación de la familia; el Banco Mundial, EUA\$1,7 millones para abastecimiento de agua; el BID, EUA\$9.873.000 para cuatro proyectos de servicios de salud y sistemas de abastecimiento de agua (en operación); la OPEC, EUA\$750.000 para alcantarillado; el PMA, EUA\$2.616.000 para atención primaria de salud y nutrición, y la CEE, EUA\$1.435.000 para sistemas de abastecimiento de agua.

8.371 **Cooperación bilateral:** AID/EUA proporcionó EUA\$6.632.000 para malaria, servicios de salud, planificación de la familia y abastecimiento rural de agua; el Gobierno de Francia, EUA\$3.170.000 para abastecimiento rural de agua y adiestramiento en salud pública; la República Federal de Alemania, EUA\$1.887.000 para nutrición y abastecimiento de agua en siete poblaciones; CARE, EUA\$343.000 para nutrición, y el Gobierno del Japón, EUA\$2,5 millones para malaria.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.372 **Personal profesional asignado al país:** 12, incluyendo el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en epidemiología, métodos de administración, enfermería, ingeniería sanitaria, entomología, oficial médico e inspectores sanitarios.

8.373 **Consultores a corto plazo (STC):** 18, por un total de 175 días en varias áreas de servicios de salud.

8.374 **Becas:** 44, en los campos de: administración de salud pública, saneamiento, salud maternoinfantil, educación de salud, estadísticas de salud, salud dental, malaria, tuberculosis, servicios de laboratorio y enfermedades transmisibles.

Apreciación general y tendencias futuras

8.375 Se realizaron progresos en la implantación de políticas y planes de salud maternoinfantil especificados en la "Nouvelle Orientation". Otras actividades positivas fueron las tentativas de reforzar y ampliar la infraestructura de los servicios de salud, junto con un prometedor programa de abastecimiento de agua, así como un considerable avance en el programa nacional de lucha con-

tra las enfermedades diarreicas. Sin embargo, estos esfuerzos y la importante cantidad de recursos financieros incluidos (principalmente provenientes de fuentes externas) no guardan relación con la consecución prevista de las metas. Debido a que Haití es uno de los principales beneficiarios de fondos concesionarios y donaciones externas, se abriga la esperanza que el Gobierno pueda concebir nuevos procedimientos para administrar la cooperación internacional (legal, administrativos y operativos) a fin de lograr mayores impactos con los recursos disponibles.

Honduras

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	4.231.500	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1984	39,0	— difteria-tosferina-tétano (vacuna triple)	1983	70,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	40,9	— poliomielitis	1983	69,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1981	10,8	— sarampión	1983	66,0
			— tuberculosis	1983	75,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	69,0
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	44,0
Esperanza de vida al nacer	1983	58,8	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	100,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1981	87,0	Número de egresos por 100 habitantes	1983	2,7
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1979	2,7	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	0,8
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	3,8	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1981	9,2	Médicos por 10.000 habitantes	1984	3,8
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.135	Enfermeras por 10.000 habitantes	1984	1,5
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	52,1	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1984	14,8
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	27,4	Gasto en salud per cápita (EUAS)	1983	43
tumores	1980	5,6	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	7,0
enfermedades del corazón	1980	11,8	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	13,0
accidentes por tránsito de vehículos	1984	1,2			

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.376 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) concluyó la preparación instrumental del proceso de programación local e inició su implantación en tres de las regiones sanitarias. Se rediseñó el sistema de información intra y extrahospitalario, así como los perfiles de equipamiento, ocupación y educación para los niveles periféricos en función de los programas de salud por ejecutarse. También se determinó la población cubierta por el MSPAS. En lo referente a planificación sectorial, se ha analizado la situa-

ción actual y sus factores condicionantes, identificándose las funciones de planificación por desarrollarse. Se ha establecido contacto al más alto nivel con el Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLANE) con el fin de coordinar la planificación sectorial. La organización de grupos para la formulación de perfiles de proyectos dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá y el análisis de estos proyectos en función de su factibilidad financiero-administrativa, constituyó un importante esfuerzo coordinado por el nivel político a través de la División de Planificación, culminando con la creación de una Unidad de Proyectos e Inversiones en el MSPAS.

8.377 La coordinación del MSPAS con el Instituto Hondureño de Seguridad Social se

ha desarrollado en dos áreas de trabajo orientadas por una comisión político-técnica, a saber, la preparación de opciones válidas de integración y la búsqueda de áreas de interés común para acciones conjuntas a corto plazo. Para aumentar la eficiencia de los establecimientos de salud se adoptó un manual de costos que facilitará la gerencia y mejorará el mantenimiento y la adecuación del sistema de información. Se han reequipado cerca de 500 centros de salud, tanto en las zonas urbanas como rurales, con el apoyo financiero del Gobierno de Holanda y el PNUD.

8.378 El MSPAS decidió readecuar los servicios de atención ambulatoria de la Región Sanitaria Metropolitana, para lo cual se definió una metodología no solo para extender la cobertura de los servicios partiendo de los centros periféricos y coordinar la operación de las acciones con otros sectores, sino también para preparar un protocolo de estudio de la demanda de servicios en la consulta externa de los hospitales nacionales con el fin de completar el esquema de atención ambulatoria.

8.379 En el área de recursos humanos, las actividades se han reorientado fundamentalmente hacia la definición de una política nacional, la planificación, desarrollo y utilización del personal docente y el fortalecimiento de los centros de formación. Se realizaron cursos para el profesorado de la Facultad de Ciencias Médicas a fin de elevar su nivel académico en materia de evaluación del aprendizaje, sistematización de la enseñanza, didáctica aplicada y metodología de la investigación.

8.380 La OPS/OMS contribuyó al desarrollo de la Biblioteca Médica Nacional mejorando su equipo, capacitando a su personal y aumentando la colección de libros y revistas. Se está equipando la Unidad de Tecnología Educativa en Salud en la Facultad de Ciencias Médicas, que dirigirá la organización de los recursos docentes, la producción de material educativo y la investigación educativa.

8.381 En el área de salud ambiental se logró por acuerdo presidencial un plan nacional

de agua potable y saneamiento para el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (DIAAPS), la constitución de un comité nacional de agua potable y saneamiento y se diseñó la primera etapa del sistema de información para la monitoría y evaluación del plan. También se realizó un estudio para el diagnóstico de las instituciones del subsector y de la situación del saneamiento básico en las zonas urbanas marginadas del Distrito Central y de la Municipalidad de San Pedro Sula. Concluyó la construcción de sistemas de abastecimiento de agua para tres ciudades (inversión de EUA\$23,5 millones) y se formularon los proyectos para cuatro ciudades más que tendrán financiamiento del BID (EUA\$20 millones). En relación con el impacto de los proyectos de desarrollo económico sobre el medio ambiente, el Ministerio ha coordinado los esfuerzos tendientes a minimizar los riesgos que para la salud representan los cambios ecológicos en los nuevos asentamientos humanos y en las zonas de realización de hidroproyectos.

8.382 Los laboratorios de las regiones sanitarias se reforzaron para aumentar su capacidad técnica y administrativa; durante 1984 se equiparon 26 laboratorios periféricos mediante una donación del Gobierno de Holanda.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.383 En el área de la nutrición se formularon cuatro proyectos nacionales dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, en los siguientes campos: aumento de la producción, preservación y consumo de alimentos; fortificación de alimentos con nutrientes básicos; estado nutricional de las poblaciones desplazadas, y fortalecimiento del Departamento de Nutrición del Ministerio.

8.384 Con respecto a la salud materno-infantil, se capacitaron 1.200 parteras tradicionales y 600 guardianes de salud, así como personal, en las áreas de demografía, ad-

ministración de programas de planificación familiar y mantenimiento de equipo. Con fondos del FNUAP se proporcionó equipo para los servicios ambulatorios, hospitales y parteras tradicionales.

8.385 El programa de salud oral ha recibido 26 equipos completos de odontología merced a una donación del Gobierno de Holanda. Se hizo un estudio para la determinación del contenido de flúor en el agua de los sistemas de acueductos de las cabeceras departamentales.

8.386 En lo relativo a la salud mental, se desarrolló un curso de terapia familiar y prevención de alcoholismo y farmacodependencia, y se inició la descentralización de las actividades de psiquiatría y psicología, y su integración en los servicios de salud.

8.387 Se evaluó el Programa Ampliado de Inmunización. El programa de control de enfermedades diarreicas continúa promoviendo y utilizando el tratamiento de rehidratación oral a través de personal comunitario e institucional y se han realizado seminarios de divulgación entre los médicos pediatras. En 1984 se dio comienzo al programa de control de las infecciones respiratorias agudas, desarrollándose seminarios y talleres regionales para difundir las normas del programa. En el programa de control de vectores se realizó un estudio de estratificación de los problemas en base al mejoramiento de su sistema de información y del análisis epidemiológico. Como resultado de los esfuerzos de dicho programa disminuyeron los casos de malaria de 57.500 en 1982 a 17.500 en 1984. Con apoyo del TDR/OMS se concluyó un estudio epidemiológico de prevalencia de la enfermedad de Chagas, encontrándose un índice del 6%. El programa de control de tuberculosis fue evaluado en relación con sus metas, realizándose para esto un seminario con los encargados del programa en las regiones de salud.

8.388 El programa de salud animal del Ministerio de Recursos Naturales se mantuvo coordinado con el programa de rabia del MSPAS en lo referente al diagnóstico de la-

boratorio y a la producción de vacuna antirrábica canina.

8.389 El MSPAS organizó un grupo nacional que tuvo a su cargo la elaboración de un Plan Nacional de Preparativos para Situaciones de Desastre.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.390 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$250.000 para el desarrollo integrado rural (1981-1984) y salud materno-infantil; FNUAP, EUA\$496.846 para planificación familiar (1981-1984); OIT, EUA\$11.000 para la evaluación actuarial del Instituto Hondureño de Seguridad Social; BID, EUA\$7,3 millones para un programa de acueductos y saneamiento rural (1981-1984), EUA\$27 millones para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua potable para tres ciudades (1981-1984), EUA\$14 millones para el desarrollo de la infraestructura física (1981-1984), EUA\$9 millones para el mejoramiento de acueductos rurales (3 años), EUA\$24 millones para la consolidación y ampliación de redes de agua en cuatro ciudades (aprobado en 1984), y EUA\$380.000 para estudios sobre condiciones sanitarias de vivienda; y BIRF, EUA\$31,4 millones para saneamiento urbano (6 años).

8.391 **Cooperación bilateral:** AID/EUA asignó EUA\$11.242.000 para saneamiento básico (1982-1987), EUA\$70.200 para salud materno-infantil (1980-1984), EUA\$15.391.000 para sistemas administrativos (1981-1984), EUA\$101.500 para inmunizaciones (1980-1984), EUA\$157.500 para control de tuberculosis (1980-1984), EUA\$15.141.000 para educación continua de trabajadores de salud, EUA\$10.350.000 para sistemas de servicios de agua potable y alcantarillado (1982-1985), EUA\$1,4 millones para los sistemas de servicios de agua potable del Distrito Metropolitano (2 años), y EUA\$31.100 para control de la rabia urbana (1980-1984). CEE proporcionó EUA\$4.576.000 para saneamiento bá-

sico (1982-1985); el *Gobierno de Francia*, EUA\$15.750.000 para equipamiento de hospitales (1984-1985); el *Gobierno del Japón*, EUA\$2,5 millones para equipo hospitalario (1 año), y el *Gobierno de Suiza*, EUA\$1.033.300 para saneamiento rural.

8.392 **Fundaciones:** El *Proyecto HOPE* donó EUA\$3 millones para la capacitación de personal (1983-1986); *Pathfinder*, EUA\$57.348 para salud familiar (1983-1986), y *Johns Hopkins*, EUA\$13.500 para educación en salud (2 años).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.393 **Personal profesional asignado al país:** 6, incluido el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en epidemiología, salud materno infantil, saneamiento ambiental y desarrollo de servicios de salud. El área de nutrición recibió apoyo técnico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

8.394 **Asesores regionales e interpaíses:** 56, por un total de 351 días, en técnicas en epidemiología, salud pública veterinaria, ecología, recursos humanos, odontología, desarrollo de servicios de salud, administración, ingeniería sanitaria, computación, control de vectores, medicamentos, nutrición, salud materno infantil y seguridad social.

8.395 **Consultores a corto plazo (STC):** 41, por un total de 504 días en: ingeniería sanitaria, epidemiología, sistemas de información, medicamentos, control de vectores, planificación y administración de salud, mantenimiento de equipo biomédico, enfoque de riesgo, salud materno infantil, desarrollo de recursos humanos, salud mental, seguridad social, y desarrollo de proyectos de salud.

8.396 **Becas:** 234, a un costo real de EUA\$128.630, en planificación de salud, maestría en salud pública, estadística y regis-

tros médicos, demografía básica, varios campos de epidemiología y control de enfermedades, salud materno infantil, cáncer, hematología, odontología sanitaria, diagnóstico serológico de enfermedades parasitarias, toxicología de plaguicidas, salud mental y psiquiatría comunitaria, tecnología educativa y desarrollo de recursos humanos, nutrición en atención primaria de salud y registro de medicamentos.

8.397 **Cursos, seminarios y talleres:** 175 cursos con 2.802 participantes y una contribución de EUA\$101.609 en capacitación de docentes de ciencias de la salud, estadística y registros médicos, mantenimiento de equipo biomédico, toxicología de plaguicidas, salud mental, control de vectores, epidemiología, ingeniería sanitaria, capacitación de parteras tradicionales y guardianes de salud, salud materno infantil, enfoque de riesgo, laboratorio de salud pública, preparativos para casos de desastre, educación para la salud, odontología sanitaria y temas diversos de administración de salud pública.

8.398 **Subsidios:** Se otorgaron 7 subsidios por un monto de EUA\$131.000 para realizar estudios sobre el estado de salud de los ancianos, uso de medicamentos en servicios de salud, análisis de la situación del ejercicio profesional en enfermería, actividades del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, epidemiología de la leishmaniasis visceral, estudio seroepidemiológico de la prevalencia de la enfermedad de Chagas. Asimismo, se facilitaron recursos para la compra de equipo y materiales para la Unidad de Tecnología Educacional en Salud (UTES) de la Facultad de Ciencias Médicas y el reequipamiento de algunas maternidades del interior del país.

Apreciación general y tendencias futuras

8.399 En 1984 se realizaron esfuerzos importantes en el sector salud expresados en

la definición de una estructura del MSPAS que permite el desarrollo de programas básicos de salud, coordinación de actividades con el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), formulación de una política de desarrollo de recursos humanos, puesta en marcha del proceso de programación local, creación de la comisión nacional de agua potable y saneamiento que impulsará el desarrollo del Plan Nacional definido en 1983, y mejoramiento de la capacidad gerencial del MSPAS.

8.400 Persiste la crisis financiera nacional que dificulta la implantación de programas para la expansión de los servicios de salud a regiones marginadas y a grupos prioritarios. Esta situación ha llevado al MSPAS a definir criterios y a concretarlos de la siguiente manera para hacer un uso más eficiente de los recursos: analizar y reajustar las estrategias y desarrollar una imagen-objetivo a mediano

plazo; ejecutar programas locales de salud en función de problemas, grupos humanos y zonas geográficas prioritarios para una mejor utilización de los recursos y la ampliación de la extensión de la cobertura de los servicios; implantar medidas y programas conjuntos con el IHSS que permitan aplicar la economía de escala a corto plazo; involucrar a la comunidad en la financiación de los servicios; integrar al equipo de salud y a los centros formadores en la estrategia de estudio-trabajo; desarrollar la capacidad de administración de la cooperación externa, y mejorar su utilización en función de las necesidades prioritarias.

8.401 En general existe la decisión política, traducida en las acciones concretas mencionadas, de iniciar un proceso suficientemente estructurado, flexible y racional como para mantener su continuidad en los próximos años, y de lograr una prestación más eficiente y eficaz de los servicios de salud.

Indias Occidentales Británicas

Información Básica (solamente para las Islas Vírgenes Británicas)

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	12.400	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	89,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	18,0	— poliomielitis	1983	74,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	5,4	— sarampión	1983	89,0
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	90,0
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	85,0
Esperanza de vida al nacer	...	...	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	50,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	41,0	Número de egresos por 100 habitantes	1983	7,4
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	—	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	4,7
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	2,0	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1983	8,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	...	...	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	31,7
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	...	...	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	22,5
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	—	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1981	135
tumores	1983	1,2	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1981	5,5
enfermedades del corazón	1983	0,3	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1980	11,2
accidentes por tránsito de vehículos	1983	0,2			

... Información no disponible.

— Ninguno.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.402 El presente informe abarca los países siguientes: Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat. Los gobiernos continúan la labor de fortalecimiento de los recursos humanos mediante la organización de talleres o la adjudicación de becas para la capacitación de personal. La OPS/OMS ha prestado apoyo a la orientación del personal de enfermería de categoría superior en las normas de atención de enfermería del Caribe.

8.403 Los programas nacionales de salud ambiental en esos países prosiguen de manera satisfactoria y sin mayores novedades. Debido a los recursos limitados, la asistencia fue mínima, pero en un taller subregional sobre control de la calidad del agua estuvieron representadas dos dependencias públicas, una de abastecimiento de agua (Anguila) y otra del sector salud (Montserrat).

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.404 En lo que concierne a Anguila, la planificación de la familia y la educación para la vida familiar se incorporaron al programa

de salud materno-infantil. Las actividades de educación para la vida familiar dentro y fuera de la escuela disminuyeron un poco porque los tres educadores preparados en virtud del proyecto financiado por la FNUAP y del proyecto FLE (Educación para la Vida Familiar) ingresaron en el Ministerio de Educación en calidad de docentes a tiempo completo. Complicó la situación la demora que sufrió la selección y nombramiento de un educador especializado en salud que debía entrar en funciones el tercer trimestre del año. El nuevo Gobierno expresó la necesidad de reactivar la labor en materia de salud-educación para la vida familiar, y se está gestionando el financiamiento del FNUAP para un proyecto FLE. En los servicios básicos de salud del niño, incluida la inmunización, se mantuvieron niveles adecuados de cobertura.

8.405 En las Islas Vírgenes Británicas, la planificación de la familia y la educación para la vida familiar quedaron incorporadas en los servicios de salud materno-infantil. Los objetivos principales de ambos programas consisten en introducir la educación para la vida familiar en el sistema escolar, ofrecer servicios de planificación de la familia en los dispensarios y ponerlos a disposición de los adolescentes. El currículo de la educación para la vida familiar quedó terminado e incorporado en el curso de ciencias de la salud de la escuela secundaria. En la actualidad se ofrecen servicios de planificación de la familia en seis consultorios distribuidos en las islas. En cuatro escuelas se llevó satisfactoriamente a cabo el programa de educación para la vida familiar destinado a los padres en el que se incluyó un curso de educación sexual para los socios de la Asociación de Padres y Maestros.

8.406 Las Islas Vírgenes Británicas se afiliaron a la Asociación de Planificación de la Familia del Caribe, que facilita material didáctico destinado al fortalecimiento de las actividades de educación para la vida familiar y planificación de la familia. A fin de mantenerse al corriente de los cambios, la enfer-

mera de planificación de la familia recibió adiestramiento en su especialidad y la educadora para la vida familiar asistió a una conferencia internacional sobre el tema celebrada en México. Se están elaborando medidas y procedimientos para la sala de maternidad con el fin de mejorar los servicios mediante el mantenimiento de las normas establecidas.

8.407 En Montserrat, el programa de educación para la vida familiar depende del Ministerio de Educación. Las actividades de planificación de la familia continuaron siendo la responsabilidad principal de la Asociación de Planificación de la Familia de Montserrat. Se preparó un manual sobre salud y educación para la vida familiar que usarán los maestros y servirá para fomentar y fortalecer la educación de este tipo dentro del sistema escolar.

4.408 En todos los territorios continuó otorgándose alta prioridad nacional a la vigilancia y control de enfermedades transmisibles. Todos ellos participaron en el programa de inmunización y, con la asistencia de CAREC, están desarrollando y reforzando su capacidad para la labor de vigilancia y de laboratorio. La colaboración del CFNI prosiguió durante 1984.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.409 **Cooperación internacional:** El FNUAP proporcionó EUA\$30.120 para planificación de la familia y educación para la vida familiar, distribuidos de la siguiente forma: Anguila EUA\$2.600, Islas Vírgenes Británicas EUA\$15.820 y Montserrat EUA\$11.700.

8.410 **Cooperación bilateral:** AID/EUA-IPPF proporcionó cooperación técnica para servicios de planificación de la familia en Montserrat.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.411 **Personal profesional asignado a las islas:** Aunque no se asignó ningún funcionario de categoría profesional a tiempo completo con destino a estas islas, el personal de la Organización destinado en otros lugares del Caribe, la Sede, el CAREC y el CFNI, prestó considerable cooperación. Se facilitaron los servicios de consultores de la Oficina de CPC para colaborar en los esfuerzos gubernamentales para el desarrollo de sistemas de salud, personal, preparativos para situaciones de desastre, control de enfermedades, salud ambiental, zoonosis y control de vectores.

8.412 **Becas:** Se adjudicaron 11 en: técnicas de educación en salud, obstetricia, hepatitis, carne y otros alimentos, gestión administrativa intermedia, alcoholismo, administración de salud pública y servicios de laboratorio. El financiamiento de la OPS/OMS ascendió a EUA\$27.040. Además se ofreció adiestramiento a tres personas de Montserrat en materia de gestión de laboratorio (Santa Lucía), gestión de salas hospitalarias (Barbados) y nutrición de la comunidad (Barbados), utilizando fondos de la Secretaría de la Comunidad Económica Europea-Comunidad del Caribe (CEE/CARICOM).

Apreciación general y tendencias futuras

8.413 Se espera que en los años venideros la colaboración de la OPS/OMS con los Gobiernos continuará con la misma orientación. En 1985 la OPS/OMS prestará apoyo a un análisis detallado de la situación de la salud como primer paso para promover el proceso de gestión.

8.414 En Anguila, una nueva propuesta de proyecto presentada al FNUAP para el financiamiento de actividades de educación para la vida familiar-planificación de la familia deberá de restablecer el impulso al componente de salud materno-infantil de los servicios de salud. En las Islas Vírgenes Británicas seguía avanzando la educación para la vida familiar en las escuelas secundarias; es preciso, sin embargo, introducir esta materia en las escuelas primarias. Las cuatro islas principales necesitan intensificar el programa de capacitación para padres. Se deberá prestar apoyo ininterrumpido a la preparación del manual de salud materno-infantil y al de medidas y procedimientos. En Montserrat, la OPS/OMS seguirá prestando apoyo a la educación para la vida familiar, atención perinatal y actualización de los conocimientos teóricos y prácticos de la atención de salud materno-infantil en relación con la asistencia posnatal.

Jamaica

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	2.135.800	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1982	46,3	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	54,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	28,8	— poliomielitis	1983	51,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	5,9 ^a	— sarampión	1983	47,0
			— tuberculosis	1983	44,8
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	90,0
Esperanza de vida al nacer	1975-80	70,1	Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1977	94,5
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	26,5	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	1,6 ^b
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1978	5,5	Número de egresos por 1.000 habitantes	...	...
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1978	3,0	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	2,6
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.544	Médicos por 10.000 habitantes	1983	1,9
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	63,5	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	8,0
Porcentaje de defunciones por:			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	4,6
enfermedades infecciosas y parasitarias	...	...	Gasto en Salud		
tumores	...	...	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	46,0
enfermedades del corazón	1978	83,3	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	3,6
accidentes por tránsito de vehículos	1978	34,9	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982-83	8,9

... Información no disponible.

