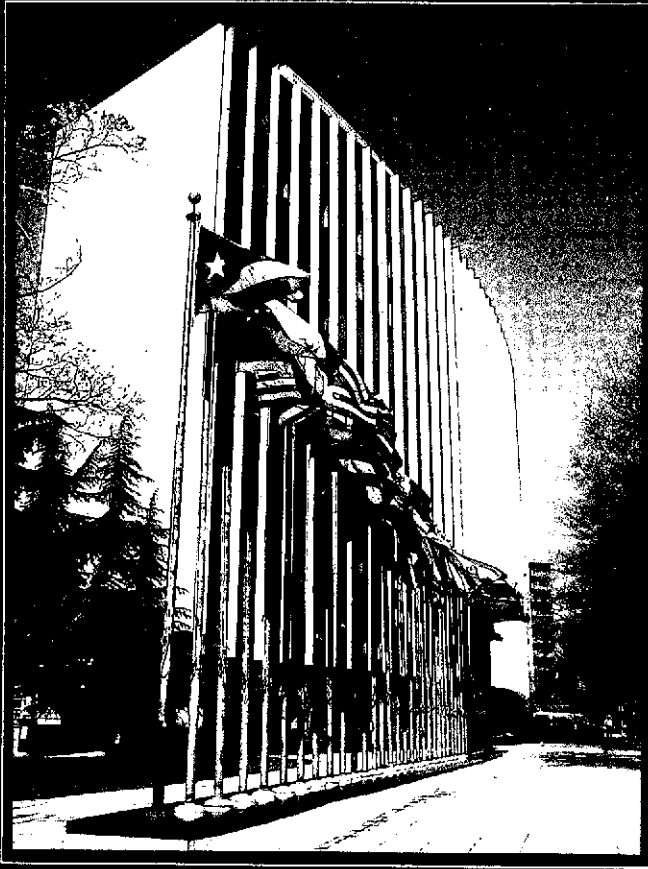


PAHO
COLL
OD
256
ES