^a Se cree que un número significativo de mortalidad infantil no está reportado. ^b Hospitales públicos y centros de salud. Los datos de fuentes privados no están disponibles.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.415 Pese a importantes restricciones, continuaron las actividades dirigidas a fortalecer la capacidad de la infraestructura de los servicios de salud en el país. Se completaron las guías para fortalecer el nivel operativo de la atención primaria de salud como resultado de la experiencia obtenida en los distritos piloto de salud seleccionados; se examinaron las funciones y atribuciones de los niveles secundario y terciario de atención de la salud, y

se estudió la conexión de esos niveles. También se terminó un análisis estructural del nivel intermedio y de distribución de la atención primaria de salud de los departamentos de salud de las parroquias; los resultados fueron retrotransmitidos al nivel central del Ministerio de Salud y a todas las jurisdicciones. En relación con el sistema nacional de información, se adoptaron medidas para mejorar la información disponible sobre servicios secundarios y terciarios y en las investigaciones preliminares se examinó la viabilidad del uso de computadoras en los hospitales en apoyo del sistema.

8.416 En el campo de recursos humanos, durante 1984 continuaron aplicándose las

normas de educación de las enfermeras y se proporcionaron subvenciones, becas y asistencia pedagógica a programas de las instituciones docentes nacionales y regionales (Universidad de las Indias Occidentales, Colegio Universitario de Artes, Ciencia y Tecnología y Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales).

8.417 Por conducto de la División de Adiestramiento del Ministerio de Salud se han llevado a cabo actividades en este campo que continuarán siendo prioritarias en el fortalecimiento de la capacidad de adiestramiento del Ministerio.

8.418 En el campo de salud ambiental, se ha experimentado un progreso continuo en las áreas prioritarias de la calidad y abastecimiento de agua y el control de la contaminación del medio. Participaron en las actividades una serie de dependencias públicas y, gracias a los esfuerzos del Comité de Acción Nacional, se han identificado los fondos para el desarrollo de un Plan Decenal de Abastecimiento de Agua.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.419 Ciertos proyectos específicos sobre planificación de la familia y educación en la vida familiar destinados a ocho comunidades recibieron apoyo de ministerios gubernamentales y dependencias nacionales, así como del FNUAP, el UNICEF y el Gobierno de Noruega. En el curso del año se examinó la propuesta para la fluoruración de los sistemas de abastecimiento de agua y comenzaron las investigaciones sobre la fluoruración de la sal.

8.420 Se ha observado un considerable progreso en la vigilancia epidemiológica y el control de enfermedades, en las actividades para combatir las afecciones de transmisión sexual y en la salud pública veterinaria.

8.421 El Gobierno, junto con el Proyecto Pan Caribe de Preparativos y Prevención en Situaciones de Desastre, tomó medidas definidas con respecto al establecimiento de un

currículo y la planificación ambiental y preparación de los hospitales en esos casos.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.422 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Jamaica continuó siendo la fuente de contratación de los servicios de consultores a corto plazo y asesores temporeros al servicio de otros países del Caribe. Se ocupó de esta labor el personal de la Universidad de las Indias Occidentales y de ministerios gubernamentales. Prosiguieron los esfuerzos encaminados a fomentar la CTPD entre Haití y Jamaica.

8.423 **Cooperación internacional:** El UNICEF cooperó en un proyecto de mejora del sector urbano y en otro para construcción de centros de salud; FNUAP dio ayuda para el Centro de Salud de Duhaney Park y para la compra de anticonceptivos; BID asignó EUA\$1.948.529 para el proyecto "Greater Mandeville" de abastecimiento de agua, y FAO/PNUD proporcionó EUA\$16.176 para un programa de conservación del suelo.

8.424 **Cooperación bilateral:** AID/EUA donó EUA\$790.441 para un proyecto de mejoramiento de la gestión de salud, EUA\$24.448 para educación en salud de la familia y EUA\$90.073 para un proyecto de agricultura; la Comunidad Económica Europea dio ayuda para un laboratorio de salud pública y proporcionó EUA\$215.808 para servicios veterinarios; el Gobierno de Holanda dio EUA\$687.500 para un proyecto de mejoramiento de los centros de salud comunitarios y EUA\$93.933 para el proyecto "Hague Meylersfield" de agricultura, y el Gobierno de Italia ayudó en un programa rural de abastecimiento de agua.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.425 **Personal profesional asignado al país:** 7, a saber, el Representante de la OPS/

OMS en el País y asesores en estadísticas de salud, gestión de salud, ingeniería sanitaria, desarrollo de la comunidad, gestión de proyectos y enseñanza de enfermería (esta última es al mismo tiempo la asesora regional en educación de enfermería).

8.426 Asesores regionales e interpaíses: Varios asesores en: salud pública veterinaria, planificación de salud, desarrollo de sistemas de salud, preparativos para situaciones de desastre, salud mental, salud dental y salud maternoinfantil.

8.427 Consultores a corto plazo (STC): Varios en: enfermería, registros médicos y salud mental.

8.428 Becas: 56, en materia de inspección de la carne, salud ambiental, inspección de los alimentos, planificación de salud pública, administración de la atención de salud, servicios de laboratorio, técnicas de producción de reactivos, epidemiología, salud dental, registros médicos, salud de la comunidad, uso indebido de drogas, producción de ganado lechero, nutrición de la comunidad, enfermedades de transmisión sexual, salud maternoinfantil, neonatología, radiología y gestión de salud. El costo total de estas becas es de aproximadamente EUA\$208.000.

8.429 Cursos, seminarios y talleres: 27, con la asistencia de más de 500 participantes y abarcaron los temas de administración de hospitales, inspección de salud pública, abastecimiento de agua, saneamiento ambiental, uso indebido de drogas, enfermedad de Hansen, inmunización y aten-

ción perinatal y geriátrica. El aporte financiero de la OPS/OMS ascendió a unos EUA\$41.000.

8.430 Subvenciones: La OPS/OMS proporcionó subvenciones a la Universidad de las Indias Occidentales (Facultad de Medicina), a un programa comunitario de rehabilitación y a un proyecto de educación de la comunidad que ascendieron a un total aproximado de EUA\$14.000.

Apreciación general y tendencias futuras

8.431 En 1984, la OPS/OMS prestó apoyo al mismo número de programas que en el año anterior, con una reducción del personal profesional.

8.432 La crisis económica nacional ejerció un grave efecto sobre el Ministerio de Salud y sus programas durante 1984. El Ministerio inició la ejecución de un programa de racionalización administrativa de los servicios hospitalarios durante la segunda mitad del año, uno de cuyos efectos importantes será, probablemente, una mayor articulación entre los niveles de atención, aspecto que ha recibido, y debería seguir recibiendo, asistencia de la OPS/OMS. Además, en noviembre se procedió a revisar y aumentar las cuotas por atención hospitalaria. Estos aumentos probablemente supondrán una mayor demanda para los servicios de atención primaria.

México

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	74.980.500	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	66,3	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	...	...
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1981	34,0	—poliomielitis	...	...
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	7,1	—sarampión	...	...
			—tuberculosis	1983	53,7
			Porcentaje de población servida con agua potable	1980	71,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1980	50,7
			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1982	140,0
			Número de egresos por 100 habitantes	1982	3,7
			Número de camas por 1.000 habitantes	1982	0,8
			Indicadores de Recursos Humanos		
			Médicos por 10.000 habitantes	1981	8,2
			Enfermeras por 10.000 habitantes	1981	4,9
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1981	6,1
			Gasto en Salud		
			Gasto en salud per cápita (EUAS)	1983	5
			Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1984	5,7
			Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	0,7
Indicadores del Estado de Salud					
Esperanza de vida al nacer	1983	65,7			
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	53,0			
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1981	3,5			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1981	2,6			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1978	15,0			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.890			
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	74,9			
Porcentaje de defunciones por:					
enfermedades infecciosas y parasitarias	1976	20,3			
tumores	1976	5,8			
enfermedades del corazón	1976	11,8			
accidentes por tránsito de vehículos	1976	2,8			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.433 Entró en vigor la ley general de salud que norma el sector y redistribuye competencias centrales, estatales y municipales. También se adoptó el programa nacional de salud 1984-1988, que incluye la reestructuración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a la vez que la integración de los programas de asistencia social en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Para instrumentar estas políti-

cas de salud, se inició la desconcentración de programas y servicios de las unidades centrales de la Secretaría hacia los servicios coordinados de salud pública en entidades federativas. Dichos programas son: salud maternoinfantil y planificación familiar, y los de algunas enfermedades infecciosas y crónicas. Además, fueron transferidas a los niveles estatales y municipales 18 unidades de la desaparecida red federal de hospitales, 8 hospitales psiquiátricos y 16 servicios de psiquiatría.

8.434 En lo referente a la planificación en materia de salud se diseñaron algunos planes de salud estatales y se intensificó la programación local. Al efecto se organizaron talleres y seminarios dirigidos a conformar los equipos

de personal de salud en los estados involucrados en la descentralización planteada; además se realizó un taller nacional sobre descentralización de servicios y administración local, en el cual participaron funcionarios de la SSA, el DIF, el Gabinete de Salud y los servicios coordinados que tienen a su cargo la conducción de procesos de descentralización, así como algunos expertos extranjeros. En el programa de salud rural se han fortalecido gradualmente las actividades de salud, rehabilitación, educación y participación comunitaria tanto en zonas urbanas marginadas como rurales a cargo de la SSA, el DIF y algunas instituciones universitarias estatales.

8.435 En cuanto a la formación de recursos humanos, se desarrollaron cursos de planificación en materia de salud en la Escuela de Salud Pública y se fortalecieron las áreas de atención primaria, epidemiología y sistemas de información. Por otra parte, la creación de la Subsecretaría de Recursos Humanos e Investigación facilitó la elaboración de diseños curriculares para la formación de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

8.436 En salud ambiental y dentro del Plan Nacional del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (DIAAPS), se ha destacado la importancia del control de filtraciones de agua en los sistemas de abastecimiento. Se estima que dicha pérdida puede superar el 50% del agua producida. La medida tiene trascendencia porque contribuiría a atender un número mayor de personas (aumento de la cobertura) y se reducirían los costos (eficiencia operacional). El traslado de unidades administrativas, programas y recursos a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, como resultado de la redefinición de competencias en el campo de la administración del medio ambiente y la ecología, afectó en alguna medida las acciones de control de la contaminación atmosférica, del agua y del suelo, así como algunas investigaciones y proyectos de capacitación en este campo.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.437 Continuó el programa de atención materno-infantil y planificación familiar, destacándose las actividades de adiestramiento de personal del primer nivel del sistema. En epidemiología se diseñó el programa nacional de vigilancia epidemiológica, que se implantará progresivamente en todo el país. Con el fin de determinar la eficacia de los programas de inmunizaciones, se desarrolló una encuesta seroepidemiológica en un estado del país, cuyos resultados facilitaron la reprogramación de estos programas. La actividad más importante en el control de enfermedades correspondió al diseño e implantación de un programa nacional de control de enfermedades diarreicas, el cual tuvo como punto de partida un taller de alto nivel realizado en el Hospital Infantil de México.

8.438 Se llevaron a cabo acciones de cooperación en malaria, fundamentalmente en el diseño de un modelo de descentralización de los programas de malaria del nivel central a los niveles estatales. En control de tuberculosis se destaca la capacitación de personal mediante cursos de bacteriología, epidemiología y programación del control de esta enfermedad. También se formuló el plan nacional de prevención de diabetes e hipertensión. Continúa la consolidación del sistema nacional de laboratorios mediante la capacitación de personal profesional en seis cursos nacionales y dos internacionales.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.439 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).** México es uno de los puntos focales para el desarrollo de la CTPD. Al respecto se hizo un inventario de capacidades potenciales nacionales de cooperación técnica en aproximadamente 150 instituciones tanto del sector salud como

de otros sectores que llevan a cabo actividades nacionales en relación con este tipo de cooperación. El inventario arrojó información sobre cerca de 600 líneas específicas de cooperación que pueden ofrecerse a otros países.

8.440 Cooperación internacional: El PNUD proporcionó EUA\$91.987 para un programa de laboratorios; FNUAP, EUA\$983.166 para salud materno-infantil y planificación familiar; UNICEF, EUA\$1,4 millones para programas multisectoriales en favor de grupos marginados rurales y urbanos, y BID, EUA\$1,4 millones, EUA\$23 millones y EUA\$8 millones, respectivamente, para los Proyectos Cutzamala, Monterrey y de desarrollo Municipal.

8.441 Fundaciones: La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$138.000 para un programa de salud familiar de Tijuana.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.442 Personal profesional asignado al país: 12, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en administración de servicios de salud, planificación, salud materno-infantil, crecimiento y desarrollo del niño, salud comunitaria, epidemiología de enfermedades crónicas y transmisibles, estadística, saneamiento ambiental, administración en enfermería, veterinaria e ingeniería sanitaria y laboratorios de salud pública.

8.443 Asesores regionales e interpaíses: 26, por un costo aproximado de EUA\$26.550.

8.444 Consultores a corto plazo (STC): 32, por un costo aproximado de EUA\$95.848.

8.445 Becas: 98, por un costo de EUA\$32.500. Las áreas de estudio cubren todas las ramas de la salud.

8.446 Cursos, seminarios y talleres: 42, con la participación de 1.242 funcionarios nacionales en: control de enfermedades crónicas; descentralización administrativa; la salud, la mujer y el desarrollo; codificación médica y sistema de información bioestadística; enseñanza de enfermería; tendencias de investigación de servicios de salud; planificación de recursos humanos; enfermedades diarreicas y rehidratación oral; epidemiología; bacteriología; veterinaria; leishmaniasis; rabia; mortalidad; medidas de emergencia en casos de desastre; saneamiento ambiental; malaria; laboratorios; libros de texto; vacunas; nutrición, y odontología. La contribución de la OPS/OMS fue de EUA\$142.985.

8.447 Subsidios: La OPS/OMS dio EUA\$115.000 para el proceso de descentralización de programas y servicios de la SSA; EUA\$40.000 a la Escuela de Salud Pública para un curso de planificación en salud; EUA\$40.000 a la Escuela de Salud Pública para un taller sobre investigación en servicios de salud, y EUA\$20.000 para estudios en la profesión de enfermería.

Apreciación general y tendencias futuras

8.448 Durante 1984, los programas realizados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia fluctuaron en cuanto al cumplimiento de sus metas. En algunos programas los resultados superaron las previsiones, mientras que en otros no fue posible alcanzar lo programado. Esta situación se explica por los problemas específicos de cada programa y por factores derivados, entre otras causas, de la reorganización del sector, la aplicación de la política de descentralización y las repercusiones de la crisis económica, especialmente el incremento de los costos de operaciones del Gobierno.

8.449 Los problemas en la disponibilidad de algunos insumos específicos, tales como

repuestos, equipo de rociado y laboratorio, insecticidas y productos químicos que aumentaron de precio y que son difíciles de importar o escasean en el mercado, repercutieron en campañas del paludismo, la oncocercosis y en el control de enfermedades que requieren acciones especiales.

8.450 En México, el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS está estrecha-

mente relacionado con la transformación efectuada en el sector salud. Este proceso se basó en las estrategias de sectorización, modernización y descentralización. Por otra parte, los estudios realizados por el país y por la Organización, con el fin de obtener un mayor conocimiento del sector, facilitarán la identificación de posibles áreas de cooperación técnica.

Nicaragua

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	3.165.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	56,6	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	23,9
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	44,2	— poliomielitis	1983	88,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	9,5	— sarampión	1983	23,0
			— tuberculosis	1983	88,5
			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	43,8
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1984	19,6
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	210,0
Esperanza de vida al nacer	1980-85	59,8	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	75,2	Número de camas por 1.000 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	...	...	
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1984	15,0	Médicos por 10.000 habitantes	1984	0,5
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.236	Enfermeras por 10.000 habitantes	...	...
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	58,7	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	...	...
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	...	...	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
tumores	...	...	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
enfermedades del corazón	...	...	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	...	...
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.451 El Sistema Nacional Único de Salud, en su estructura regionalizada, consolidó la organización y funcionamiento del 80% de las áreas y sectores de salud como base para la extensión de la cobertura y aumento de la calidad de la atención a la población, con especial énfasis en la madre, el niño menor de 5 años y el trabajador. Contribuyeron a este fin las siguientes actividades: revisión y ajuste de los criterios de regionalización; definición de

áreas y sectores de salud; fortalecimiento de la División Nacional de Planificación de Salud y de reestructuración del Ministerio de Salud; apoyo a las unidades regionales de planificación; mejoramiento de la capacidad operativa de la División Nacional y Unidades Regionales de Información y Estadísticas en Salud, e incremento de la coordinación intersectorial. En este contexto se consideran también los avances alcanzados en 1984 en el programa nacional de mantenimiento de servicios de salud y el sistema nacional de medicamentos esenciales e insumos básicos.

8.452 El desarrollo de recursos humanos continuó en forma intensiva, cubriendo las áreas de formación de personal auxiliar, téc-

nico, profesional de pre y posgrado, así como la capacitación de los brigadistas de salud y de parteras empíricas. La matrícula de personal auxiliar y técnico alcanzó a 2.267, distribuidos en tres Institutos Politécnicos: Managua, León y Carazo, y en ocho unidades docentes departamentales. Se mantuvo en 500 el número de alumnos que ingresan a la Facultad de Ciencias Médicas y se continuó el programa de residencias en las áreas clínicas con 134 médicos y 30 profesionales en la maestría de epidemiología y administración de salud. Además, se continuó con el programa de educación continua y con la preparación de programas de convalidación de personal empírico y auxiliar.

8.453 Se terminó la preparación del programa de posgrado en ingeniería ambiental y sanitaria, con la participación del Consejo Nacional de Educación Superior, el Instituto Nicaragüense de Agua y Alcantarillado, el Ministerio de Salud y el Instituto de Recursos Naturales. Este programa se iniciará en 1985.

8.454 El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción distribuyó una gran cantidad de textos y material a través de las siguientes entidades: Facultades de Medicina de León y Managua; Universidad Centroamericana; Universidad Politécnica; Politécnicos de la Salud de Managua, León y Carazo; Escuela de Enfermería de Estelí; Centro Nicaragüense de Organización Sanitaria (CENIDOS)-Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Agua y Alcantarillado y Centro de Documentación de la OPS/OMS. El total de libros distribuidos fue de 11.728 volúmenes, además de 1.393 instrumentos de diagnóstico, por un costo de EUA\$239.842,09.

8.455 En lo que se refiere a la salud ambiental, se registraron avances en el fortalecimiento de la Dirección de Acueductos Rurales, se terminó el estudio sobre tarifas y se reformuló el plan de desarrollo a mediano plazo para provisión de agua y alcantarillado a través de propuestas dentro del marco del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.456 Los servicios de atención materno-infantil mantuvieron una cobertura del 80% de la población infantil; en atención prenatal al 84%; el parto institucional llegó al 42%; en control del puerperio al 37%; así como una cobertura del 58% en la atención a los niños con enfermedades diarreicas. Se consolidó el programa nacional de inmunizaciones, cuyo impacto ha sido significativo. No se registró ningún caso de poliomielitis, y en sarampión se logró una cobertura de vacunación del 100% en menores de 1 año. Se ha consolidado el programa de vigilancia epidemiológica con un centro de referencia nacional en el Hospital Pediátrico. Se inició la primera etapa del Plan Quinquenal de Alimentación y Nutrición que dirige el Programa Alimentario Nutricional del Ministerio de Desarrollo Agropecuario.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.457 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Con Canadá, Cuba y México se llevaron a cabo actividades de CTPD en el campo de recursos humanos y de tecnología.

8.458 **Cooperación internacional:** El UNICEF proporcionó EUA\$1.205.000 para ocho áreas programáticas: análisis de la situación socioeconómica de Nicaragua, estrategia de atención primaria, salud materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, medicamentos esenciales, mantenimiento de equipo y servicios de salud, abastecimiento de agua e higiene del medio ambiente, y EUA\$4.672.000 para el Plan Quinquenal de Alimentación y Nutrición; BID, EUA\$1,5 millón para salud ambiental; el *Organismo Internacional de Energía Atómica*, EUA\$50.000 para un programa de radiología; PMA, EUA\$3 millones para alimentación suplementaria, y la OEA, EUA\$1.000 para adiestramiento de personal.

8.459 **Cooperación bilateral:** CIDA contribuyó con EUA\$320.000 para formación de recursos humanos en nutrición; el *Gobierno de México* con EUA\$14.000 para salud mental (2 años); el *Gobierno de Cuba*, EUA\$600.000 para formación de personal auxiliar, técnico y posbásico, y el *Gobierno de Italia*, EUA\$698.000 para planificación familiar por intermedio del FNUAP.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.460 **Personal profesional asignado al país:** 4, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País, un oficial médico, un asistente administrativo y un responsable del Centro de Documentación y del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción.

8.461 **Asesores regionales e interpaíses:** 62, en las áreas de planificación de servicios de salud, epidemiología, nutrición, salud oral, salud materno-infantil, educación médica, construcción de servicios de salud, administración, medicamentos, radiodiagnóstico, salud ambiental e ingeniería sanitaria.

8.462 **Consultores a corto plazo (STC):** La Organización, a solicitud del país, proporcionó los servicios de 51 consultores para diversas áreas programáticas.

8.463 **Becas:** 90, con un costo de EUA\$204.641. Las áreas de formación se concretaron en formación posbásica diversificada de enfermería, nutrición, planificación de salud, administración, epidemiología, saneamiento ambiental, rehabilitación, malaria, laboratorio clínico, control de la calidad de alimentos y diagnóstico especializado de enfermedades tropicales.

Apreciación general y tendencias futuras

8.464 La destrucción de 50 puestos y centros de salud ha afectado la atención regu-

lar de la salud de 225.000 personas. Además se deterioró la atención en programas especiales como el de la malaria en las regiones donde se registran conflictos, con el consiguiente incremento de los índices malariométricos.

8.465 A pesar de la crítica situación del país se logró no solo cumplir un alto porcentaje (80%) de las actividades programadas con la cooperación de la OPS/OMS mediante fondos regulares, regionales y extrapresupuestarios, sino también abrir nuevos programas relacionados con el desarrollo institucional del Servicio Nacional Único de Salud y de la estrategia de salud para todos, el Plan Quinquenal de Alimentación y Nutrición, y el Sistema Nacional de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos.

8.466 Después de 5 años de seguir un enfoque amplio y de gran flexibilidad en el trabajo, será necesario revisar con las autoridades nacionales la proyección de la colaboración de la OPS/OMS tratando de sistematizar y de coordinar mejor los fondos provenientes de la cooperación externa a mediano plazo.

8.467 En relación con la coordinación interagencial e interpaíses, se ha avanzado en forma importante con el BID, FNUAP, PNUD y UNICEF; sin embargo, habrá que mejorar conjuntamente la metodología de trabajo. Además deberá ampliarse este enfoque a otros organismos del sistema de las Naciones Unidas.

8.468 Se considera que si la orientación de la cooperación de la OPS/OMS se define con un criterio a mediano plazo y con mayores responsabilidades emanadas del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, será indispensable revisar la estructura administrativa, el personal técnico-profesional y la disponibilidad de medios de trabajo que permitan el seguimiento permanente del proceso de gestión de la Representación en el País y del nivel central de la OPS/OMS.

Panamá

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	2.134.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1983	49,8	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	56,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	25,4	— poliomielitis	1983	55,6
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	3,8	— sarampión	1983	57,0
			— tuberculosis	1983	78,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1985	90,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1982	80,8
			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	150,0
			Número de egresos por 100 habitantes	1983	9,1
			Número de camas por 1.000 habitantes	1983	3,2
			Indicadores de Recursos Humanos		
			Médicos por 10.000 habitantes	1983	10,4
			Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	10,4
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	15,8
			Gasto en Salud		
			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	98
			Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	10,1
			Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	14,1

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.469 Entró en operación el Plan de Trabajo del proyecto de fortalecimiento de la Red Nacional de Servicios de Salud financiado por el Gobierno y que cuenta con un aporte complementario del BID. En su desarrollo se ha seguido el enfoque de planificación estratégica, que incluye la participación de tres niveles para analizar conjuntamente proposiciones y cambios que aseguren el uso de los recursos con mayor eficiencia e impacto social. El Plan comprende tres áreas: la planificación de la Red, el desarrollo del sistema y la

infraestructura. Dentro de este esquema se desencadenó un proceso nacional de participación capacitante, habiéndose adiestrado más de 300 funcionarios nacionales. Se identificaron además los grupos humanos postergados y se analizó la accesibilidad de la población a los diversos niveles de atención. También se verificó la producción y productividad de las unidades que prestan servicios de salud, así como su capacidad de resolución. Finalmente se hizo un estudio de financiamiento del sector salud. En lo referente a la red de servicios, se analizó su organización y se formalizaron los estudios preliminares que constituirán la base de proyectos específicos. Como complemento se realizaron estudios arquitectónicos y funcionales de hospitales esenciales: hospitales nuevos en San Miguelito y la Chorrera; hospitales en remodela-

ción en Ocú, Las Tablas y Santo Tomás, y hospitales en construcción en Colón y Soná.

8.470 En el desarrollo de la capacidad operativa institucional y de los servicios, se fortalecieron los procedimientos administrativos del Ministerio y de los sistemas integrados de salud en apoyo de las estrategias de descentralización e integración. También se implantó un modelo para el control y consumo de medicamentos en los sistemas integrados de salud. En la administración de servicios de enfermería se destacan las acciones para la utilización óptima de los recursos disponibles, dentro del proceso de desarrollo de la red de servicios y de los sistemas integrados de salud.

8.471 En materia de recursos humanos se dio prioridad a la actualización y capacitación de enfermeras y auxiliares de los servicios a través de las actividades siguientes: un curso de planificación para 13 participantes, 3 talleres sobre programación para enfermeras de salud y comunitarias y 1 seminario sobre atención primaria. Debe mencionarse también el fortalecimiento de la integración docencia-servicio y la práctica de los estudiantes en el primer nivel de atención de los servicios en zonas rurales.

8.472 En salud ambiental, a pesar de las restricciones presupuestarias del Ministerio de Salud, el Departamento de Saneamiento Básico del Ministerio de Salud construyó 35 acueductos, 157 pozos y 5.522 letrinas. Se intensificó la capacitación de inspectores de saneamiento en seminarios sobre lagunas de estabilización, control de calidad del agua, control de contaminaciones y filtros de arena. Dentro del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, se elaboraron proyectos de saneamiento por un costo estimado de EUA\$81 millones.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.473 Se realizó un inventario de los recursos humanos en el área de la alimentación

y nutrición y se preparó la propuesta para la creación de la Escuela de Nutrición en la Universidad de Panamá. Es importante mencionar el análisis de los seminarios de alimentación en hospitales, la capacitación en educación alimentaria-nutricional y la revisión y reformulación de los programas de ayuda alimentaria. El estudio de los factores de riesgo en la salud maternoinfantil permitió reorientar los esfuerzos hacia áreas y grupos más vulnerables. Se insistió así en la promoción de la lactancia materna por medio de la capacitación de personal, divulgación masiva, bancos de leche materna y organización de centros de información. Finalmente se preparó un proyecto de supervivencia infantil que se someterá a la consideración de organismos de financiamiento. Se formularon las normas de atención de la salud dental para el Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social.

8.474 En el campo de la epidemiología se dio énfasis a la capacitación de personal, especialmente en las áreas de control de enfermedades de transmisión sexual, investigaciones epidemiológicas de enfermedades no transmisibles y control de tuberculosis. Se efectuó un taller sobre la cadena de frío y se evaluó el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Se registró una reducción notable de casos de malaria (341 casos en 1983, en comparación con 121 casos en 1984). Se formuló la propuesta para el financiamiento de los programas de erradicación de malaria y de *Aedes aegypti*, dentro del contexto del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. El monto de esta propuesta es de EUA\$30 millones.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.475 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Se facilitaron los técnicos requeridos por los países del Istmo Centroamericano para elaborar los perfiles de proyectos subregionales dentro del

Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá.

8.476 Cooperación internacional: FNUAP proporcionó EUA\$300.000 para planificación familiar (1979-1986) y EUA\$150.000 para educación en enfermería (1984-1986); y BID hizo un aporte de EUA\$240.000 como fondo de preinversión para el proyecto de la Red Nacional de Servicios de Salud.

8.477 Cooperación bilateral: AID/IN-CAP dieron EUA\$776.857 para la promoción de la lactancia materna (1984-1986).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.478 Personal profesional asignado al país: 5, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y cuatro asesores en planificación, administración hospitalaria, enfermería y veterinaria (hasta agosto). Desde mediados de año se instaló el Grupo Regional de Control de Vectores compuesto por un médico entomólogo, un especialista en *Aedes aegypti* y un educador. También se incorporó un médico para el proyecto de lactancia materna, salud maternoinfantil y nutrición.

8.479 Asesores regionales e interpaíses: 107, por un total de 730 días en: administración y desarrollo de servicios, enfermería, recursos humanos, salud ambiental, programas de computación, salud maternoinfantil, nutrición, odontología, epidemiología, inmunizaciones (cadena de frío), enfermedades respiratorias, control de vectores, zoonosis y fiebre aftosa, protección de alimentos, medicamentos y entomología.

8.480 Consultores a corto plazo (STC): 42, por un total de 1.004 días en planificación y administración de servicios, administración hospitalaria, recursos humanos, psicología clínica y estudios socioculturales, salud maternoinfantil, salud dental, salud mental, inmunizaciones y enfermedades respiratorias agudas.

8.481 Becas: 42, por un total de 233 meses de estudios y con un costo de EUA\$194.000, en los siguientes campos: organización de servicios de salud, enfermería, salud maternoinfantil, salud ambiental, educación en salud, nutrición y estadísticas.

8.482 Cursos, seminarios y talleres: 40 eventos, con una participación de 1.490 funcionarios nacionales, en los siguientes campos: planificación, organización y administración de sistemas de salud; planificación en el nivel primario; supervisión y administración; educación continua para trabajadores de nivel primario; planificación de recursos humanos; salud ambiental; enfoque de riesgo en la salud maternoinfantil; lactancia materna; registros médicos; nutrición y alimentación; salud dental; farmacodependencia; evaluación epidemiológica; medicamentos, y preparación para desastres.

Apreciación general y tendencias futuras

8.483 Un estudio coordinado por la Dirección de Planificación acerca de la situación de la salud en Panamá nos muestra que el país busca el pleno desarrollo de sus recursos a fin de satisfacer las necesidades de toda la población, dándole prioridad a la atención de necesidades sociales tales como la salud.

8.484 El propósito central del Ministerio es ampliar la cobertura de la Red de Servicios, haciéndola más accesible a los grupos humanos postergados, con programas de atención al individuo, a la comunidad y al medio ambiente. El proyecto de la Red de Servicios de Salud constituyó el eje de estas acciones.

8.485 En 1984, Panamá tomó una importante iniciativa con respecto al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Aprovechando el hecho de ser sede del Grupo Contadora, Pa-

namá organizó y llevó a cabo una importante reunión con dicho Grupo y los Ministros de la subregión, en la que el Director de la OSP explicó los objetivos del Plan a los Cancilleres del Grupo.

8.486 El futuro desarrollo de los proyectos subregionales permitirá profundizar el intercambio de experiencias nacionales y utilizar la CTPD, a la vez que concentrar los limitados

recursos en áreas críticas y de mayor impacto. Al respecto, las estrategias políticas formuladas para el desarrollo del sistema de salud en las áreas de: atención primaria, atención integral e integración de servicios, activa participación de la comunidad, y enfoque estratégico en la planificación y administración de los servicios de salud, facilitarán el logro de las metas previstas con eficiencia y equidad.

Paraguay

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1985	3.274.300	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1982	42,3	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	67,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	36,0	— poliomielitis	1984	68,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	7,2	— sarampión	1984	62,0
			— tuberculosis	1984	80,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	25,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	87,8
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1982	70,0
Esperanza de vida al nacer	1980-85	65,1	Número de egresos por 100 habitantes	1982	4,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	51,2	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	1,4
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1981	2,9			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1981	3,9	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1981	6,5	Médicos por 10.000 habitantes	1980	6,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.839	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	2,0
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	79,9	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	9,0
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1981	12,5	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	12
tumores	1981	7,7	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1979	4,9
enfermedades del corazón	1981	11,6	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1985	5,2
accidentes por tránsito de vehículos	1981	1,7			

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.487 Se destaca en este período el desarrollo del Plan Nacional de Salud 1983-1988 que orienta los recursos y acciones hacia el logro de la meta de salud para todos, dando énfasis a la programación de las regiones dentro del país.

8.488 Al respecto continuó la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento de 6 puestos y 4 centros de salud nuevos de la red de servicios, de los niveles

básicos (puestos de salud) e intermedios (centros de salud locales y centros de salud regionales) que se construyen con fondos nacionales y con los recursos provenientes de préstamos y donaciones de agencias de cooperación externa—bilaterales e internacionales. A lo anterior se agrega el desarrollo de los centros de salud especializados, incluida la organización del Laboratorio Central e Instituto de Medicina Tropical, la iniciación del Instituto Nacional del Cáncer y del Quemado con 200 camas y un costo de EUA\$25 millones, y la reciente iniciación del Gran Hospital Nacional con 570 camas y un costo de EUA\$63 millones. Este desarrollo de la infraestructura física ha estado complementado con el fortalecimiento de los sistemas y proce-

dimientos técnicos y administrativos. También se destaca el mejoramiento del comportamiento institucional, la revisión del sistema de información y el análisis de la marcha de los programas, especialmente del Programa Ampliado de Inmunización. Los resultados muestran mejoría en la accesibilidad física de la población a los establecimientos y aumento de la capacidad operativa, especialmente en áreas geográficas que carecían de cobertura.

8.489 En cuanto al desarrollo de los recursos humanos, se rediseñó el sistema de información, planificación y desarrollo de recursos humanos, que se inició con un censo de recursos humanos en salud de alcance sectorial. Se continuó la capacitación de personal en áreas prioritarias mediante la realización de cursos y seminarios y la adjudicación de becas para adiestramiento en el extranjero. También se revisó y rediseñó el Centro de Formación de Personal de Salud, para adecuar sus programas a las demandas del Plan Nacional de Salud.

8.490 En el área de la salud ambiental se dio prioridad al abastecimiento de agua a la población rural. En primer lugar, se construyeron 47 sistemas de abastecimiento de agua para poblaciones rurales de 500 a 4.000 habitantes, con financiamiento del BIRF (Banco Mundial); 31 son administrados ya por Juntas de Saneamiento, 11 más se encuentran en plena operación y se transferirán a las Juntas respectivas. Además, está en proceso de desarrollo un segundo programa de 49 sistemas de abastecimiento de agua, de los cuales 5 ya están en funcionamiento. Dentro de esta misma línea de acción, se han preparado proyectos para un tercer crédito del BIRF destinado a abastecer de agua a todas las poblaciones de 500 a 4.000 habitantes, así como construir 12 sistemas de alcantarillado.

8.491 Para las poblaciones de 150 a 500 habitantes se han construido mediante la cooperación de la República Federal Alemana (GTZ), 16 sistemas básicos de agua que próximamente entrarán en operación, y mediante la colaboración de UNICEF se construyeron

42 pozos con bombas de mano. En cuanto a poblaciones menores de 150 habitantes y población dispersa, se elaboró una guía para la construcción y análisis de modelos e investigación de prototipos de bombas de mano con tecnología de bajo costo. Se formularon los lineamientos generales del programa de residuos sólidos y se revisó la solicitud de financiamiento al BIRF.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.492 Los servicios de atención integral que continuaron dando énfasis a la atención maternoinfantil han extendido su cobertura a zonas geográficas desprotegidas. Dentro de estos servicios se ha dado prioridad a la atención prenatal, atención del parto, atención del puerperio y atención del crecimiento y desarrollo del niño. La cobertura de la atención del parto y del puerperio se ha incrementado, utilizando personal auxiliar y parteras empíricas adiestradas. La cobertura de vacunación contra las principales enfermedades inmunoprevenibles continuó creciendo aceleradamente, alcanzando niveles cercanos al 50%, compatibles con las tasas endemoepidémicas, especialmente de tuberculosis, sarampión, tos ferina y tétanos.

8.493 El programa de control de enfermedades diarreicas progresó lentamente. En fiebre amarilla urbana se intensificó el control de *Aedes aegypti* en los principales puertos de entrada al país, la vacunación antiamarílica de la población más expuesta al riesgo y además se formuló un ambicioso proyecto de erradicación de *Aedes aegypti*, cuyo financiamiento se solicitará al BID. El programa de erradicación del paludismo continuó satisfactoriamente, a pesar de que se presentaron brotes locales que son objeto de atención preferencial. Continuó la investigación sobre la enfermedad de Chagas en 27 distritos con un índice de infección humana por *Trypanosoma cruzi* de 22,5%.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.494 Cooperación internacional: El *UNICEF* asignó EUA\$1,4 millones para servicios de agua potable rural; *FNUAP*, EUA\$984.159 para la extensión del programa de salud materno-infantil en zonas rurales; *BID*, EUA\$14,4 millones para la segunda etapa del proyecto de extensión de cobertura de servicios de salud y EUA\$507.000 para el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud; y *BIRF*, EUA\$11,8 millones y EUA\$6 millones, respectivamente, para dos proyectos sobre sistemas de abastecimiento de agua por 4 años cada uno, y EUA\$22,4 millones y EUA\$98.000, respectivamente, para el desarrollo rural integrado (componente salud) y para un estudio hidrogeológico por 3 años.

8.495 Cooperación bilateral: La *República Federal Alemana* asignó EUA\$4 millones para un programa de extensión de cobertura de servicios de salud, III y IV Regiones Sanitarias, incluyendo la construcción y equipamiento de 28 puestos, 10 centros y 2 centros regionales, EUA\$1,5 millones para sistemas de agua potable en el Departamento de San Pedro (Banco de Fomento Alemán), EUA\$400.000 para sistemas de agua en localidades de menos de 500 habitantes, y EUA\$700.000 para estudios de la red de servicios de salud en Misiones y Neembucú: construcción, ampliación y equipamiento de puestos y centros de salud. El *Gobierno de Brasil* proporcionó EUA\$20 millones para la construcción y equipamiento del Instituto Nacional de Cáncer y del Quemado con 200 camas (crédito Banco del Brasil); el *Gobierno de Francia* dio EUA\$63 millones para la construcción y el equipamiento del Gran Hospital Nacional con 560 camas (crédito SGE); el *Gobierno del Japón* donó EUA\$8 millones para un proyecto de construcción y equipamiento del Laboratorio Central e Instituto de Medicina Tropical y EUA\$5 millones para el equipamiento del Centro de Salud de Pedro

Juan Caballero, 70 camas; *GTZ* dio EUA\$1,2 millones para sistemas de abastecimiento de agua (4 años) y EUA\$90 millones para un estudio del plan decenal de obras sanitarias, y *KfW* proporcionó EUA\$4 millones para sistemas de abastecimiento de agua (4 años).

8.496 Fundaciones: La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$260.425 para un programa de perinatología y salud materno-infantil.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.497 Personal profesional asignado al país: 9, incluido el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en planificación, administración, enfermería, salud ambiental, salud materno-infantil y salud pública veterinaria.

8.498 Asesores regionales e interpaíses: 13, por un total de 80 días en: administración de salud, enfermería, salud ambiental, salud materno-infantil, análisis de sistemas, educación para la salud, estadística, serología, enfermedades tropicales y zoonosis.

8.499 Consultores a corto plazo (STC): 14, por un total de 526 días en: arquitectura de servicios, mantenimiento de instalaciones y equipo, salud ambiental, suministros, investigaciones, salud materno-infantil, educación para la salud, odontología, salud comunitaria y enfermedad de Chagas.

8.500 Becas: 45, por un costo acumulado de EUA\$100.000 en las siguientes áreas de estudio: salud pública, malaria y saneamiento ambiental, epidemiología del cáncer, riesgo en la salud materno-infantil, perinatología, tecnología de la construcción de pozos tubulares profundos, control de la tuberculosis, política de población y salud materno-infantil, diagnóstico de la tuberculosis, enfermería intensiva y periodoncia social.

8.501 **Cursos, seminarios y talleres:** 6, con 560 participantes, con una contribución de la OPS/OMS de EUA\$32.878, en los siguientes campos: formación de personal voluntario a nivel de las comunidades, promotores de salud y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua.

8.502 **Subsidios:** La OPS/OMS otorgó EUA\$9.000 para financiar una investigación acerca de la aplicación de modelos educativos para la terapia de rehidratación oral en la familia y en la comunidad; EUA\$17.656.25 para financiar un proyecto de fomento de la salud, nutrición y bienestar de la familia, a cargo de la División de Bienestar Social, y EUA\$112.399 para gastos locales del proyecto de apoyo a la extensión de cobertura del programa maternoinfantil en zonas rurales.

Apreciación general y tendencias futuras

8.503 El sector salud se encuentra en una etapa de amplio dinamismo que se podría

denominar de despegue hacia la meta de salud para todos. Tal es el elevado número de establecimientos de todos los niveles que se encuentran en etapa de construcción, cuyo futuro funcionamiento tendrá un importante impacto en el volumen de servicios que se ofrecen a la población y debido a su distribución geográfica cubrirán un área más extensa. Sin embargo, la crisis económica que sufre el país ha obligado a desarrollar una política fiscal de austeridad que restringe la asignación de los fondos requeridos para el funcionamiento de estos establecimientos.

8.504 El incremento de las necesidades de recursos y de cooperación técnica y financiera ha propiciado la coordinación en la programación y desarrollo de la cooperación de las distintas agencias internacionales y bilaterales, así como la participación comunitaria más intensa, y en menor grado ha fortalecido la incipiente coordinación intrasectorial y la cooperación técnica entre países en desarrollo.

Perú

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	18.707.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1981	64,9	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1984	27,8
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980-85	37,0	— poliomielitis	1984	27,8
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980-85	11,0	— sarampión	1984	34,7
			— tuberculosis	1984	62,7
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	49,0
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	36,0
Esperanza de vida al nacer	1982	59,0	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1982	60,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	99,0	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1979	3,2	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	1,7
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	10,0	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	9,0	Médicos por 10.000 habitantes	1982	8,1
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.195	Enfermeras por 10.000 habitantes	1982	6,4
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	58,7	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1979	4,4
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	15
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	45,9	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	4,5
tumores	1980	5,8	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	4,1
enfermedades del corazón	1980	11,3			
accidentes por tránsito de vehículos	1980	5,0			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.505 Dentro del plan operativo del sector 1984-1985 se alcanzaron los objetivos del proyecto de extensión de cobertura de servicios en la Región del Oriente, así como los de la organización del sistema nacional de arquitectura y mantenimiento y los del plan nacional de capacitación para la infraestructura física. Con el propósito de articular los recursos del sector se formuló una propuesta de cooperación entre el Ministerio de Salud y el

Instituto Peruano de Seguridad Social en las áreas de infraestructura física y desarrollo de programas. Se fortaleció el componente de enfermería de los servicios básicos de salud mediante la capacitación de personal y la aplicación de estándares de enfermería en el trabajo con la comunidad y en los hospitales.

8.506 En el área prioritaria de desarrollo de recursos humanos se destaca la capacitación de personal de salud del nivel primario aun cuando sólo se logró el 60% de los objetivos. Con base en la evaluación de la Escuela de Salud Pública se formuló un plan de corto y mediano plazo, con un enfoque multidisciplinario que incluye la educación permanente del personal del Ministerio de Salud.

Fue muy valiosa la evaluación de la tecnología educativa del personal institucional y comunitario que condujo a nuevos enfoques y técnicas de enseñanza, e inclusive a la elaboración de módulos de autoinstrucción para personal del Ministerio. Debe mencionarse en este sentido el fortalecimiento del "Centro Nacional de Tecnología Educativa en Salud" (CENTES) que ha quedado vinculado a la Universidad de San Marcos, el Ministerio de Salud y la OPS/OMS. También se formuló un plan para organizar la Red Nacional de Bibliotecas en Ciencias de la Salud. En el ámbito del Programa Regional de Adiestramiento Avanzado en Administración de Servicios de Salud (PROASA) se estableció un programa académico de administración en salud, que cubre los niveles de maestría y de residencia.

8.507 En el área de la salud ambiental se destaca la formulación del plan de saneamiento básico para el Decenio en el que se definen prioridades y se coordinan recursos nacionales y externos. Ha sido de gran importancia en este sentido la aplicación progresiva del plan nacional para el control de la calidad del agua en tres regiones del país. Por otra parte progresaron los estudios de contaminación del agua y se han desarrollado los mecanismos para fiscalizar la calidad del agua en los ríos y en el litoral marítimo.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.508 En el área de alimentación y nutrición ha sido importante el desarrollo del "Programa Conjunto de Apoyo a la Nutrición", cuyas actividades en materia de nutrición y de salud materno-infantil se integraron con otros sectores del desarrollo en los que participa la comunidad. Un componente importante de este programa es el control del bocio y del cretinismo endémicos, cuyas actividades se consolidaron con la creación de una oficina de control del bocio y en la evaluación y reformulación del programa.

8.509 Se analizó el proyecto de salud materno-infantil y planificación familiar que no alcanzó el nivel de desarrollo esperado, y se presentó una nueva propuesta al FNUAP para 1985. También se elaboró e inició el plan operativo del programa materno-infantil y de perinatología de Socabaya-Arequipa. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) tuvo coberturas de vacunación muy bajas y aún no se registra ningún impacto en la incidencia de estas enfermedades, lo que obligó a evaluar el programa y plantear soluciones para 1985.

8.510 Como resultado de la evaluación de la situación de la malaria (fines de 1983) se reactivó el programa en dos niveles, a saber, enfrentamiento de las situaciones de emergencia y actividades a largo plazo. No obstante la malaria sigue extendiéndose hasta llegar a zonas que estuvieron libres de transmisión en los últimos 20 años.

8.511 La salud pública veterinaria constituye una de las áreas de mayor actividad, destacándose los avances en los programas contra la rabia urbana y periurbana, el programa de control de alimentos, el de vacunación contra la fiebre aftosa y el proyecto de la colonia de primates en Iquitos.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.512 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD):** Para promover en forma sistemática este campo, en una primera etapa se establecieron contactos con las embajadas de los países que potencialmente pueden participar en este tipo de cooperación. Tal es el caso de Brasil, Colombia, Cuba, México y Venezuela. Brasil mostró interés en actuar a través de FNUAP.

8.513 **Cooperación internacional:** El UNICEF donó EUA\$415.000 para la extensión y desarrollo de los servicios de salud, y EUA\$2,2 millones para la atención integral del niño y la familia (en operación, iniciado en 1983); PNUD, EUA\$922.000 para el de-

sarrollo y extensión de la cobertura de salud en la región oriente, EUA\$450.000 para el desarrollo de la infraestructura física de los servicios de salud, EUA\$750.000 para el establecimiento de un centro de investigación y desarrollo en biotecnología (1983-1986), EUA\$56.854 para un programa de fiscalización del uso indebido de drogas (en operación, iniciado en 1984), EUA\$4,2 millones para la atención materno-infantil y planificación familiar, y EUA\$73.280 para el Hospital Amazónico—Pucallpa (en operación, iniciado en 1980); el *BID*, EUA\$23 millones para proyectos en operación en los siguientes campos: desarrollo de tecnología para sistemas de agua y alcantarillado, control de la calidad del agua, reutilización de aguas residuales, capacitación de recursos humanos del nivel primario de atención, y adiestramiento en salud animal; *BIRF*, EUA\$33,5 millones para la atención primaria y servicios básicos de salud (en operación e iniciados antes de 1984), y *PMA*, EUA\$900.000 para la asistencia alimentaria al grupo materno-infantil (en operación, iniciado en 1982).

8.514 **Cooperación bilateral:** *AID/EUA* asignó EUA\$30 millones para programas en operación e iniciados antes de 1984: laboratorios para el control de la calidad del agua, normas para el diseño de sistemas de agua y alcantarillado, y programa de inmunizaciones y EUA\$1,2 millones para llevar a cabo un estudio del sector salud; la *República Federal Alemana* donó EUA\$24 millones aproximadamente para proyectos en operación e iniciados antes de 1984 en las áreas de: fortalecimiento del sistema hospitalario, atención primaria y servicios de salud, servicios de laboratorio y nutrición y salud ambiental; *Checoslovaquia*, EUA\$207.920 para series (sets) electrógenos y odontostomatológicos; *Dinamarca*, EUA\$381.444 para la atención primaria en Pucallpa (en operación, iniciado en 1979); *Francia*, EUA\$5,3 millones para equipamiento de hospitales—Iquitos y Juliaca; *Hungría*, EUA\$612.669 para suministros; *Italia*, EUA\$42.522 para la extensión de atención médico rural; *Japón*, EUA\$2,05 mil-

llones para control de malaria (en operación, iniciado en 1981) y EUA\$769.230 para la infraestructura física (en operación, iniciado en 1980); *Noruega*, EUA\$34,7 millones aproximadamente para la extensión de la atención médica en zonas rurales—Puno (en operación, iniciado en 1981); *Holanda*, EUA\$6,7 millones para la red de hospitales rurales y EUA\$4,2 millones para apoyo a los sectores de salud; *Suecia*, EUA\$106.400 para la atención integral de la salud (en operación, iniciado en 1980), y la *Cooperación Técnica Suiza*, EUA\$609.278 para la extensión de la atención médico-rural.

8.515 **Fundaciones:** La *Fundación Amazónica* donó EUA\$192.830 para el desarrollo de los servicios de salud en el valle del Río Apurímac; la *Fundación W. K. Kellogg*, EUA\$149.775 para el desarrollo del programa de salud materno-infantil en la zona de Hunter-Socabaya (1984-1985), y *Save the Children Fund*, EUA\$19.220 para el desarrollo y extensión de servicios de salud (Ríos Tambo y Ene) (en operación, iniciados en 1982).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.516 **Personal profesional asignado al país:** 5, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en: administración de salud, enfermería, atención médica integral y salud ambiental.

8.517 **Asesores regionales e interpaíses:** 33, por un total de 268 días en los siguientes campos: servicios de salud y atención primaria, sistemas de información, enfermería, registros médicos, laboratorios, salud ambiental, salud materno-infantil, alimentación y nutrición, inmunización, epidemiología, odontología, medicina tropical, cáncer, peste, veterinaria, salud pública y colonias de primates.

8.518 **Consultores a corto plazo (STC):** 49, por un total de 658 días en los siguientes

campos: planificación y organización de servicios, arquitectura hospitalaria, recursos humanos, salud ambiental, salud maternoinfantil y enfoque del riesgo de la nutrición, salud mental, salud ocupacional, producción de medicamentos, inmunizaciones, meningitis, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, peste y enfermedades tropicales.

8.519 **Becas:** 98, por un total de 167 meses y un costo de EUA\$270.205 en los siguientes campos de estudio: recursos humanos, salud maternoinfantil, administración y organización de servicios, salud ambiental, malaria y control de vectores, inmunizaciones, control de medicamentos, nutrición, odontología, tuberculosis, salud veterinaria, medicina tropical, farmacología, serología y comunicación social.

8.520 **Cursos, seminarios y talleres:** 46, con una participación de 1.872 funcionarios nacionales y un costo de EUA\$72.829, en los siguientes campos: curso de maestría en salud pública, administración en salud, capacitación de promotores, capacitación del personal de servicios de salud, capacitación en el primer nivel de atención, mantenimiento de establecimientos de salud, odontología, inmunizaciones, salud maternoinfantil, supervisión, preparación en casos de emergencia y de desastre.

8.521 **Subvenciones:** La OPS/OMS proporcionó EUA\$139.700 para lo siguiente: la evaluación de la Escuela de Salud Pública (EUA\$30.000); estudio y proyecto de aten-

ción primaria (EUA\$17.000); Universidad Cayetano Heredia (EUA\$10.000); Universidad de San Marcos (EUA\$10.000); formación de investigadores (EUA\$13.500); investigaciones y políticas de medicamentos (Convenio Hipólito Unanue) (EUA\$40.000); investigaciones en cáncer (EUA\$2.000); estudio de problemas respiratorios en niños (EUA\$14.700), y enseñanza de medicina (EUA\$2.500).

Apreciación general y tendencias futuras

8.522 Como el resto de los países de América Latina, Perú experimentó las mismas repercusiones de la crisis económica, a lo que se agregaron ciertos factores de orden político y social característicos del país. Esta situación ha impuesto serias limitaciones al sector salud, restringiendo en consecuencia la capacidad operativa de los servicios y la productividad de los recursos humanos. Tal situación también repercutió en la cooperación técnica de la Organización, cuyos recursos, programados para áreas prioritarias del Gobierno, solo se utilizaron en forma parcial. La proximidad de la elección de un nuevo Gobierno plantea la necesidad de revisar la cooperación de acuerdo con las políticas y planes de salud nuevas, a fin de concentrar los esfuerzos actualmente dispersos en las áreas que se consideran críticas y diseñar enfoques y procedimientos innovadores.

República Dominicana

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1984	6.416.300	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1981	48,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	24,4
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1985	32,4	— poliomielitis	1983	22,4 ^a
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	4,6	— sarampión	1983	23,4
			— tuberculosis	1983	40,8
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	65,0
Esperanza de vida al nacer	1985	65,0	Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	27,5
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	69,0	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1983	0,9
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	7,0	Número de egresos por 100 habitantes	1983	4,9
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1982	7,7	Número de camas por 1.000 habitantes	1983	1,2
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.130	Médicos por 10.000 habitantes	1983	5,9
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	47,3	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	1,0
Porcentaje de defunciones por:			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1983	10,2
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	10,9	Gasto en Salud		
tumores	1982	6,6	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	7
enfermedades del corazón	1982	12,6	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1983	3,7
accidentes por tránsito de vehículos	1982	2,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	11,8

... Información no disponible.

^a Datos de campaña de inmunización (niños de 0-3 años).

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.523 Dentro del marco de la política de salud, 1983-1986, se elaboró la programación regional de salud, se organizó el sistema de información y se adoptó el modelo de atención integral. La creación de la Dirección General de Atención Primaria, articulada con el Centro de Planificación, facilitó el desarrollo de estas actividades. Paralelamente se adiestró personal en planificación de salud y administración hospitalaria.

8.524 Continuó la ejecución del proyecto de expansión de los servicios de salud con un préstamo del BID; el desarrollo institucional de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), y el mejoramiento de su capacidad operativa, especialmente en las áreas de información, suministros, mantenimiento, transporte y medicamentos.

8.525 A raíz del aumento de la capacidad instalada, y teniendo en cuenta que los nuevos recursos externos producirán cambios y mayores requerimientos, se realizaron estudios sobre oferta y demanda de los servicios de salud y sobre necesidades de recursos humanos. También se inició una investigación

operativa de los servicios de salud del área de Santiago, para mejorar su rendimiento y la utilización de los recursos.

8.526 Cabe señalar la creación del Programa de Medicamentos Esenciales (PRO-MESE) por medio del cual alrededor de 300 productos genéricos serán accesibles a las comunidades a precio de costo. Dentro de la misma área, la Planta de Medicamentos de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) continúa la producción nacional de aproximadamente 40 medicamentos.

8.527 Se inició la planificación de recursos humanos, junto con la capacitación de personal a nivel interinstitucional (salud, seguridad social, universidades). Asimismo continuó la integración docente-asistencial, y, a nivel de postgrado, comenzó el Programa de Maestría en Salud Pública con especialización en administración y en epidemiología (41 estudiantes becados del Ministerio de Salud y de la UASD). En Santiago continuó el desarrollo del proyecto de administración de los servicios de salud, como parte del Programa Regional de Adiestramiento Avanzado en Administración de Servicios de Salud (PROASA). Por su parte, el Centro Nacional de Comunicación en Salud (CENACES) se fortaleció como núcleo de acción de los programas prioritarios que ejecuta la SESPAS, en especial los relacionados con la prevención y el control de las enfermedades.

8.528 En el área de salud ambiental se prosiguió delineando el Plan Decenal con cooperación intersectorial. Al respecto deben citarse los programas de abastecimiento de agua para la población rural dispersa, la rehabilitación y ampliación de 16 sistemas y la conclusión del ciclo de capacitación de personal nacional en sistemas de abastecimiento de agua potable. Se inició la ejecución del proyecto de desarrollo institucional del Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), tanto en las áreas de programación y asistencia técnica, como de operación y mantenimiento; se capacitó al personal del programa de fluoruración de

agua y al encargado de dos rellenos sanitarios de Santo Domingo.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.529 Con participación de la División Maternoinfantil y la Universidad Autónoma de Santo Domingo se continuó el estudio sobre mortalidad infantil; se preparó la propuesta para la implantación del programa de control de enfermedades diarreicas y se establecieron los lineamientos para un amplio programa de alimentación y nutrición.

8.530 Se revisaron las actividades desarrolladas en el área de la salud mental a nivel hospitalario y se continuó con el programa de terapéutica ocupacional, tanto a nivel de servicios como de docencia. En lo concerniente a la salud oral, se amplió la cobertura extendiendo las medidas preventivas a 600.000 escolares y se desarrolló un programa de difusión al público. Se inició la atención odontológica a nivel rural y se continuó desarrollando la investigación epidemiológica y operativa.

8.531 En cuanto al control de enfermedades, la evaluación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) mostró que el país alcanzó de enero a junio una cobertura de vacunación con vacuna DPT (3ª dosis) del 18% y con vacuna antipoliomielítica una cobertura significativa (1ª dosis) del 94%. La campaña antiparasitaria ejecutada durante el año permitió cubrir a más del 90% de la población. Además se completaron los preparativos para una acción masiva en materia de rehidratación oral, malaria y tuberculosis.

8.532 Se reformuló el programa de vigilancia epidemiológica y se lo implantó en las regiones sanitarias. Continuó el trabajo para ejecutar un proyecto conjunto con Haití para el control de la malaria, con la cooperación del BID y de la OPS/OMS.

8.533 En salud pública veterinaria se realizó una evaluación del proyecto de salud ani-

mal. Se creó un Centro de Capacitación para el control de la rabia y se formuló una propuesta para introducir mejoras al Laboratorio de Producción y Control de Biológicos.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.534 Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD): Se inició en el país la movilización de recursos nacionales para la cooperación con otros países en las áreas de planificación, recursos humanos, salud oral e investigación operativa.

8.535 Se obtuvo la cooperación de técnicos de otros países en las áreas de planificación, administración, formación en salud pública, investigación, malaria, epidemiología, salud oral, salud pública veterinaria, salud ambiental y otras. Dichos técnicos fueron financiados directamente por los gobiernos correspondientes o con fondos de la OPS/OMS.

8.536 Cooperación internacional: El PNUD proporcionó EUA\$90.000 para salud oral y EUA\$47.161 para capacitación masiva; FNUAP dio EUA\$73.589 para un programa de planificación familiar; BID asistió con EUA\$335.000 para el desarrollo institucional del INAPA y con EUA\$308.039 para la extensión y refuerzo de los servicios de salud; la OMS y su Programa de TDR dieron EUA\$13.600 para investigación en bilharzia y EUA\$10.000 para investigación en malaria, respectivamente.

8.537 Fundaciones: La *Fundación W. K. Kellogg* donó EUA\$111.443 para un programa de administración y salud familiar.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.538 Personal profesional asignado al país: 5 funcionarios, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País que actúa como coordinador, y asesores en administración de salud pública, salud ambiental, salud oral y capacitación masiva. Además, en el transcurso del año, se incorporaron a proyectos extrapresupuestarios tres profesionales: dos asesores en salud ambiental (proyecto BID/INAPA) y un oficial médico (proyecto BID/SESPAS).

8.539 Asesores regionales e interpaíses: 34 asesores, que dieron un total de 262 días de asesoría en salud materno-infantil, malaria, salud oral, fluoruración del agua, parasitología, investigación operativa, administración, nutrición, aseo urbano, PAI, población y familia, servicios de salud, recursos humanos, atención médica, salud pública veterinaria, enfermería, mantenimiento, información científico-técnica y salud ambiental.

8.540 Consultores a corto plazo (STC): 66 consultores con un total de 1.140 días de consultoría en las áreas de salud ocupacional, salud ambiental, sistema de información, malaria, servicios de salud, salud oral, laboratorios, salud pública veterinaria, recursos humanos, salud mental, administración de salud, epidemiología, farmacia, terapéutica ocupacional, salud materno-infantil, sanidad animal, PAI, preparativos en casos de desastre, nutrición y hematología.

8.541 Becas: 67 becas, con un total de 84 meses aproximadamente, a un costo de EUA\$106.205 en las áreas de administración de salud pública, epidemiología y control de enfermedades, salud materno-infantil, salud oral, planificación de salud, salud animal, salud ambiental, bibliotecología, laboratorio, recursos humanos, administración hospitalaria, medicina social, malaria, tuberculosis, investigación en salud, salud pública veterinaria, enfermería, salud ocupacional e inmunología.

8.542 Además, la OPS/OMS auspició la participación de 23 nacionales en seminarios, talleres y congresos en el exterior sobre cáncer cérvico-uterino, salud materno-infantil, pre-

parativos en casos de desastre, odontología/UDUAL, pediatría, salud ambiental, lactancia materna, educación para la salud y control de la lepra.

8.543 **Cursos, seminarios y talleres:** 34 eventos, con un total de 3.245 participantes y la contribución financiera de EUA\$56.119. Las áreas de estudio fueron: malaria, epidemiología, servicios de salud, salud maternoinfantil, recursos humanos, salud ambiental, nutrición, asistencia social, enfermería, salud mental y salud oral.

8.544 **Subvenciones:** Durante el período la OPS/OMS administró, por pedido de las autoridades nacionales, subvenciones de la OMS para la investigación de malaria y la de bilharzia, por un total de EUA\$23.600.

Apreciación general y tendencias futuras

8.545 Las actividades se centraron en la formulación de la programación regional de

salud y la organización y puesta en marcha del sistema de información. Se dio prioridad a la formulación del modelo de atención integral de la salud a nivel primario, como parte fundamental del Plan de Acción de la política de salud del Gobierno. Debe mencionarse la importancia que asigna el Gobierno a la atención de la salud ambiental, al programa de medicamentos esenciales y a un programa intersectorial de salud pública veterinaria. Se promovió la articulación intersectorial y la participación comunitaria en los programas de salud. Cabe señalar las altas coberturas logradas en la vacunación antipoliomielítica con 1ª dosis y en la campaña antiparasitaria.

8.546 El resultado de las investigaciones realizadas y su ejecución deja ver horizontes más amplios para el trabajo en salud. Junto con esto, la formación de personal especializado para administrar la infraestructura creciente de los servicios aporta un nuevo componente de avance en el proceso.

San Cristóbal y Nieves

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	44.700	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	89,5
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1981	25,6	—poliomielitis	1983	93,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1981	10,6	—sarampión	...	...
			—tuberculosis	1983	69,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	75,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1985	96,0
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1981	65,0	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1977	106,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1981	46,0	Número de egresos por 100 habitantes	1980	12,2
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	2,3	Número de camas por 1.000 habitantes	1981	5,6
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	2,5			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	9,4			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.038	Gasto en Salud		
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	52,8	Médicos por 10.000 habitantes	1983	5,8
			Enfermeras por 10.000 habitantes	1981	56,7
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1981	0,9
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
enfermedades infecciosas y parasitarias	1982	6,2	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
tumores	1983	11,1	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1984	12,3
enfermedades del corazón	1983	17,0			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	0,2			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.547 En noviembre de 1984 se procedió a una evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS con el País Miembro más reciente de la Organización. El Gobierno está llevando a cabo un plan nacional de desarrollo y la OPS/OMS ha prestado apoyo a la observación ulterior del proceso de planificación en salud y a la identificación de los insumos técnicos necesarios. Se ofreció orientación so-

bre las normas de atención de enfermería en el Caribe a personal de categoría superior de esta profesión.

8.548 En salud ambiental se concedió especial importancia a la integración de la estrategia de atención primaria de salud en las actividades cotidianas del programa nacional, y se tomaron las primeras medidas encaminadas a la preparación de un manual de operaciones sobre el terreno en materia de salud ambiental. Se organizó un seminario de 5 días sobre definiciones operativas de estrategias de atención primaria de salud en programas de salud ambiental, así como un taller de 3 días sobre planificación de operaciones de urgen-

cia dedicado a personal de abastecimiento de agua y de salud ambiental, como parte de este plan. Ante la creciente construcción de hoteles y desarrollo del turismo, el Gobierno se preocupa cada vez más por la eliminación de desechos líquidos y sólidos.

8.549 La Organización prestó apoyo a los informes de muestras histopatológicas y citológicas y al adiestramiento de tecnólogos de laboratorio en administración de laboratorio y en pruebas para la hepatitis.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.550 La planificación de la familia y la educación en la vida familiar, que están integradas en los servicios de salud materno-infantil, son programas prioritarios dentro de la política sanitaria nacional y el plan de desarrollo general del país. Las actividades de fortalecimiento de la salud y educación en la vida familiar y planificación de la familia dentro de la atención primaria de salud han incluido la planificación de una unidad de educación en salud, integración de la salud y educación en la vida familiar en los estudios del Colegio de Magisterio y el establecimiento de centros de salud y planificación de la familia para los adolescentes en Sandy Point y Cayon.

8.551 Se ha tratado con todo empeño de mejorar el estado de salud materno-infantil mediante el análisis de los resultados del estudio del riesgo en el período perinatal y la planificación del adiestramiento de personal de salud que trabaja en asistencia perinatal. La ejecución y observación ulterior del programa de rehabilitación oral ha mejorado el tratamiento de la gastroenteritis en los niños. Sin embargo, el fortalecimiento de los servicios de enfermería obstétrica, a través de la revisión del manual de salud materno-infantil y la actualización del currículo de obstetricia, ha sufrido retrasos. Recibieron adiestramiento tres enfermeras especializadas en la familia, quienes ahora prestan servicio en el ámbito de la atención primaria de salud. Se están re-

sando las leyes y disposiciones legislativas para incorporar las funciones y atribuciones de la enfermera especializada en la familia.

8.552 La vigilancia y control de enfermedades transmisibles sigue ocupando un alto orden de prioridad. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ofreció colaboración a San Cristóbal y Nieves, y el CAREC continuó desarrollando y reforzando su capacidad de diagnóstico de laboratorio. También se están logrando ciertos avances en el desarrollo del programa de control de la lepra. El país recibió también asistencia del grupo de salud del Proyecto Pan Caribe de Preparativos y Prevención en Situaciones de Desastre, situado en Antigua.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.553 **Cooperación internacional:** El FNUAP aportó EUA\$8.420 para un programa de salud materno-infantil y planificación de la familia.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.554 **Personal profesional asignado al país:** Ofrecen cooperación funcionarios de la Organización destinados en diversos lugares del Caribe, así como otros de la Sede, el CAREC y el CFNI. Además, un grupo de consultores de la Oficina de Coordinación de Programas del Caribe (CPC) colaboró con el Gobierno en actividades de desarrollo de sistemas de salud, recursos humanos, estadísticas de salud, preparativos para situaciones de desastre, control de enfermedades, salud ambiental, nutrición, salud materno-infantil, salud pública veterinaria, zoonosis y control de vectores.

8.555 **Becas:** Se concedieron 3 becas en control de vectores, hepatitis y alcoholismo y se ofreció adiestramiento a 4 funcionarios na-

cionales en gestión de laboratorios (Santa Lucía), gestión de salas hospitalarias (Barbados), radiografía (Jamaica) e inspección de la carne y otros alimentos (Jamaica), utilizando fondos de la Secretaría de la Comunidad Económica Europea-Comunidad del Caribe.

Apreciación general y tendencias futuras

8.556 El Gobierno ha convenido en realizar un análisis completo de la situación de salud a principios de 1985, con el apoyo de la Organización. La OPS/OMS ofrecerá asistencia en cuanto se identifiquen las áreas prioritarias y, consecuentemente, colaborará en ellas.

Se proporcionará también más asistencia a los programas relativos a la fecundidad destinados a adolescentes en la escuela y fuera de ella, al fortalecimiento de los servicios de salud maternoinfantil con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad de los lactantes y a la capacitación de personal de salud en aspectos concretos de la salud maternoinfantil que son objeto de preocupación.

8.557 Pese a los limitados recursos disponibles, se ha intensificado la asistencia en materia de salud ambiental y se espera que un examen del programa nacional servirá de ayuda al Gobierno para reforzar este componente de la atención primaria de salud. Se ha previsto la organización de un taller nacional en gestión de desechos sólidos.

Santa Lucía

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	126.400	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	40,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1981	63,6
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	31,0	— poliomielitis	1981	65,3
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	6,3	— sarampión	...	...
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1985	100,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1985	100,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Esperanza de vida al nacer	1985	70,0	Número de egresos por 100 habitantes	1979	2,8
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	27,0	Número de camas por 1.000 habitantes	1979	4,4
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1983	0,25			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	7,2	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1985	9,7	Médicos por 10.000 habitantes	1982	4,0
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.390	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	22,7
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	64,3	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	9,3
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1979	10,0	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1978	29
tumores	1979	12,0	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1981	4,0
enfermedades del corazón	1978	19,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1985	13,6
accidentes por tránsito de vehículos	1978	...			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.558 Se recibió asistencia para el establecimiento de una unidad de planificación en el Ministerio de Salud y para el fortalecimiento de la planificación en la prestación de servicios de salud. Otra actividad importante ha sido el estudio destinado a reforzar las obras de infraestructura, cuyos resultados se están llevando a la práctica.

8.559 Se hizo una revisión crítica de los datos correspondientes al personal de salud,

reunidos durante 1983, y se está organizando un taller nacional que se realizará en 1985 sobre cuestiones de gestión y apoyo orgánico del personal de salud, como base para la formulación de políticas. También se llevó a cabo un taller sobre normas de atención de enfermería, dedicado al personal de enfermería de categoría superior. El país fue la sede de dos talleres importantes sobre salud ambiental, uno referente al control de la calidad del agua y la planificación de las operaciones de urgencia para el abastecimiento de agua y el otro relativo al personal de salud ambiental. Se iniciaron las discusiones sobre la educación continua en atención primaria del área de la salud para funcionarios de salud ambiental. Prosiguieron los programas nacionales de salud

ambiental sin cambios de importancia en las actividades de vigilancia.

8.560 Se ofreció colaboración en la coordinación de todos los servicios de laboratorio y otras actividades afines, la preparación de informes sobre muestras histopatológicas, prácticas de adiestramiento en pruebas de determinación de hepatitis y actividades relacionadas con un taller de dos semanas sobre gestión de laboratorios del que Santa Lucía fue el país huésped.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.561 Se ha avanzado sobre todo en la integración de servicios relacionados con la salud. Los ejemplos más destacados son la integración de la planificación de la familia en la salud maternoinfantil y la educación para la vida familiar en el sistema escolar. Para articularse con estos objetivos y con la ayuda de organismos externos se persigue activamente impartir adiestramiento al personal local. Por otra parte las deficiencias de las instalaciones existentes imponen limitaciones a la eficacia de los niveles primario y secundario de atención de la salud perinatal. El programa de salud de la familia junto con la integración de la educación para la vida familiar está introduciéndose en el currículo de la Escuela Normal. Actualmente se está utilizando un manual revisado de salud maternoinfantil.

8.562 La vigilancia y el control de enfermedades transmisibles sigue recibiendo alta prioridad. Santa Lucía participa en el Programa Ampliado de Inmunización y, con la asistencia del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), está desarrollando y fortaleciendo sus capacidades de vigilancia y de laboratorio.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.563 **Cooperación internacional:** El FNUAP proporcionó EUA\$101.600 para sa-

lud maternoinfantil y planificación de la familia.

8.564 **Fundaciones:** La *Fundación W. K. Kellogg* dio EUA\$789.000 para el desarrollo de la atención primaria de salud (1985-1989).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.565 **Personal profesional asignado al país:** 2 funcionarios, para la planificación y gestión en materia de salud. También colaboraron otros funcionarios de la Organización asignados a diversos lugares del Caribe y a la Sede, CAREC, CFNI y a otros Centros de la OPS/OMS. Un grupo de la Oficina de Coordinación del Programa del Caribe de la OPS/OMS colaboró estrechamente con el Gobierno en las actividades tendientes al desarrollo de sistemas de salud, personal, preparativos para casos de desastre, control de enfermedades, salud maternoinfantil, salud ambiental, nutrición y salud pública veterinaria.

8.566 **Becas:** 6, en materia de salud de la comunidad, alcoholismo, hepatitis y obstetricia. El financiamiento aportado por la OPS/OMS fue de EUA\$21.030. También recibieron adiestramiento cinco ciudadanos del país en nutrición de la comunidad (Barbados) y en inspección de la carne y otros alimentos (Jamaica), utilizándose para ello fondos de la Comunidad Económica Europea y la Secretaría de la Comunidad del Caribe.

Apreciación general y tendencias futuras

8.567 El compromiso político de proporcionar atención primaria de salud, el entusiasmo de las autoridades nacionales y la dedicación del personal técnico del país constituyen factores favorables para la prestación de cooperación técnica.

8.568 En vista de que el Gobierno contempla llevar a la práctica el plan nacional de salud, la Organización cooperará en la revisión y ejecución del programa en todos los niveles. Se propone intensificar la formación del personal de salud para aumentar su capacidad operativa. Continúan necesitándose los servicios de un patólogo y asistencia para el desarrollo de los servicios de laboratorio. Es preciso tomar medidas para acelerar el fortalecimiento de la Oficina de Educación Sanitaria

(dentro del proyecto del FNUAP). En el futuro, será preciso coordinar aún más estrechamente los diversos proyectos relacionados con la salud maternoinfantil y la educación para la vida familiar.

8.569 Se discutió con las autoridades nacionales y recibió su aprobación un análisis de la situación que, como primera medida del proceso de gestión, se llevará a cabo en 1985 con el apoyo de la OPS/OMS.

San Vicente y las Granadinas

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	127,800	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1980	27,0	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	82,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	26,2	— poliomielitis	1983	85,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	5,8	— sarampión	1983	52,0
			— tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1981	75,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1981	88,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Esperanza de vida al nacer	1980	68,5	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	40,6	Número de camas por 1.000 habitantes	1980	2,4
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1980	1,3			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	3,7	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1982	10,0	Médicos por 10.000 habitantes	1980	2,9
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.234	Enfermeras por 10.000 habitantes	1980	10,4
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	50,7	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1980	9,7
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUAS)	1981	10
enfermedades infecciosas y parasitarias	1980	1,8	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1979	5,3
tumores	1982	7,4	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982	14,2
enfermedades del corazón	1982	19,5			
accidentes por tránsito de vehículos	1982	—			

... Información no disponible.

— Ninguno.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.570 Como parte del desarrollo del plan nacional de salud, se llevaron a cabo talleres sobre la vigilancia de la atención primaria de salud y sobre el fortalecimiento de los distritos de salud. Otra actividad importante fue la implantación y observación ulterior de las normas de atención de enfermería en los servicios hospitalarios y comunitarios y de las normas para el establecimiento de un sistema de clasi-

ficación de pacientes y un patrón de dotación de personal para el Hospital General de Kingston.

8.571 En recursos humanos, se efectuó un examen crítico de los datos sobre personal de salud reunidos durante 1983, y se están haciendo los preparativos para un taller nacional que tendrá lugar en 1985 sobre cuestiones de gestión y apoyo en materia de organización relativa al personal de salud, a título de introducción de una formulación de políticas.

8.572 La salud ambiental no parece gozar de alta prioridad en el programa nacional de salud, y las actividades de vigilancia conti-

nuaban de manera habitual, sin ningún adelanto importante.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.573 Con la asistencia del CFNI y como parte del Programa Mixto OPS/OMS-UNICEF de Apoyo a la Nutrición, se procedió a un examen de la vigilancia nutricional en San Vicente, su sistema de información y los datos de referencia sobre los niños y las mujeres gestantes. En conjunto, San Vicente y las Granadinas han mantenido un nivel satisfactorio de progreso en el campo de la salud maternoinfantil.

8.574 Después del regreso de un educador sanitario principal, dos enfermeras especializadas en atención familiar y un oficial de nutrición de la comunidad, las condiciones para la cooperación técnica se volvieron más favorables. Además, ya se han llenado las vacantes de los servicios de distrito y hospitalarios y se ha introducido el adiestramiento en planificación familiar y en educación para la vida de familia y otros campos afines mediante programas de enseñanza continua, de modo que hay grandes posibilidades de aumentar la eficacia de la planificación y ejecución de las actividades de salud maternoinfantil y de atención primaria.

8.575 Se llevaron a cabo además las siguientes actividades: seguimiento de casos en los servicios posnatales, operaciones administrativas y técnicas generales para el proyecto del FNUAP, presentación de los resultados de la encuesta perinatal, implantación de una política médica nacional sobre anticoncepción y adjudicación de dos becas para aprender técnicas audiovisuales y de tres becas para estudios de observación sobre la educación para la vida de familia.

8.576 El país sigue desarrollando y reforzando su vigilancia y capacidad de diagnóstico de laboratorio, esfuerzos que cuentan con el apoyo del CAREC. Las actividades en mate-

ria de salud animal y salud pública veterinaria progresaron de manera satisfactoria.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.577 **Cooperación internacional:** El FNUAP dio EUA\$54.200 para la planificación de la familia y educación para la vida familiar.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.578 **Personal profesional asignado al país:** Aunque no hay ningún funcionario de plantilla en San Vicente y las Granadinas, el personal de la Organización asignado a diferentes lugares del Caribe, así como a la Sede y a los Centros de la OPS/OMS, ofrece considerable cooperación. Un grupo de consultores de la Oficina del Coordinador de Programas de la OPS/OMS en el Caribe colaboró con el Gobierno en los esfuerzos tendientes al desarrollo de sistemas de salud, personal, preparativos para casos de desastre, control de enfermedades, salud ambiental, zoonosis y control de vectores.

8.579 **Becas:** 10, en los siguientes campos: sistemas de aprovechamiento de agua pluvial, hepatitis, nutrición de la comunidad, técnicas audiovisuales y educación para la vida familiar. Además se ofreció adiestramiento a 9 personas del país en gestión de laboratorios (Santa Lucía), gestión de salas de hospital (Barbados), enfermería de salud comunitaria (Bahamas), farmacia (Barbados), tecnología de laboratorios médicos (Barbados) y control de roedores (Barbados), utilizándose fondos de la Comunidad Económica Europea-Comunidad del Caribe. La cooperación de la OPS/OMS para becas fue de EUA\$7.630.

Apreciación general y tendencias futuras

8.580 La instalación de un nuevo Gobierno en julio renovó en cierto modo el proceso general del desarrollo de salud. El nuevo Gobierno se ha comprometido a llevar a la práctica la atención primaria de salud, y se prevé que continuará la cooperación de la OPS/OMS. En el desarrollo y expansión de la atención primaria de salud debe aprovecharse cuidadosamente el pleno complemento de las enfermeras especializadas en salud de la fami-

lia. Se preparará una nueva propuesta de proyecto financiado por el FNUAP para reforzar los componentes de planificación de la familia y educación en la vida familiar de la salud maternoinfantil. San Vicente debería beneficiarse con el programa subregional de atención perinatal que se proyecta desarrollar en colaboración con el CLAP en 1985.

8.581 El modesto programa de salud ambiental probablemente dedicará más atención a la formación de personal mediante programas de educación continua y la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Suriname

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	362.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	85.0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1982	30,8	—poliomielitis	1983	85.0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1982	6,9	—sarampión	1983	55.0
			—tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1983	95.0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1983	80.0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas)		
Esperanza de vida al nacer	1981	66,6	por habitante por año	...	...
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1982	27,0	Número de egresos por 100 habitantes	...	...
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1981	0,8	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	5.8
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	2,1			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1980	13,0	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.529	Médicos por 10.000 habitantes	1984	8.4
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	62,2	Enfermeras por 10.000 habitantes	1984	20.8
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1984	16.7
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1981	7,1	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	54
tumores	1981	8,9	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
enfermedades del corazón	...	...	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1983	5.0
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.582 El Servicio Regional de Salud (encargado de la zona del litoral, con el 90% de la población) y la Misión Médica (encargada del interior del país) examinaron los servicios de atención primaria de salud; se preparó un nuevo documento de política sanitaria para 1985-1990; se implantaron las normas de enfermería (establecidas para el Caribe en 1983), y a mediados de 1984 se constituyó un grupo de trabajo para organizar sistemas

nacionales de información en materia de salud. El grupo considera desarrollar en primer lugar sistemas de información para la atención primaria de salud.

8.583 En recursos humanos, siguió aplicándose la estrategia de fortalecer las instituciones nacionales de capacitación de personal de salud, facilitándose al mismo tiempo el perfeccionamiento técnico y profesional de ese personal y su educación continua. Dos importantes integrantes del personal de salud pública están cursando estudios de maestría en ese campo, especializándose en epidemiología y salud materno-infantil, respectivamente, con lo que se elevará considerablemente el nivel del personal existente y la

infraestructura del Ministerio de Salud Pública.

8.584 Está en proceso de crearse una nueva División de Salud Ambiental. Dicho proceso se acelerará con la asignación de un ingeniero sanitario de la OPS/OMS en el país a fines de 1984. El desarrollo de un curso de adiestramiento de 5 meses en salud ambiental sirvió para reforzar la Inspección de Salud Pública. También participó en el curso un nuevo grupo de inspectores de alimentos.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.585 En la zona del litoral se llevó a cabo una encuesta nutricional que también abarcó las enfermedades diarreicas. Los datos se estaban analizando en el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Se impartió capacitación a una enfermera de salud pública en un curso de nutrición de la comunidad (en el CFNI) a fin de que introduzca y supervise actividades relativas a la nutrición a nivel de atención primaria de salud.

8.586 Continuó el adiestramiento de auxiliares dentales para el programa de salud dental de los jóvenes. La OPS/OMS proporcionó equipo que contribuyó a mejorar los servicios de extensión de este programa en proceso de ampliación. Se evaluaron por primera vez las necesidades y prioridades en el campo de la salud de los trabajadores, donde por el momento no se despliegan actividades, salvo en lo referente a prevención de accidentes. Al terminar el año, se estaban llevando a cabo negociaciones entre la OPS/OMS y UNICEF para asistir en la compra de gran parte de los medicamentos esenciales que figuran en el formulario nacional.

8.587 En el tercer año transcurrido desde su revisión y reorientación, el programa nacional de inmunización brinda inmunización total a más del 90% de los niños al cumplir 1 año de edad, en todas las regiones del país. Después de una meticolosa evaluación y

planificación, se inició el programa de control de las enfermedades diarreicas a mediados de junio con una serie de talleres para personal de salud de todas las categorías. La rehidratación oral está actualmente al alcance de toda la nación a través de los servicios de atención primaria de salud. En una zona marginada cercana a la capital se emprendió un estudio longitudinal sobre la epidemiología de los agentes etiológicos de las enfermedades diarreicas.

8.588 La vigilancia epidemiológica ha sido reforzada y, en la actualidad, el análisis epidemiológico se aplica ahora a los programas de control de las enfermedades principales así como a la prestación y utilización de los servicios de salud. El boletín epidemiológico de Suriname constituye un importante medio de divulgación de información. El CAREC sigue siendo el principal laboratorio de referencia para el diagnóstico y servicios en caso de epidemias, especialmente en el campo de la virología; también organiza cursos de capacitación y asistencia en los trabajos de laboratorio en este campo, así como en epidemiología.

8.589 Se evaluó la integración del control y la erradicación de la malaria en la atención primaria de salud por conducto de la Misión Médica. Se formularon comentarios muy positivos acerca de la transferencia y se llamó la atención sobre la excelente red de servicios ofrecidos por la mencionada Misión. En las reuniones fronterizas entre Suriname y la Guayana Francesa celebradas en octubre y noviembre se examinaron las posibles medidas de control y se acordó una estrategia común en relación con el deterioro de la situación de la malaria en la frontera del Río Marowijne. Gracias a una campaña de urgencia para reducir la infestación de *Aedes aegypti* en Paramaribo, calculada en un 40%, se evitó la introducción de brotes de dengue ocurridos en otros países del Caribe.

8.590 En 1984 se efectuó la primera observación ulterior del taller sobre la epidemiología de la esquistosomiasis, celebrado en

1983, patrocinado por el Programa Especial de Investigación y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales de la OMS. Actualmente se analizan los resultados. A raíz de la evaluación de las enfermedades de transmisión sexual, se está uniformando el tratamiento a nivel de atención primaria y se está perfeccionando la asistencia prestada por los laboratorios para el diagnóstico.

8.591 Si bien Suriname no está en condiciones extremadamente propensas a los desastres, la posibilidad de que ocurra uno provocado por el hombre (por ejemplo, accidentes aéreos o industriales) promovió un estudio de los preparativos para casos de esta naturaleza en el sector hospitalario. En la actualidad, la junta de hospitales está examinando los resultados de esa evaluación.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.592 **Cooperación internacional:** En 1984, el *BID* instaló una oficina en Suriname con el objeto de facilitar la preparación y monitoría de proyectos. Se están preparando dos proyectos relacionados con la salud: construcción-renovación de un hospital en los Servicios Regionales de Salud de Nickerie y el sistema de abastecimiento de agua y alcantarillado en Paramaribo.

8.593 **Cooperación bilateral:** Desde la súbita terminación de la asistencia de Holanda para el desarrollo, varios proyectos de desarrollo de infraestructura de los servicios de salud han experimentado serias reducciones. Siguen en marcha los proyectos financiados por la Comunidad Económica Europea (CEE) para consolidar la infraestructura en el interior del país.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.594 **Personal profesional asignado al país:** 2, el Representante de la OPS/OMS en

el País (que también ofrece asesoramiento en epidemiología) y un ingeniero sanitario asignado al país en diciembre de 1984.

8.595 **Asesores regionales e interpaíses:** 12, por un total de 110 días, en materia de desarrollo de sistemas de información sobre salud, nutrición, epidemiología, salud ocupacional, procedimientos de encuestas nutricionales, malaria, control de vectores, capacitación en virología, examen del REPAHA, inspección de establecimientos alimentarios, educación sanitaria y servicio regional de salud.

8.596 **Consultores a corto plazo (STC):** 14, por un total de 290 días, en materia de salud ambiental, capacitación, servicios de enfermería, epidemiología, protección contra las radiaciones, malaria, brucelosis, enfermedades de transmisión sexual, esquistosomiasis e investigaciones epidemiológicas.

8.597 **Becas:** Se adjudicaron 16, en materia de planificación de salud, atención primaria de salud en enfermería, gestión de servicios de enfermería, servicios de enfermería hospitalaria, nutrición de la comunidad, técnicas de inmunología, fabricación de calzado ortopédico, control integral de vectores, salud ambiental, métodos de bacteriología médica especial, epidemiología, patología cutánea, bacteriología de la tuberculosis, purificación del agua, salud pública y epidemiología. Los fondos aportados por la OPS/OMS ascendieron a EUA\$57.400.

8.598 Además, 23 ciudadanos del país asistieron, con el apoyo de la OPS/OMS, a 14 cursos ofrecidos en la zona del Caribe y en la Región.

8.599 **Cursos, seminarios y talleres:** Se organizaron 4 sobre enfermedades diarreicas con la participación de 200 personas. El aporte financiero de la OPS/OMS fue de EUA\$5.000.

8.600 **Subvenciones:** 4, para: equipo odontológico para la Fundación de Salud Dental para los Jóvenes (EUA\$30.000); medicamentos (quimioprofilaxis malárica) y es-

tuches de pruebas) (EUA\$8.751); administración del PAI y equipo de la cadena de frío (EUA\$2.680), y sales de rehidratación oral (SRO) (EUA\$5.294).

Apreciación general y tendencias futuras

8.601 En 1984, la situación política y socioeconómica seguía siendo difícil, con las consecuentes repercusiones en los programas y actividades nacionales y en la cooperación técnica de la OPS/OMS. Pese a todo se observaron varias actividades importantes, entre las cuales se destaca el énfasis puesto en el desarrollo de una política y plan de salud para los años 1985-1990 y de sistemas apropiados de información sobre salud. Permaneció firme la cooperación con los programas de control

de enfermedades. La cooperación técnica brindada a los programas de salud familiar dio excelentes resultados en lo que concierne al fortalecimiento de la capacidad nacional. Se observó una mayor participación en la prestación de servicios de salud basados en la atención primaria, y este mismo concepto se aplicará al programa de 1985.

8.602 Se observaron varias actividades en el campo de la salud ambiental, mientras que, para continuar la cooperación técnica, se aguardaba la asignación a tiempo completo de un ingeniero sanitario al país.

8.603 La cooperación en 1985 se centrará en los campos de la política sanitaria, control de enfermedades, salud de la familia y servicios de salud, así como en el desarrollo de sistemas de planificación e información en apoyo de dichas áreas.

Trinidad y Tabago

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1983	1.149.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	...	...	—difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	60,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1980	26,4	—poliomielitis	1983	61,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1980	7,0	—sarampión	1983	60,0
			—tuberculosis	...	...
			Porcentaje de población servida con agua potable	1984	95,0
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1984	100,0
Indicadores del Estado de Salud			Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	...	...
Esperanza de vida al nacer	1980	68,9	Número de egresos por 100 habitantes	1980	12,1
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1980	19,7	Número de camas por 1.000 habitantes	1980	4,1
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1978	0,9			
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1978	1,3	Indicadores de Recursos Humanos		
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	...	...	Médicos por 10.000 habitantes	1983	10,5
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.837	Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	28,3
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	75,5	Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	...	...
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1978	4,7	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1983	245
tumores	1978	10,6	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1980	1,6
enfermedades del corazón	1978	25,5	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	...	...
accidentes por tránsito de vehículos	...	...	

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.604 La necesidad cada vez mayor de volver a insistir en la importancia decisiva de la planificación en el campo de la salud ha sido reconocida no solo por el Ministerio de Salud y del Ambiente sino también por otras dependencias gubernamentales, y en particular por el Ministerio de Finanzas y Planificación. En el proyecto del plan de desarrollo preparado por un grupo nacional de trabajo la

planificación de la salud se había intercalado en el plan general; actualmente, las esferas gubernamentales más altas reconocen que a los ministerios del sector social, como el de salud, les corresponde una importante función en el proceso de planificación general. El estado de la economía nacional ha puesto aún más de relieve la importancia de institucionalizar la planificación con el fin de utilizar con eficacia los limitados recursos. Durante 1984, el Ministerio se empeñó en despertar la sensibilidad de los administradores de categoría superior con respecto al proceso de planificación y terminó el trabajo inicial de preparar el terreno para el desarrollo de un plan nacional de salud.

8.605 Debido a estos compromisos, el Ministerio de Salud y del Ambiente ha estimado necesario examinar y reorganizar su estructura orgánica y modernizar y fortalecer los sistemas. El Ministerio está ahora institucionalizando la planificación y gestión en los registros, finanzas, transporte y sistemas de suministro.

8.606 Ahora bien, si no se descentralizan la administración y los órganos directivos, no se logrará ningún mejoramiento notable de las funciones, eficacia y efectividad de la gestión, sea cual fuera la estructura establecida. Se están preparando normas operacionales para administradores financieros. Esta labor implica el examen de todas las disposiciones, instrucciones y circulares relativas a las finanzas y la compilación de esta información en un solo documento para uso de las autoridades de salud, administradores y personal de contabilidad de los condados. Dichas medidas reforzarán los servicios de atención primaria de salud basados en el concepto de un grupo de salud encabezado por el oficial médico del condado. En este enfoque, los equipos de salud de los distritos asumen una mayor responsabilidad en la planificación de los programas y poseen más autoridad para tomar decisiones a nivel local.

8.607 El compromiso de seguir un proceso de planificación en el campo de la salud requiere el apoyo de un sistema de información eficaz y fidedigno. A este respecto, el Ministerio de Salud y del Ambiente solicitó cooperación para el empleo de tecnología moderna para reforzar el sistema de información. Es importante destacar el hecho de que se preparó un esbozo del plan nacional de acción para los años 1985-2000, que consta de amplias áreas programáticas y sugiere un orden de prioridad para las actividades.

8.608 En recursos humanos, entre las actividades más destacadas figuran las siguientes: el proceso continuo de la enseñanza de los principios básicos de la planificación de salud y la metodología que se empleará para el desarrollo de la salud nacional en Trinidad y

Tabago; la preparación y terminación del currículo para técnicos de laboratorios médicos que se introducirá en el Colegio Universitario de Ciencias Afines a la Salud, y la colaboración del CAREC con la Universidad de las Indias Occidentales en la formación de estudiantes de medicina. Una importante innovación de 1984 fue la asignación de graduados en medicina de la Universidad de las Indias Occidentales a los centros de salud, como parte del segundo año del programa de internado. Esta asignación obligatoria se limitaba a tres meses, pero en muchos casos los internos hallaron tan interesante esta orientación hacia la salud comunitaria que extendieron la duración a 6 meses.

8.609 Se llevó a cabo un seminario de orientación sobre planificación de salud para el desarrollo nacional de ese sector. Asistieron al seminario más de 50 altos funcionarios y autoridades del Ministerio de Salud y del Ambiente y de otros ministerios, cuyas funciones repercuten directamente en la salud de la población. Se organizaron talleres de atención primaria de salud en seis países, con un éxito rotundo. Dos distritos, Caroni y Tabago, organizarán estos talleres en otra oportunidad.

8.610 Se están haciendo los preparativos para una reunión nacional de consulta sobre salud ambiental en la que participarán las autoridades y personal directivo de diversos ministerios, dependencias gubernamentales y organismos públicos interesados en la gestión, monitoría, control y utilización del ambiente. El objetivo general de la consulta es la formulación de una política y plan de acción nacionales para desarrollar y reforzar los programas para el manejo del ambiente.

8.611 Los objetivos de dos proyectos financiados por el PNUD y el BID eran los siguientes: fortalecimiento de la unidad de adiestramiento en la Corporación de Abastecimiento de Agua y de Alcantarillado (WASA) y mejoramiento de ciertos aspectos técnicos en la Corporación, respectivamente. El primer proyecto alcanzó en gran parte su objetivo, pero se necesitaba un enfoque global

de las necesidades de personal de la Corporación. El segundo proyecto no obtuvo resultados tan satisfactorios, y no se lograron los objetivos de mejorar de manera significativa el control de la contaminación, la distribución del agua y el mantenimiento de instalaciones de tratamiento de aguas servidas. El PNUD financió un nuevo proyecto para mejorar la organización y funcionamiento de la Corporación. Se encuentra en marcha un programa de adiestramiento a largo plazo en ingeniería de salud pública para inspectores de salud pública y se están haciendo los preparativos preliminares para un programa de adiestramiento apropiado que corrija las deficiencias en los conocimientos teóricos y prácticos. También se prestó asistencia a inspectores de salud pública para mejorar sus sistemas de información.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.612 Se reforzó a nivel de condado el adiestramiento en educación sobre la vida familiar y la planificación de la familia y sobre la alimentación del lactante, con especial atención en la lactancia natural. También se organizaron talleres relativos al mantenimiento de la cadena de frío en el Programa Ampliado de Inmunización. El tratamiento de rehidratación oral se practica actualmente en todos los centros de salud. La evaluación preliminar sugiere que el empleo de este método en los hospitales ha reducido las defunciones infantiles causadas por gastroenteritis.

8.613 Durante el año, el Ministerio de Salud y del Ambiente decidió proceder a una evaluación completa del progreso realizado en el programa de salud mental de la comunidad, con miras a mejorar la eficacia del programa y a lograr la máxima utilización de los recursos. El alcance del uso y el abuso de drogas en Trinidad y Tabago ha estimulado la acción del Ministerio y del Gobierno. Se conviene de un modo general en que el consumo de alcohol constituye el problema más impor-

tante, pero la marihuana y la cocaína se usan con frecuencia. Una encuesta realizada en el Hospital General de Puerto España en Trinidad reveló que el 47% de las hospitalizaciones se debían al consumo de alcohol. Continuaba el programa dirigido a prestar especial atención a enfermedades crónicas (diabetes mellitus e hipertensión) en centros de salud seleccionados.

8.614 Asimismo, prosiguió la campaña de erradicación de *Aedes aegypti* durante todo el año, habiéndose registrado un progreso constante. En Trinidad continuaron las operaciones habituales y en Tabago se organizó una campaña especial para contener y erradicar focos de reinfestación detectados durante el segundo trimestre del año.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.615 **Cooperación bilateral:** La AID/EUA ayudó en un proyecto de planificación y gestión del desarrollo de la salud (cooperación técnica) y la CEE proporcionó EUA\$965.000 para un programa de adiestramiento en el sector salud (3 años).

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.616 **Personal profesional asignado al país:** 4 funcionarios, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en materia de desarrollo de los servicios de salud, gestión institucional y erradicación de *Aedes aegypti*.

8.617 **Becas:** Se adjudicaron 15 becas, por un total de 43 meses en materia de administración de salud pública, gestión de personal, nutrición de la comunidad, bacteriología de la tuberculosis y sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado. El costo estimado de la OPS/OMS fue de EUA\$108.770.

8.618 **Subvenciones:** La OPS/OMS proporcionó EUA\$20.000 para la reconstrucción del CAREC y EUA\$5.000 para equipo de laboratorio.

Apreciación general y tendencias futuras

8.619 El Gobierno seguía concediendo especial importancia a la planificación de la salud, con el fin de promover la óptima utilización de los recursos de que dispone el país. Este interés se tradujo en la formulación del plan nacional de salud. El plan pone de manifiesto el compromiso de implantar el sistema de atención primaria de salud, incluida la descentralización de la responsabilidad adminis-

trativa, fomento de la participación de la comunidad y prestación de servicios integrales en los centros de salud. Asimismo, el Gobierno está consciente de la importante función que corresponde a la mujer en la salud y el desarrollo y de las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad avanzada.

8.620 En el transcurso del año, se celebraron reuniones con la División de Cooperación Técnica del Ministerio de Finanzas y Planificación, el Ministerio de Salud y del Ambiente y la OPS/OMS. Estas reuniones constituyen un valioso mecanismo para planificar la cooperación futura, observar la marcha de los programas, discutir problemas, resolver dificultades y obtener la aprobación expeditiva del Gobierno.

Uruguay

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1982	2.949.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1984	84,8	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1981	55,0
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	...	...	— poliomielitis	1981	58,0
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	...	...	— sarampión	1981	90,0
			— tuberculosis	1981	74,0
			Porcentaje de población servida con agua potable	1981	75,0
Indicadores del Estado de Salud			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1981	40,0
Esperanza de vida al nacer	1975-80	69,5	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1981	350,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1981	33,5	Número de egresos por 100 habitantes	1981	11,5
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1980	0,5	Número de camas por 1.000 habitantes	1981	5,2
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1980	1,1			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1977	8,3	Indicadores de Recursos Humanos		
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.886	Médicos por 10.000 habitantes	1982	20,1
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	86,6	Enfermeras por 10.000 habitantes	1981	4,4
			Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	1981	51,8
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en Salud		
enfermedades infecciosas y parasitarias	1981	2,6	Gasto en salud per cápita (EUA\$)	...	...
tumores	1981	21,4	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	...	...
enfermedades del corazón	1981	23,0	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1979	7,8
accidentes por tránsito de vehículos	1980	1,2			

... Información no disponible.

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.621 Se completó el estudio del Sistema de Servicios de Salud, iniciado en 1982. También se completó el análisis del marco técnico de coordinación intersectorial y de la cooperación externa. Esta información y algunas definiciones de política están conduciendo al ajuste de los programas nacionales, así como a una utilización más racional de los recursos financieros. Por otra parte, también ha contribuido a establecer la situación y

grado de complejidad de cada establecimiento de salud y en consecuencia a definir la red de servicios según los niveles de atención. Se trata de un paso importante para asegurar la accesibilidad de la población a todos los niveles del sistema.

8.622 Se mejoró la capacidad operativa en áreas selectivas de impacto y prioridad. Así en primer término, se fortalecieron los sistemas de gestión mediante el desarrollo de un sistema simplificado de información y la definición de indicadores para la administración hospitalaria, la capacitación de personal en la aplicación de los sistemas de gestión y su articulación con el sistema presupuestal. En segundo lugar, se efectuaron cambios en la ad-

ministración de medicamentos a través de la sistematización de información sobre patrones del uso de medicamentos, la gradual racionalización de las políticas y el reajuste del sistema de adquisiciones.

8.623 En lo relativo a recursos humanos, las acciones más relevantes corresponden al área de auxiliares de enfermería. Al respecto, se revisó el perfil ocupacional del auxiliar de enfermería y se evaluó y ajustó el plan de estudio, que comprende también la capacitación de los docentes. La Escuela de Auxiliares de Salud del Ministerio dictó cursos sobre farmacia, salud mental, historias clínicas y anatomía patológica.

8.624 En cuanto a la salud ambiental, se evaluó el programa de cooperación técnica para concentrarla en áreas críticas. Tal es el caso del desarrollo institucional del Servicio de Obras Sanitarias del Estado (OSE), donde se han fortalecido los sistemas de costos, los servicios de laboratorio y la capacitación de personal. También se ha formulado un programa de participación social. Asimismo, se adoptó la legislación pertinente sobre fluoruración del agua, con tecnología simple y de bajo costo.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.625 Con respecto a la salud maternoinfantil, se inició la captación precoz de la mujer embarazada para disminuir la posibilidad de riesgos a que está expuesto el recién nacido. Se instrumentó el sistema de información perinatal con la cooperación del CLAP, a efectos de formular el primer diagnóstico de sistemas de salud perinatal en el Hospital Pereira Rossell. Se evaluó el Programa de Inmunización (PAI) y se consolidó la cadena de frío mediante nuevo equipo e instrumental. Además se inició un plan para contar con registros computadorizados de nacimientos que aseguren el seguimiento de los niños susceptibles a enfermedades prevenibles.

Movilización de recursos técnicos y financieros

8.626 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).** Se mantuvieron relaciones muy estrechas con los países vecinos en el área de becas y de consultores a corto plazo.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.627 **Personal profesional asignado al país:** 4, incluido el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en atención médica y en administración.

8.628 **Asesores regionales e interpaíses:** 37, por un total de 360 días en sistemas de servicios de salud, recursos humanos, registros médicos, salud maternoinfantil, epidemiología, sistemas de información, inmunizaciones, salud ambiental, fluoruración del agua y de la sal, enfermedades crónicas, toxicología y salud animal.

8.629 **Consultores a corto plazo (STC):** 22, por un total de 393 días en investigación, enfermedades crónicas, residuos químicos y biológicos, evaluación del PAI, hepatitis viral, ortopedia, computadorización en PAI, libros de texto y encuestas de salud.

8.630 **Becas:** 28, por un total de 48 meses, y con un costo de EUA\$22.650 en los siguientes campos: servicios de salud, recursos humanos, saneamiento, preparación en casos de desastre, prevención y control de enfermedades y salud animal.

8.631 **Cursos, seminarios y talleres:** Se realizaron 15 eventos, con una participación de 290 funcionarios, y un costo para la OPS/OMS de EUA\$36.567 en: atención primaria, estadística hospitalaria, evaluación del PAI, enfermería, producción y costos, programación en salud, salud mental, anatomía patológica, farmacia, programaciones en salud ma-

ternoinfantil, malformaciones congénitas y bioseguridad en el laboratorio.

8.632 **Subvenciones:** La OPS/OMS otorgó EUA\$25.000 con destino a los programas de saneamiento ambiental y EUA\$85.000 para un estudio de enfermedades crónicas, ambos programas contaban con fondos del año 1983.

Apreciación general y tendencias futuras

8.633 Se han abordado en general problemas relevantes, sobre todo los que atañen a la estructura y la operación de los servicios.

El progreso fue lento debido a la situación económica y en parte por el proceso político, que incidieron en la marcha general de los programas. La proximidad de un cambio de autoridades planteó la conveniencia de obtener y sistematizar la información más útil para que las nuevas autoridades dispongan de elementos de juicio sobre necesidades, demanda de servicios, capacidad de oferta de la red nacional de servicios de salud y su infraestructura. De esta manera, las autoridades estarán en condiciones de definir políticas, introducir cambios estructurales y de estrategia, y finalmente podrán elaborar y poner en marcha los programas correspondientes. En este planteamiento se incluye la salud ambiental.

Venezuela

Información Básica

	AÑO	CIFRA		AÑO	CIFRA
Indicadores Demográficos			Indicadores de Cobertura		
Población estimada (por miles)	1985	17.316.000	Porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados contra:		
Porcentaje de población urbana (según definición nacional)	1981	76,4	— difteria-tos ferina-tétano (vacuna triple)	1983	71,8
Tasa de natalidad/1.000 habitantes	1983	29,5	— poliomielitis	1983	91,6
Tasa de mortalidad/1.000 habitantes	1983	4,7	— sarampión	1983	45,0
			— tuberculosis	1982	73,5
			Porcentaje de población servida con agua potable	1982	90,3
			Porcentaje de población servida con disposición sanitaria de excretas	1982	78,2
Indicadores del Estado de Salud			Indicadores de Recursos Humanos		
Esperanza de vida al nacer	1982	69,2	Atenciones de salud (consultas) por habitante por año	1981	180,0
Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos	1983	29,1	Número de egresos por 100 habitantes	1981	5,5
Mortalidad materna/1.000 nacidos vivos	1982	0,5	Número de camas por 1.000 habitantes	1982	2,7
Tasa de mortalidad 1-4 años/1.000 niños	1983	1,7			
Porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos	1983	9,1			
Disponibilidad de calorías per cápita/día	1979-81	2.646			
Disponibilidad de proteínas (gramos) per cápita/día	1979-81	71,2			
			Gasto en Salud		
Porcentaje de defunciones por:			Gasto en salud per cápita (EUA\$)	1982	130,0
enfermedades infecciosas y parasitarias	1983	8,2	Gasto total para la salud como porcentaje del PIB	1984	3,0
tumores	1983	10,3	Porcentaje del Presupuesto Nacional dedicado a salud	1982	9,1
enfermedades del corazón	1983	16,4			
accidentes por tránsito de vehículos	1983	6,2			

Actividades con la cooperación de la OPS/OMS

Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

8.634 Se destacan los esfuerzos y medidas del Gobierno por integrar los componentes del sector y conformar el sistema nacional de salud. Al respecto se creó un "Comité Rector del Sistema", para evaluar, normar y coordinar las actividades del sector. En 1984 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) contaba con 154 hospitales y 3.282 establecimientos ambulatorios para atención de la salud. Por su parte, el Instituto Venezolano de Seguridad Social disponía de

17 hospitales y los beneficiarios ascendían a 4,7 millones, en una población económicamente activa de 5,5 millones de habitantes.

8.635 En el sector salud se integraron varios comités técnicos nacionales encargados de caracterizar en general el problema en cuestión, definir la situación, el objetivo y las restricciones de los proyectos estratégicos seleccionados y de las 60 operaciones propuestas, así como los efectos estratégicos y la matriz operaciones-acciones. Este proceso de investigación y análisis ha movilizó al sector salud intensamente. En la primera etapa de reestructuración, el MSAS presentó la propuesta de programa y presupuesto para el período de 1985 redistribuyendo los recursos de acuerdo con las siguientes prioridades: ex-

pansión de los servicios de atención primaria de la salud; aumento de la cobertura y eficiencia de la atención materno-infantil; mejoramiento de la nutrición de la población, y prestación de los servicios de salud con énfasis en las medidas preventivas.

8.636 En apoyo de esta iniciativa se iniciaron estudios preliminares para el financiamiento de la atención ambulatoria, mediante la estrategia de atención primaria. También se realizó un taller nacional sobre planificación estratégica en materia de salud, con la participación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Oficina Central de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República (CORDIPLAN), Departamentos de Medicina Preventiva de las Facultades de Medicina, Centro de Desarrollo (CENDES)-Universidad Central de Venezuela e Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

8.637 En lo referente a recursos humanos se destaca la formulación de un sistema computadorizado de información sobre recursos humanos del sector salud y la ejecución de la primera etapa del sistema, que permitirá efectuar estudios y proyecciones sobre formación y administración del personal de salud; también permitirá no solo desarrollar el programa de educación continua para el personal de salud sino también diseñar, revisar y poner en marcha un programa de publicaciones sobre recursos humanos del sector salud. Se evaluó la integración docente asistencial en las Facultades de Ciencias de Salud y se ajustaron los programas. También se hizo un estudio sobre la transformación curricular y la educación continua en la Escuela de Salud Pública.

8.638 En cuanto a la salud ambiental, el Poder Ejecutivo decidió ampliar el sistema metropolitano de acueductos de Caracas para asegurar el abastecimiento de agua a toda la zona metropolitana, así como los sistemas de las regiones noreste, central y zuliana. Continuó la construcción de 12 mil viviendas por año como parte del programa de vivienda rural. Se han realizado evaluaciones integrales

de la contaminación atmosférica (especialmente la derivada de factores industriales) en la zona metropolitana de Caracas, en el Lago Maracaibo y en el de Valencia.

Fomento de la salud y control de enfermedades

8.639 Se inició la evaluación del componente planificación familiar del programa de salud materno-infantil financiado por el FNUAP. También se prestó especial atención a la salud de los adolescentes y escolares. En el área de la salud mental se dio prioridad a la capacitación de personal. Para fortalecer la labor epidemiológica se realizó una evaluación de la enseñanza y de la práctica de la epidemiología, sentándose así las bases para el desarrollo de un programa integral. Se realizó una evaluación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) a nivel nacional y se formularon proposiciones para su mejor desarrollo.

8.640 Debido al recrudescimiento de la malaria en el país se hallan en preparación un estudio y un convenio Gobierno/OPS/OMS encaminados a establecer una unidad de investigación sobre diagnóstico, epidemiología y control de endemias rurales.

8.641 Continuaron las investigaciones relativas a la lepra, especialmente los ensayos de la vacuna antileprosa. El Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" continuó mejorando el control de la calidad de los medicamentos, drogas y cosméticos, y siguió produciendo vacuna antirrábica de uso humano y canino.

Mobilización de recursos técnicos y financieros

8.642 **Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD)**. Se ha firmado un convenio entre la OPS/OMS y el Sistema Económico de América Latina (SELA) para la promoción conjunta de actividades de CTPD

y de ambas agencias en el campo de la salud. Se hizo una revisión preliminar de las posibilidades y el potencial que ofrece la cooperación técnica en materia de salud en Venezuela, subrayándose la participación del país en las gestiones de paz y desarrollo en Centro América. También se destacan los estudios preliminares de un proyecto de producción de materia prima para la fabricación de medicamentos esenciales; los estudios para un proyecto de fortalecimiento de la capacidad de mantenimiento y producción de equipos de laboratorio; la cooperación entre instituciones venezolanas y países del Caribe y Centroamérica en las áreas de investigación, formación de personal y producción de medicamentos genéricos, así como en el asesoramiento sobre medicamentos a nivel clínico-toxicológico.

8.643 Cooperación internacional: El PNUD donó EUA\$115.974 para el estudio y control de enfermedades; FNUAP, EUA\$16.210 para la planificación familiar; PNUD/UNESCO, EUA\$80.000 para el desarrollo de recursos humanos, y BID, EUA\$10 millones y EUA\$2 millones, respectivamente, para la atención ambulatoria y producción de vacuna antiaftosa.

Cooperación prestada por la OPS/OMS

8.644 Personal profesional asignado al país: 6, a saber, el Representante de la OPS/OMS en el País y asesores en fortalecimiento de sistemas de salud, producción de vacunas antirrábicas, desarrollo de recursos humanos, clasificación internacional de enfermedades y salud pública veterinaria.

8.645 Durante 1984 prestaron servicio en Venezuela cuatro profesionales interpaís, en los campos de inmunología, epidemiología, enfermería y control de roedores.

8.646 Asesores regionales e interpaíses: 42, por un total de 327 días en los campos de investigación y adiestramiento en

enfermedades tropicales, salud materno-infantil, recursos humanos, oncología, producción de productos biológicos, tuberculosis, clasificación de enfermedades, salud mental, enfermería, Programa Ampliado de Inmunización, planificación familiar, salud oral, infraestructura de salud, lepra, epidemiología, saneamiento ambiental, registros médicos, tecnología en el campo de la salud, fortalecimiento de los servicios de salud (planificación), enfermedades crónicas (ceguera), medicamentos esenciales y salud ocupacional.

8.647 Consultores a corto plazo (STC): 44, por un total de 413 días, en servicios de laboratorio, fortalecimiento de los servicios de salud, tuberculosis, salud materno-infantil, clasificación de enfermedades, salud ocupacional, investigación y adiestramiento en enfermedades tropicales, lepra, registros médicos, planificación familiar, prevención de la ceguera, asistencia a la Escuela de Salud Pública, higiene de los alimentos, y desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud.

8.648 Becas: 52, por un valor total de EUA\$154.240 en los siguientes campos: control de enfermedades, enfermedades tropicales, control del ambiente, servicios de laboratorio, fortalecimiento del sistema de salud, control de la fiebre aftosa, higiene de los alimentos, desarrollo de recursos humanos, higiene mental, salud de la familia, oncología, tuberculosis, salud bucal, enfermería y producción de vacunas.

8.649 Cursos, seminarios y talleres: 6, en malariología y saneamiento ambiental, dermatoleprología, salud bucal, clasificación de enfermedades, farmacodependencia y salud ocupacional. También se reunió durante el año un Grupo de Trabajo Interamericano de Vigilancia de la Resistencia Bacteriana.

8.650 Subsidios: Se otorgó un subsidio de EUA\$15.000 al Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (CEVECE) para realizar estudios nacionales sobre la aplicación de la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades—9a Revisión).

Apreciación general y tendencias futuras

8.651 En febrero de 1984, después de los comicios electorales, tomó posesión el nuevo Gobierno y asumió su cargo el nuevo Ministro de Sanidad y Asistencia Social. Las prioridades experimentaron ciertos cambios, en los que también influyó la crisis económica que atraviesa el país. Las nuevas autoridades comenzaron a preparar el VII Plan de la Nación 1984-1989, que servirá de instrumento para orientar, entre otras cosas, la labor del Gobierno en materia de salud durante su período constitucional. Dicho Plan se presentará al Congreso Nacional para su discusión y aprobación.

8.652 Dentro de las prioridades establecidas por el sector salud se destaca la creación del "Comité Rector" para implantar el Sistema Nacional de Salud; por medio de este sistema se unificarán finalmente los diferentes componentes del sector. Se están haciendo los

ajustes necesarios para que reciban tratamiento altamente prioritario la atención primaria de salud, la recuperación de la capacidad instalada de los centros de atención secundaria y terciaria, el aumento de la capacidad operativa de todos los servicios, la participación de la comunidad en las acciones respectivas y la organización sanitaria por distritos.

8.653 A raíz de la situación económica se redujeron los presupuestos en forma rigurosa buscándose el mejor rendimiento posible de los recursos disponibles. Se han iniciado los contactos y estudios preliminares con el BID para el financiamiento de un proyecto de fortalecimiento de la atención ambulatoria relacionado con las nuevas estrategias de atención primaria. Asimismo se ha recurrido al FNUAP para el subsidio de actividades relacionadas con el programa de planificación familiar, lo que demuestra el creciente interés de las autoridades nacionales por hacer uso de los recursos disponibles en el área de la cooperación técnica internacional.

Indice

- A**ccidentes, prevención y control
en la infancia, 2.66
de tránsito, 2.65
- Adiestramiento (véase Educación y adiestramiento)
- Administración (véase Planificación y administración de servicios de salud)
- Aedes aegypti*, erradicación, 2.149, 2.155, 2.170
- Agencia Alemana de Socorro contra la Lepra, 2.168
- Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (véase bajo Canadá)
- Agencia para la Cooperación Técnica (véase bajo Alemania, República Federal de)
- Agencia para el Desarrollo Internacional, EUA (véase bajo Estados Unidos de América)
- Agencia de Desarrollo de Ultramar (Gran Bretaña), 2.99
- Agencia Internacional para Investigación del Cáncer, 2.109
- Agua potable, abastecimiento de, 2.67-2.75
- Alcoholismo, 2.62, 2.63
- Alemania, República Federal de, 3.41
Agencia para la Cooperación Técnica (GTZ), 2.5, 2.68, 2.91, 2.96, 2.97, 2.98, 2.99, 7.17
- Alerta Bibliográfica, 3.13
- Alerta en Nutrición, 3.13
- Alimentación y nutrición, 2.2-2.12
(véase también Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
- Alimentos
consumo, 2.4
disponibilidad, 2.3
protección, 2.197-2.198, 2.209, 2.219
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Oficina, 2.243
- Ambiente, contaminación, 2.84-2.85
- Ancianos, salud de los, 2.51-2.53
- Anemias nutricionales, 2.8
- Anguila, 2.64, 2.134, 2.169
- Antibióticos, 1.65
- Antigua y Barbuda, 1.6, 1.25, 2.40, 2.68, 2.85, 2.134, 2.169, 2.225
resumen de actividades, 8.4-8.17
- Antillas y Guayana Francesas, resumen de actividades, 8.18-8.24
- Antillas Neerlandesas, 1.69
resumen de actividades, 8.25-8.39
- Antología de experiencias, 2.48
- Argentina, 1.2, 1.6, 1.7, 1.9, 1.11, 1.12, 1.15, 1.17, 1.22, 1.38, 1.41, 1.44, 1.46, 1.63, 1.64, 1.65, 1.68, 1.69, 1.71, 1.73, 1.79, 1.88, 2.32, 2.33, 2.36, 2.52, 2.55, 2.58, 2.64, 2.82, 2.83, 2.98, 2.100, 2.101, 2.106, 2.112, 2.140, 2.151, 2.156, 2.162, 2.166, 2.174, 2.175, 2.179, 2.183, 2.195, 2.197, 2.199, 2.201, 2.206, 2.207, 2.208, 2.210, 2.212, 2.215-2.220, 2.223, 2.226-2.228, 3.8, 3.14, 3.15, 3.19, 3.27, 7.16
- Centro de Diagnóstico e Investigaciones Veterinarias, 2.211
- Centro de Virología Animal, 2.222
- Instituto Nacional de Microbiología, 2.208
- Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1.17, 2.52
resumen de actividades, 8.40-8.57
- Asentamientos humanos, 2.83
- Asociación Americana del Cáncer, 2.252
- Asociación Americana de Investigaciones sobre el Cáncer, 2.186
- Asociación Americana de Salud Mundial, 7.14
- Asociación Americana de Salud Pública, 7.2
- Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), 2.73, 2.93
- Asociación Internacional sobre Investigación y Control de la Contaminación del Agua (IAWPRC), 2.73
- Asociación de Nutricionistas y Dietistas del Caribe (CANDI), 2.26
- Asuntos jurídicos (OPS), 7.15-7.18
- Atención primaria de salud
alimentación y nutrición en, 2.10-2.11
medicina veterinaria, 2.205
zonas rurales y urbanas, 1.11
- Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con miras a SPT/2000 (Discusiones Técnicas, XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS), 4.8
- Azúcar, fortificación del, 2.8
- B**ahamas, 2.78, 2.108, 2.125, 2.169, 2.180, 2.189
resumen de actividades, 8.58-8.67

- Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), 1.72
- Banco de Desarrollo del Caribe, 2.70, 2.75, 2.92
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 1.8, 1.24, 1.41, 2.37, 2.69, 2.89, 2.91, 2.201, 2.202, 2.215, 2.233, 2.234, 3.36-3.38, 7.17
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (véase Banco Mundial)
- Banco Mundial, 1.9, 2.37, 2.66, 2.69, 2.78, 2.87, 2.89, 2.97, 2.158, 3.39
- Barbados, 1.3, 1.8, 1.24, 1.26, 1.68, 1.74, 1.88, 2.29, 2.52, 2.61, 2.65, 2.123, 2.169, 2.188, 2.192, 2.250, 2.252
- resumen de actividades, 8.68-8.85
- BCG, vacuna, 2.133, 2.134, 2.165, 2.166, 2.208, 2.216
- Becas (OPS), 1.55-1.59
- Belize, 1.6, 1.86, 1.88, 2.61, 2.85, 2.123, 2.142, 2.151, 2.157, 2.232, 7.16
- resumen de actividades, 8.86-8.105
- Bermuda, 2.57, 2.60, 2.134
- BID (véase Banco Interamericano de Desarrollo)
- BIREME (véase Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud)
- BIRF (véase Banco Mundial)
- Bocio endémico, 2.6
- Boletín Epidemiológico*, 2.116, 7.6
- Boletín Informativo del PAI*, 2.136
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 7.6, 7.7
- Boletín PASCCAP*, 1.51
- Bolivia, 1.3, 1.8, 1.9, 1.11, 1.12, 1.15, 1.20, 1.26, 1.41, 1.68, 1.75, 2.6, 2.38, 2.39, 2.49, 2.64, 2.68, 2.69, 2.82, 2.92, 2.97, 2.101, 2.106, 2.139, 2.142, 2.151, 2.155, 2.156, 2.162, 2.170, 2.182, 2.185, 2.191, 2.199, 2.226, 3.4, 7.16
- Asociación Nacional de Empresas de Agua y Saneamiento, 2.68
- Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), 2.49
- resumen de actividades, 8.106-8.126
- Brasil, 1.3, 1.6, 1.7, 1.9, 1.11, 1.12, 1.15, 1.22, 1.26, 1.30, 1.31, 1.35, 1.39, 1.41, 1.44, 1.45, 1.46, 1.62, 1.63, 1.64, 1.68, 1.71, 1.75, 1.77, 1.79, 1.80, 1.86, 1.88, 2.3, 2.5, 2.7, 2.11, 2.32, 2.40, 2.48, 2.59, 2.64, 2.72, 2.77, 2.78, 2.81, 2.87, 2.88, 2.96, 2.100, 2.101, 2.105, 2.109, 2.112, 2.117, 2.140, 2.141, 2.151, 2.153, 2.155, 2.156, 2.157, 2.161, 2.162, 2.163, 2.165, 2.166, 2.169, 2.170, 2.172, 2.174, 2.175, 2.178, 2.180, 2.188, 2.191, 2.195, 2.197, 2.199, 2.200, 2.201, 2.208, 2.214, 2.215-2.220, 2.222, 2.223, 2.226, 2.252, 2.253, 2.255, 3.4, 3.5, 3.8, 3.13-3.14, 3.19, 3.24, 3.27, 7.16
- Banco Nacional de la Habitación (BNH), 2.87, 2.88
- Central de Medicamentos, 1.75
- Centro Nacional de Recursos Humanos, 2.3
- Consejo de Investigaciones, 3.4
- Escuela Nacional de Salud Pública, 1.31
- Instituto Adolfo Lutz, 1.64
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, 2.3, 2.5, 2.10, 3.13
- Instituto Nacional de Control de la Calidad Sanitaria (INCOS), 1.87
- resumen de actividades, 8.127-8.142
- Brucelosis, 2.208, 2.215, 2.217, 2.220
- Bulletin of PAHO*, 7.6
- C**adena de frío, 2.127-2.128, 2.136
(véase también Programa Ampliado de Inmunización)
- Cajanus*, 2.27
- Canadá, 1.12, 1.58, 1.82, 2.210, 2.249, 3.4
- Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), 2.92, 2.245, 2.246
- Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), 1.81, 2.98, 2.170
- Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades, 2.175
- resumen de actividades, 8.143-8.147
- Cáncer, 2.184-2.189
- Capacidad institucional, movilización, 3.18-3.21
- CARE, 2.21
- CAREC (véase Centro de Epidemiología del Caribe)
- CAREC Surveillance Report*, 2.122
- Caribe, países del (véase los países individuales)
- Caries (véase Salud oral)
- Ceguera, prevención, 2.190-2.193
- Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (Austria), 2.53
- Centro de Documentación e Información en Salud, 3.16
- Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 2.117, 2.118, 2.119-2.125, 2.176
- capacitación, 2.122-2.124
- cooperación técnica, 2.125
- investigaciones, 1.121
- Centro Internacional de Gerontología Social (Francia), 2.53
- Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), 1.81, 2.98, 2.170
- Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2.24
- Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), 1.47, 3.13-3.14
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 1.26, 2.33, 2.42-2.47
- Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), 2.85, 2.107-2.115
- capacitación, 2.112
- cooperación técnica, 2.112-2.115
- información, diseminación, 2.111
- investigación, 2.108-2.109
- tecnología, desarrollo, 2.110
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), 2.194, 2.221-2.228
- capacitación, 2.225
- cooperación técnica, 2.226-2.228
- información, diseminación, 2.224
- investigación, 2.222
- tecnología, 2.223
- Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), 2.80, 2.85, 2.87, 2.95-2.106, 2.209
- capacitación, 2.104
- cooperación técnica, 2.105-2.106
- información, diseminación, 2.101-2.103
- investigación, 2.96-2.98
- tecnología, desarrollo, 2.99-2.100
- Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), 2.166, 2.194, 2.195, 2.196, 2.206-2.220
- capacitación de personal, 2.213-2.214
- cooperación técnica, 2.215-2.220
- información, diseminación, 2.212

investigación, 2.207-2.209
 tecnología, desarrollo, 2.210-2.211
 Centro de Reproducción y Conservación de Primates no Humanos, 2.200
 Centro de Tecnología Educacional en Salud (CENTES), 1.45
 CEPANZO (véase Centro Panamericano de Zoonosis)
 CEPIS (véase Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente)
 CFNI (véase Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe)
 Clark Hewlett, Fundación, 3.47
 Clasificación Internacional de Enfermedades, 1.21, 1.22
 Codex Alimentarius, Comité Coordinador del, 2.197, 2.219
 Cólera, 2.170
 Colombia, 1.4, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.11, 1.13, 1.15, 1.16, 1.17, 1.20, 1.26, 1.29, 1.30, 1.40, 1.41, 1.44, 1.46, 1.63, 1.65, 1.68, 1.69, 1.73, 1.75, 1.79, 1.81, 1.82, 1.86, 1.88, 2.3, 2.5, 2.6, 2.32, 2.36, 2.38, 2.39, 2.48, 2.49, 2.52, 2.55, 2.57, 2.63, 2.64, 2.66, 2.86, 2.98, 2.100, 2.101, 2.105, 2.112, 2.117, 2.118, 2.136, 2.140, 2.141, 2.142, 2.151, 2.153, 2.155, 2.156, 2.157, 2.162, 2.163, 2.164, 2.168, 2.170, 2.173, 2.174, 2.180, 2.183, 2.188, 2.195, 2.197, 2.199, 2.200, 2.201, 2.212, 2.217, 2.219, 2.222, 2.223, 2.226, 2.227, 2.228, 2.237, 2.244, 2.246, 2.249, 2.250, 2.252, 2.253, 2.255, 3.4, 3.8, 3.14, 3.24, 7.16
 Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, 2.3
 Instituto del Seguro Social, 1.17, 2.49
 resumen de actividades, 8.148-8.170
 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), 2.72, 2.73, 2.241, 4.5
 Comisión Económica Europea (CEE), 2.132, 2.245
 Comité Ejecutivo, OPS (véase bajo Organización Panamericana de la Salud)
 Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CISS), 2.48
 Compras, servicio (OPS), 7.28
 Comunidad del Caribe (CARICOM), 1.6, 1.28, 1.42, 2.30, 2.57, 2.65, 2.75, 2.85, 2.203, 3.25
 Conferencia, servicios (OPS), 7.19
 Consejo Directivo, OPS (véase bajo Organización Panamericana de la Salud)
 Contaminación ambiental, prevención y control, 2.84-2.85
 Control de enfermedades, 2.116-2.155
 Convenio Hipólito Unanue, 1.19, 1.75, 1.86, 2.150, 2.205
 Convenios Básicos sobre Privilegios e Inmidades, 7.16-7.17
 Cooperación financiera bilateral, 3.40-3.46
 Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), 1.22, 2.72, 2.125, 2.243, 3.22-3.27
 Coordinación intrasectorial, 1.15-1.17
 Coordinador de las Naciones Unidas para Casos de Desastre (UNDRO), 2.241, 2.245
 Corporación Carnegie, 2.24
 Costa Rica, 1.2, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18, 1.23, 1.39, 1.44, 1.50, 1.51, 1.52, 1.53, 1.68, 1.75, 1.84, 1.86, 1.88, 2.9, 2.14, 2.34, 2.52, 2.57, 2.61, 2.64, 2.91, 2.98, 2.108, 2.112, 2.142, 2.157, 2.162, 2.180,

2.183, 2.187, 2.189, 2.191, 2.195, 2.197, 2.210, 2.243, 3.8, 3.15, 7.16
 Caja del Seguro Social, 1.52
 Instituto de Investigaciones y Enseñanza de Nutrición y Salud, 2.14
 Instituto Clodomiro Picado, 1.84
 resumen de actividades, 8.171-8.196
 Cretinismo, 2.6
 Cruz Roja, 2.243
 Cuba, 1.3, 1.7, 1.9, 1.26, 1.32, 1.33, 1.38, 1.44, 1.45, 1.64, 1.68, 1.73, 1.86, 1.88, 2.32, 2.33, 2.34, 2.38, 2.48, 2.49, 2.52, 2.57, 2.61, 2.66, 2.72, 2.79, 2.85, 2.101, 2.105, 2.112, 2.114, 2.117, 2.118, 2.139, 2.160, 2.163, 2.166, 2.178, 2.183, 2.195, 2.197, 2.219, 2.250, 3.4, 3.5, 3.8, 3.15, 3.24, 3.27
 Instituto de Ciencias de la Salud, 2.38
 Instituto de Medicina del Trabajo, 2.49
 resumen de actividades, 8.197-8.216
 Cuerpos Directivos de la OPS, 5.1-5.9
 (véase también Organización Panamericana de la Salud)
 Chile, 1.7, 1.9, 1.10, 1.12, 1.41, 1.46, 1.62, 1.63, 1.64, 1.65, 1.68, 1.79, 1.80, 2.3, 2.5, 2.32, 2.34, 2.36, 2.41, 2.48, 2.50, 2.52, 2.55, 2.58, 2.64, 2.73, 2.98, 2.101, 2.109, 2.112, 2.163, 2.166, 2.175, 2.179, 2.183, 2.186, 2.195, 2.201, 2.210, 2.217, 2.226, 2.228, 3.14, 3.15, 3.27, 7.15
 Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, 2.3, 2.5
 Instituto de Salud, 1.62, 1.64
 resumen de actividades, 8.217-8.231

Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (DIAAPS), 2.67, 2.68, 2.86, 2.92
 Dengue, 1.66, 2.155, 2.173
 Desastres, socorro (véase Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre)
 Desechos líquidos, eliminación de, 2.67-2.75
 Desechos sólidos, administración de, 2.76-2.82
 Diabetes mellitus, 2.183
 Diagnóstico y tratamiento, 1.62-1.88
 Día Mundial de la Salud, 7.14
 Difteria, 2.127
 Dinamarca, 3.43
 Diseminación de conocimiento, 3.12-3.17
 Discusiones Técnicas
 Consejo Directivo de la OPS
 XXIX Reunión, 1.71
 XXX Reunión, 4.8
 Distribución y ventas (OPS), 7.7
 Dominica, 1.3, 1.8, 1.13, 1.25, 1.74, 1.88, 2.10, 2.29, 2.30, 2.57, 2.64, 2.68, 2.79, 2.85, 2.119, 2.125, 2.134, 2.169
 resumen de actividades, 8.232-8.248
 DPT, vacuna, 1.83, 2.133, 2.134
 Drogas, uso indebido (véase Farmacodependencia)

ECO (véase Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud)

Ecuador, 1.3, 1.7, 1.8, 1.9, 1.15, 1.16, 1.20, 1.24, 1.26, 1.30, 1.39, 1.41, 1.45, 1.68, 1.73, 1.75, 1.79, 1.86, 1.88, 2.5, 2.6, 2.40, 2.55, 2.89, 2.101, 2.105, 2.151, 2.155, 2.156, 2.159, 2.168, 2.195, 2.197, 2.199, 2.201, 2.210, 2.222, 2.223, 2.226, 2.227, 2.228, 2.239, 2.244, 2.246, 2.250, 2.253, 3.5
 Instituto Nacional de Higiene, 2.159
 resumen de actividades, 8.249-8.268

Educación y adiestramiento
 continua, 1.33
 enfermería, 1.37-1.38
 odontología, 1.39-1.40
 salud pública y administración en salud, 1.43-1.44
 salud pública veterinaria, 1.41-1.42, 2.201

Educación continua, 1.33
 Educación médica, 1.35-1.36
Educación médica y salud, 7.6, 7.7
 Educación para la salud, 1.26
El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, 7.2
El desarrollo y uso de materiales educativos en salud, 1.26
 El Salvador, 1.9, 1.10, 1.12, 1.14, 1.15, 1.17, 1.18, 1.23, 1.24, 1.30, 1.32, 1.33, 1.36, 1.38, 1.39, 1.41, 1.48, 1.49, 1.50, 1.53, 1.66, 1.68, 2.17, 2.18, 2.39, 2.52, 2.57, 2.64, 2.68, 2.70, 2.91, 2.117, 2.136, 2.162, 2.182, 2.234, 2.246
 Instituto de Seguridad Social, 1.17
 resumen de actividades, 8.269-8.285

Enfermedad de Chagas, 2.156

Enfermedades
 cardiovasculares, 2.181-2.182
 carenciales, prevención, 2.6
 diarreicas, 2.139-2.144
 no transmisibles, 2.177-2.193
 parasitarias intestinales, 2.160
 prevención y control, 2.116-2.155
 transmisión sexual, 2.176
 transmitidas por vectores, 2.145-2.159
 víricas, 2.172-2.175
 (véase también la enfermedad específica)

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional, 2.170

Enfermería
 educación, 1.37-1.38
 servicios, 1.11-1.12, 2.253

Epidemiología, 2.116-2.118
EPI Notes, 2.122
 España, 7.2
 Esquistosomiasis, 2.158
 Estadísticas de salud, 2.255
 Estados Unidos de América, 1.40, 1.58, 1.63, 1.65, 1.68, 1.79, 1.81, 1.82, 2.12, 2.33, 2.93, 2.140, 2.174, 3.44
 Administración de Alimentos y Medicamentos, 1.81, 1.83, 2.123
 Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), 2.5, 2.20, 2.21, 2.37, 2.73, 2.99, 2.110, 2.123, 2.132, 2.176, 2.200, 2.204, 2.234
 Agencia para la Protección Ambiental, 2.100
 Centros para el Control de Enfermedades (CDC), 1.63, 2.5, 2.124, 2.176, 2.209
 Instituto Nacional de Alcoholismo y Abuso del Alcohol, 2.63

Instituto Nacional del Cáncer, 1.185, 2.189
 Instituto Nacional del Uso Indebido de Drogas, 2.63
 Institutos Nacionales de Salud, 2.200
 National Eye Institute, 2.192
 resumen de actividades, 8.286-8.303
 Estomatitis vesicular, 2.222, 2.224
 Excreta, eliminación de, 2.67-2.75

Familia, planificación de la (véase Salud materno-infantil y planificación familiar)

FAO (véase Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)

Farmacodependencia, 2.62, 2.63

Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra, 2.168

Fiebre aftosa, 2.199
 Fiebre amarilla, 2.155, 2.170
 Fiebre hemorrágica con síndrome renal, 2.174
 Fiebre reumática, 2.182
 Fluoruración, 1.40, 2.9, 2.57, 2.75
 Fondo del Golfo Árabe (AGFUND), 2.161, 2.164, 2.182
 Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), 2.38, 2.40, 2.132, 2.233, 3.30
 Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID), 3.32
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1.11, 2.10, 2.21, 2.22, 2.30, 2.33, 2.56, 2.132, 2.137, 2.233, 2.243, 3.31, 7.17
 Fondo Rotatorio del PAI, 1.80, 2.137
 Ford, Fundación, 3.47
 Francia, 3.45
 Fundación Damien (Bélgica), 2.169
 Fundación de la Industria Naviera Japonesa (JSIF), 2.169
 Fundación Internacional de Oftalmología, 2.192
 Fundación de Investigaciones de Farmacodependencia, 2.63
 Fundación Joaquín Nabuco (Brasil), 2.3, 2.5
 Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), 1.64, 1.81
 Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 3.48
 Fundaciones (véase bajo el nombre de cada fundación)

Generación de conocimiento, 3.2-3.11
 Gestión de la OPS, estrategia, 6.1-6.6
 Grenada, 1.88, 2.40, 2.64, 2.85, 2.125, 2.134, 2.139, 2.169
 resumen de actividades, 8.304-8.315
 Grupo Contadora, 2.232
 Guatemala, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.15, 1.17, 1.18, 1.23, 1.26, 1.30, 1.33, 1.35, 1.39, 1.41, 1.48, 1.49, 1.52, 1.53, 1.66, 1.68, 1.77, 2.7, 2.8, 2.14, 2.17, 2.18, 2.32, 2.50, 2.63, 2.64, 2.68, 2.78, 2.79, 2.91, 2.98, 2.108, 2.112, 2.117, 2.139, 2.160, 2.161, 2.191, 2.243, 7.15
 Instituto de Seguridad Social, 1.8, 2.50
 resumen de actividades, 8.316-8.338
 Guyana, 1.3, 1.8, 1.24, 1.26, 1.35, 1.41, 2.52, 2.61, 2.86, 2.125, 2.203, 7.16
 resumen de actividades, 8.339-8.358

Haití, 1.3, 1.12, 1.24, 1.26, 1.45, 1.88, 2.7, 2.10, 2.68, 2.151, 2.249, 7.16
 resumen de actividades, 8.359-8.375
Helen Keller International Incorporated, 2.56, 2.191, 2.192
Hematología, control de calidad, 1.64
Hepatitis vírica, 2.172
Hidatidosis, 2.208, 2.211
Hierro, deficiencia de, 2.8
Honduras, 1.3, 1.5, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.14, 1.15, 1.16, 1.18, 1.23, 1.24, 1.26, 1.30, 1.33, 1.35, 1.36, 1.39, 1.45, 1.48, 1.49, 1.50, 1.52, 1.79, 2.7, 2.17, 2.20, 2.22, 2.39, 2.40, 2.52, 2.61, 2.64, 2.68, 2.70, 2.91, 2.92, 2.108, 2.112, 2.114, 2.117, 2.153, 2.156, 2.243, 2.250, 2.253, 3.4
 resumen de actividades, 8.376-8.401
Hospitales, 1.14
 preparativos para casos de desastre, 2.240

Impedidos, salud de los, 2.54-2.56
INCAP (véase Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
INCAP Informa, 2.16
Index Medicus Latinoamericano, 3.13
Indias Occidentales Británicas (Anguila, Islas Vírgenes, Montserrat), resumen de actividades, 8.402-8.814
Infecciones respiratorias agudas, 2.161-2.162
Influenza, 2.175
Información
 sistemas nacionales de, 1.18-1.22
 de la OSP, 7.13
 sobre nutrición, 2.16
 sobre salud ambiental, 2.101-2.103, 2.111
Información pública (OPS), 7.14
Inmunología, 1.67
Instituto de Alcohólistas del Caribe, 2.63
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), 2.10, 2.23-2.30
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), 2.199
Instituto Interamericano del Niño, 2.56
Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), 1.5, 1.44, 3.24
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 2.4, 2.5, 2.8, 2.9, 2.10, 2.13-2.22, 7.15
Instituto de Salud Ambiental del Caribe, 2.85
Investigaciones
 infecciones respiratorias agudas, 2.162
 malaria, 2.153-2.154
 nutrición, 2.14, 2.24
 salud, 3.3-3.7
 salud ambiental, 2.96-2.98, 2.108-2.109
 servicios de salud, 1.25
 veterinaria, 2.207-2.209, 2.222
Islas Caimán, 2.134
Islas Turcas y Caicos, 2.24, 2.134, 2.169
Islas Vírgenes (EUA), 2.61
Islas Vírgenes (RU), 2.28, 2.123, 2.134

Jamaica, 1.6, 1.11, 1.26, 1.86, 1.88, 2.11, 2.24, 2.29, 2.30, 2.52, 2.57, 2.70, 2.123, 2.125, 2.166, 2.182, 2.214, 2.250, 2.253

Centro Nacional de Transfusión de Sangre, 1.88
 resumen de actividades, 8.415-8.432
Japón, 3.43
 Fundación de la Industria Naviera Japonesa (JSIF), 2.169
Junta del Acuerdo de Cartagena, 2.199

Kellogg, W. K., Fundación, 2.5, 2.41, 2.53, 3.9, 3.47

Laboratorio de Diagnóstico de Enfermedades Vesiculares, 2.222
Laboratorio, servicios de, 1.62-1.67
La hipertensión como problema de salud comunitario, 2.182
La mujer en la salud y el desarrollo en las Américas, 2.252
Leishmaniasis, 2.157
Lepra, 2.167-2.169
Leptospirosis, 2.218
Limpieza Urbana, IX Curso Latinoamericano de, 2.82

Malaria, 2.146-2.154
 investigaciones, 2.153-2.154
Manual de Atención Ocular Primaria, 2.191
Materiales visuales de instrucción (OPS), 7.8
McConnell, Edna, Fundación, 3.47
Medicamentos esenciales, 1.70-1.77, 4.11
 políticas de producción y comercialización, 1.71
Medicina veterinaria; educación en, 1.41-1.42, 2.201-2.202
Medio ambiente, calidad, 2.67-2.115, 2.204
MEDLINE, 3.13
México, 1.2, 1.6, 1.7, 1.9, 1.13, 1.15, 1.22, 1.24, 1.26, 1.30, 1.35, 1.39, 1.41, 1.43, 1.46, 1.62, 1.63, 1.64, 1.65, 1.66, 1.68, 1.69, 1.71, 1.79, 1.80, 1.83, 2.11, 2.32, 2.33, 2.34, 2.48, 2.55, 2.57, 2.59, 2.70, 2.72, 2.75, 2.79, 2.83, 2.99, 2.100, 2.101, 2.105, 2.110, 2.112, 2.113, 2.136, 2.139, 2.140, 2.141, 2.142, 2.153, 2.157, 2.166, 2.169, 2.173, 2.179, 2.180, 2.183, 2.185, 2.187, 2.188, 2.195, 2.197, 2.214, 2.219, 2.241, 2.242, 2.246, 2.249, 2.252, 3.4, 3.8, 3.15, 3.19, 3.27, 7.16
Gerencia General de Productos Biológicos y Reactivos, 1.64
Instituto Mexicano de Psicología, 2.63
Instituto Nacional de Virología, 1.83, 3.27
Laboratorio Nacional de Referencia, 1.83, 3.27
 resumen de actividades, 8.433-8.450
Montserrat, 2.134, 2.169
Mortalidad infantil, 2.34
Mujer en la salud y el desarrollo, 2.247-2.254
 Plan Quinquenal Regional de Acción, 2.247-2.254

Nicaragua, 1.3, 1.5, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.14, 1.23, 1.24, 1.35, 1.38, 1.39, 1.41, 1.44, 1.49, 1.51, 1.68, 1.73, 1.86, 1.88, 2.9, 2.10, 2.17, 2.22, 2.32, 2.40, 2.78, 2.79, 2.89, 2.91, 2.101, 2.106, 2.117, 2.118, 2.153, 2.164, 2.176, 3.4, 3.14, 3.27

- Centro de Investigación y Educación en Salud (CIES), 1.51
 Instituto Nacional de Agua y Alcantarillado (INAA), 2.89
 resumen de actividades, 8.451-8.468
Nociones de oftalmología para el médico general, 2.191
 Noruega, 3.43
 Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud (NU-
 TES), 1.45, 3.19
 Nutrición, 2.2-2.12
 capacitación, 2.28
NYAM News, 2.27
- O**bra Emmatús (Suiza), 2.169
 Odontología, educación, 1.39-1.40
 (véase también Salud oral)
 Oficina Internacional de Epizootias (OIE), 2.199
 Oncocercosis, 2.159
OPS Ahora, 7.14
 Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), 1.68
 Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), 2.199
 Organización Iberoamericana de Seguridad Social (España), 1.17
 Organización Meteorológica Mundial (OMM), 2.83, 2.245
 Organización Mundial de la Salud (OMS), 1.9, 1.11, 1.13, 1.14, 1.15, 1.17, 1.23, 1.25, 1.30, 1.37, 1.39, 1.46, 1.55, 1.68, 1.69, 1.70, 1.71, 1.72, 1.73, 1.80, 1.82, 1.85, 1.86, 1.88, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.8-2.9, 2.20, 2.21, 2.25, 2.32, 2.48, 2.52, 2.54, 2.55, 2.64, 2.70, 2.71, 2.77, 2.79, 2.81, 2.86, 2.88, 2.138, 2.149, 2.158, 2.161, 2.162, 2.168, 2.172, 2.175, 2.178, 2.180, 2.187, 2.188, 2.199, 2.224, 2.233, 2.237, 2.242, 2.245, 3.1, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.11, 3.12, 3.16, 3.18, 3.24, 3.38, 3.39, 4.7, 6.4
 Anteproyecto de Programa de Presupuesto para la Región de las Américas, 1986-1987, 5.9
 Asamblea Mundial de la Salud (1984), 2.7, 2.164, 2.232
 Centros Colaboradores, 1.62, 1.65, 1.68, 1.74, 1.76, 2.49, 2.63, 2.191, 2.192
 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2.21, 2.29, 2.115, 2.199, 2.225
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2.85
 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 apoyo administrativo
 compras, 7.28
 conferencias, 7.20
 personal, 7.21-7.27
 servicios generales, 7.19
 apoyo técnico
 asuntos jurídicos, 7.15-7.18
 distribución y ventas, 7.7
 información pública, 7.14
 información, sistemas, 7.13
 materiales visuales de instrucción, 7.8
 publicaciones, 7.2-7.5
 traducciones, 7.9-7.12
 becas, administración, 1.55-1.59
 Comité Asesor en Prevención de la Ceguera, 2.193
 Comité Asesor Regional sobre Investigaciones en Salud, 1.25, 1.30, 3.6
 Comité Ejecutivo
 92a Reunión, 2.37, 5.4, 5.5
 Consejo Directivo
 XXVIII Reunión, 1.15, 2.197
 XXIX Reunión, 2.250, 5.3
 XXX Reunión, 1.15, 2.37, 2.54, 2.116, 2.126, 2.232, 2.254, 3.23, 4.7, 5.4, 5.7
 gestión, estrategia, 6.1-6.6
 información, sistemas, 7.13-7.14
- P**acto Andino, 1.14, 1.20, 1.72, 3.25, 3.26
 Países Bajos, 2.245, 3.46
 Panamá, 1.2, 1.5, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.15, 1.16, 1.17, 1.23, 1.26, 1.30, 1.32, 1.33, 1.38, 1.39, 1.45, 1.49, 1.68, 1.76, 2.14, 2.17, 2.20, 2.56, 2.57, 2.61, 2.64, 2.79, 2.86, 2.87, 2.91, 2.112, 2.114, 2.117, 2.156, 2.157, 2.161, 2.162, 2.176, 2.180, 2.183, 2.195, 2.197, 2.222
 Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), 2.87
 resumen de actividades, 8.469-8.486
 Paraguay, 1.3, 1.9, 1.12, 1.14, 1.15, 1.18, 1.24, 1.26, 1.38, 1.41, 1.68, 2.38, 2.68, 2.77, 2.78, 2.90, 2.92, 2.101, 2.106, 2.156, 2.157, 2.215, 2.220, 2.222, 2.227, 7.16
 Servicio Nacional de Salud Ambiental (SENASA), 2.90
 resumen de actividades, 8.487-8.504
 Parteras tradicionales, 2.39
 Participación de la comunidad, 1.26
 Personal (OPS), 7.21-7.27
 Personal de Salud
 formación, 1.34-1.44, 2.36
 programas de alimentación y nutrición, 2.17-2.19
 tecnología educativa, 1.45-1.46
 utilización, políticas, 1.32
 Perú, 1.3, 1.9, 1.12, 1.13, 1.14, 1.15, 1.16, 1.20, 1.26, 1.30, 1.32, 1.35, 1.38, 1.39, 1.41, 1.43, 1.45, 1.68, 1.73, 1.75, 1.82, 1.86, 2.3, 2.5, 2.6, 2.9, 2.10, 2.32, 2.39, 2.40, 2.55, 2.57, 2.61, 2.68, 2.78, 2.82, 2.90, 2.92, 2.96, 2.97, 2.98, 2.99, 2.100, 2.101, 2.105, 2.114, 2.139, 2.151, 2.155, 2.157, 2.162, 2.164, 2.170, 2.187, 2.191, 2.200, 2.209, 2.215, 2.219, 2.222, 2.223, 2.225, 2.226, 2.227, 2.228, 2.244, 2.246, 2.253, 3.4, 3.5, 3.15, 3.19, 7.16
 Centro Luciano Barrere, 2.191
 Centro de Tecnología Educativa en Salud, 1.45
 Consejo de Investigaciones, 3.4
 Instituto de Medicina Tropical, 2.157
 resumen de actividades, 8.505-8.522
 Peste, 2.170
 Plaguicidas, 2.204
 Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, 1.10, 1.23, 1.28, 1.43, 1.54, 2.10, 2.71, 2.149, 2.161, 2.230, 2.235, 3.25
 Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, 2.247-2.254
 Planificación y administración de servicios de salud, 1.4-1.8

Planificación de la familia (véase Salud maternoinfantil y planificación familiar)

PNUD (véase Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)

Poliomielitis, 2.127

Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales (Discusiones Técnicas, XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS), 1.71

Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, 2.236-2.246

Primates no humanos, 2.200

Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCAP), 1.30, 1.32, 1.36, 1.44, 1.48-1.54, 3.19, 3.25

Programa Ampliado de Inmunización (PAI), 1.61, 1.83, 2.126-2.138
Fondo Rotatorio del, 1.80, 2.137
metas para 1985, 2.133-2.134

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), 1.46, 1.60-1.61, 2.143

Programa Colaborativo de Investigaciones en el Tratamiento del Cáncer (CCTRP), 2.186, 2.187

Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento sobre Enfermedades Tropicales (PNUD/Banco Mundial/OMS), 2.158, 2.159

Programa Global de Cooperación Técnica (BID/OPS/OMS), 2.70

Programa Internacional de Seguridad de las Substancias Químicas (IPCS), 2.84

Programa Mixto OPS/OMS-UNICEF de Apoyo Nutricional, 2.6, 2.10, 2.26, 2.29, 2.30

Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2.3, 2.21, 3.33

Programa Mundial de Control de la Hepatitis (OMS), 2.172

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1.42, 1.62, 1.77, 2.68, 2.85, 2.158, 2.203, 2.224, 3.29, 7.17

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), 2.83, 2.85, 2.110, 2.115

Programa Regional de Adiestramiento en Salud Animal (PROASA), 1.41, 2.201, 2.225

Programa Regional de Capacitación de Asistentes de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria (REPAHA), 1.42, 2.203

Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP), 3.15

Proyecto de Monitoría Regional de los Programas Integrados de Enfermedades Crónicas (MORE), 2.178, 2.180

Proyecto Pan Caribe de Preparativos y Prevención en Situaciones de Desastre, 2.245

Proyecto Subregional de Desarrollo de Recursos Humanos, 2.92

Proyectos de salud, formulación y administración, 1.23-1.24

Publicaciones (OPS), 7.2-7.8
Comité de Política de Publicaciones, 7.2
distribución y ventas, 7.7
Documentos Oficiales, 7.4
Fondo Rotatorio de Venta, 7.7
materiales visuales de instrucción, 7.8
publicaciones
científicas, 7.3
otras, 7.5

periódicas, 7.6

Public Welfare, Fundación, 3.47

Puerto Rico, 2.106

Rabia, 2.195

Rayos x (véase Salud radiológica)

Recursos financieros externos, movilización, 3.34-3.35

Recursos humanos, desarrollo de
formación, 1.34-1.44
gestión, 1.28-1.33
tecnología educativa y material didáctico, 1.45-1.46

Recursos internacionales, movilización, 3.28-3.33

Red Centroamericana de Centros de Documentación e Información, 1.54

Red de Centros Nacionales de Clasificación de Enfermedades, 3.19

Red de Centros de Perinatología, 3.19

Red de Información sobre Zoonosis y Fiebre Aftosa, 3.17

Red Latinoamericana de Información en Salud, 1.47, 3.14

Red Latinoamericana de Instituciones Colaborantes en Aseo Urbano (RELICAU), 2.81

Red de Núcleos Nacionales de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá, 3.19

Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición, 2.12, 3.19

Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPLDISCA), 2.101, 3.17

Red de Programas de Educación Permanente y Supervisión, 3.19

Red Regional de Adiestramiento Avanzado en Administración de Servicios de Salud, 3.19

Red Regional de Centros de Tecnología Educativa en Salud, 3.19

Red Regional de Escuelas de Salud Pública y Posgrado de Medicina Preventiva y Social, 3.19

Registros médicos, 1.13

Reglamento Sanitario Internacional, 2.170-2.171

Rehabilitación, 2.55-2.56

Rehabilitation International, 2.56

Rehidratación oral, 2.139-2.140

REPINDEX (servicio impreso de CEPIS), 2.102

República Dominicana, 1.3, 1.8, 1.9, 1.12, 1.13, 1.15, 1.29, 1.39, 1.41, 1.68, 1.79, 1.88, 2.5, 2.17, 2.48, 2.57, 2.58, 2.59, 2.64, 2.75, 2.79, 2.89, 2.91, 2.105, 2.108, 2.112, 2.118, 2.139, 2.153, 2.158, 2.160, 2.169, 7.16

Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), 2.89

resumen de actividades, 8.523-8.546

Reuniones
Agua Potable y Disposición Sanitaria de Excretas en Areas Urbanas, Simposio Regional de, 2.73
Aseo Urbano de las Metrópolis de América Latina, Encuentro sobre Servicios de, 2.81, 2.100
Atención Primaria de Salud y Mortalidad Infantil, Estrategias de (Taller Regional), 2.34
Bocio Endémico y el Cretinismo, V Reunión del Grupo Técnico OPS/OMS para el Control del, 2.6
Cáncer Cérvico-uterino, Reunión Regional sobre Control del, 2.179
Cancilleres de los Países de la Cuenca del Río de la Plata, XI y XII Reuniones, 2.198

- Coordinación de Programas de Personal de Salud, Reunión Interregional de, 1.29
- Desarrollo Tecnológico en Salud, Reunión Internacional, 3.8
- Epidemiología, Reunión Regional sobre Usos y Perspectivas de la, 2.116
- Grupo de Consulta sobre Legislación en Administración Pública y Privada, 1.7
- Grupo de Expertos en Salud Pública Veterinaria, I Reunión Andina del, 2.205
- Laboratorio, Seminario Regional de Programas de, 1.62
- Ministros de Salud del Caribe, Reunión, (1984), 1.12, 2.119
- Ministros de Salud y Directores de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá, 1.15
- Prevención de Ceguera, Jornada Internacional sobre, 2.193
- Prevención de Riesgos en el Trabajo, VII Congreso Interamericano de, 2.48
- Psicología de la Salud, Seminario Internacional de, 2.61
- Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud, Actividades de (Seminario-Taller), 2.48
- Tecnología Apropriada en Atención Prenatal, Conferencia Interregional sobre, 1.26, 2.35
- Tecnología de la Atención Prenatal, Primera Reunión Internacional, 3.9
- Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Grupo de Consulta OPS/OMS sobre, 2.5
- Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA III), 2.195
- Riesgo, factores de, 2.32, 2.44, 2.178
- RIMSA (véase Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial)
- Rockefeller, Fundación, 3.47
- Royal Commonwealth Society for the Blind, 2.192
- S**al, fluoruración de la, 2.9, 2.57
- Salud ambiental, 2.67-2.115
- Salud de los ancianos, 2.51-2.53
- Salud dental (véase Salud oral)
- Salud de los impedidos, 2.54-2.56
- Salud maternoinfantil y atención primaria—Hechos y tendencias, 2.34
- Salud maternoinfantil y planificación familiar, 2.31-2.41
- Salud mental, 2.61-2.64
- Salud ocupacional (véase Salud de los trabajadores)
- Salud oral, 2.57-2.60
(véase también Odontología)
- Salud Perinatal, 2.45
- Salud pública, educación, 1.43-1.44
- Salud pública veterinaria, 2.194-2.228
educación, 1.41-1.42, 2.201-2.202
- Salud radiológica, 1.68-1.69
- Salud de los trabajadores, 2.48-2.50
- San Cristóbal y Nieves, 1.25, 2.38, 2.85, 2.125, 2.134, 2.169
resumen de actividades, 8.547-8.557
- Sangre, programa de transfusión de, 1.86-1.88
- Santa Lucía, 1.8, 1.25, 1.74, 2.75, 2.85, 2.106, 2.125, 2.134
resumen de actividades, 8.558-8.569
- San Vicente y las Granadinas, 1.8, 1.74, 2.10, 2.29, 2.30, 2.85, 2.125, 2.134, 2.169
resumen de actividades, 8.570-8.581
- Sarampión, 2.127
- Seminario Regional de Epizootiología y Economía en Salud Animal, 2.225
- Servicios de Salud
problemas relevantes, 4.1-4.14
recursos humanos, desarrollo
becas, administración, 1.55-1.59
formación, 1.34-1.44
gestión, 1.28-1.33
información bibliográfica, 1.47
Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCAP), 1.48-1.54
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, 1.60-1.61
tecnología educativa y material didáctico, 1.45-1.46
sistemas, desarrollo
coordinación intrasectorial, 1.15-1.17
educación para la salud y participación de la comunidad, 1.26
información, sistemas nacionales, 1.18-1.22
investigación, 1.25
organización de red de servicios, 1.9-1.14
planificación y administración, 1.4-1.8
proyectos, formulación y administración, 1.23-1.24
situación y tendencias, 1.1-1.3
tecnología de diagnóstico y tratamiento
laboratorio, servicios, 1.62-1.67
medicamentos esenciales, 1.70-1.77
salud radiológica, 1.68-1.69
vacunas y biológicos, producción, 1.78-1.79
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 2.171
- Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica (ECO), 3.17
- Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente (SIMUVINA), 2.100
- Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), 6.2, 6.6
- Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2.186
- Substancias químicas, seguridad de las, 2.84
- Suiza, 2.169
- Suriname, 1.8, 1.12, 1.24, 2.23, 2.27, 2.49, 2.123, 2.125, 2.139, 2.142, 2.158, 2.176
resumen de actividades, 8.582-8.602
- Surveillance Report, 2.122
- T**abaquismo, 2.180
- Tablas de crecimiento, 2.25
- Tecnología
desarrollo, 3.8-3.11
educativa, 1.45-1.46
- Tétanos, 2.127
- Tinker, Fundación, 3.47
- Tos ferina, 2.127
- Trabajadores, salud, 2.48-2.50
- Traducciones (OPS), 7.9-7.12
- Tránsito, accidentes, 2.65-2.66
- Trasher Research Fund, 3.47

Trinidad y Tabago, 1.6, 1.13, 1.39, 1.42, 1.63, 1.68, 1.88, 2.68, 2.117, 2.123, 2.125, 2.175, 2.182, 2.203
 resumen de actividades, 8.604-8.620
 Tuberculosis, 2.163-2.166
 Tuberculosis bovina, 2.208, 2.215, 2.216

UNESCO (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
 UNICEF (*véase* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

Unión Internacional contra el Cáncer, 2.189
 Unión Internacional contra la Tuberculosis, 2.164
 Universidad de Alabama (EUA), 2.63
 Universidad de Antioquia (Colombia), 1.4
 Universidad Autónoma Metropolitana (México), 1.35, 2.111
 Universidad Cayetano Heredia (Perú), 1.35
 Universidad Centroamericana (Nicaragua), 2.17
 Universidad de Cornell (EUA), 2.5
 Universidad de Costa Rica, 1.50, 1.51, 1.53, 2.17
 Universidad de Chile, 2.3
 Universidad de El Salvador, 1.36
 Universidad Estatal de Oklahoma (EUA), 1.84
 Universidad Federal de Rio de Janeiro (Brasil), 1.45
 Universidad de Honduras, 1.49, 1.50
 Universidad de Illinois (EUA), 1.40
 Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica), 2.24, 2.28, 2.29, 2.38
 Universidad Javeriana (Colombia), 1.75, 2.38
 Universidad de Miami (EUA), 2.63, 2.204
 Universidad Nacional (Paraguay), 2.38
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), 1.45
 Universidad de las Naciones Unidas, 2.12
 Universidad de Panamá, 1.40, 1.76, 2.17
 Universidad de Pernambuco (Brasil), 2.10

Universidad de San Carlos (Guatemala), 1.53, 2.17
 Universidad de São Paulo (Brasil), 2.110
 Universidad de Surrey (Inglaterra), 2.96, 2.99
 Universidad de Texas (EUA), 2.50
 Universidad del Valle (Colombia), 1.30, 2.5, 2.136, 2.237
 Uruguay, 1.4, 1.6, 1.7, 1.9, 1.12, 1.13, 1.15, 1.26, 1.38, 1.41, 1.46, 1.68, 1.86, 1.88, 2.32, 2.36, 2.38, 2.55, 2.64, 2.75, 2.77, 2.79, 2.105, 2.112, 2.139, 2.156, 2.162, 2.179, 2.182, 2.183, 2.222, 2.223, 3.5, 3.8, 3.14
 resumen de actividades, 8.621-8.633

Vacunas y biológicos
 producción, 1.78-1.88, 2.127-2.129
 (*véase también* Programa Ampliado de Inmunización)
 Vectores, control, 2.145-2.159
 Venezuela, 1.9, 1.13, 1.15, 1.20, 1.22, 1.24, 1.39, 1.41, 1.46, 1.63, 1.65, 1.68, 1.75, 1.79, 1.86, 2.6, 2.57, 2.75, 2.105, 2.118, 2.139, 2.140, 2.153, 2.156, 2.159, 2.162, 2.163, 2.169, 2.178, 2.183, 2.187, 2.193, 2.195, 2.199, 2.210, 2.227, 2.228, 3.15, 3.19
 resumen de actividades, 8.634-8.653
 Vigilancia alimentaria y nutricional, 2.5
 Vitamina A, deficiencia de, 2.7
 Vivienda, urbana y rural, 2.83

Yodo, deficiencia de, 2.6

Zoonosis, 2.195-2.205
 (*véase también* Centro Panamericano de Zoonosis)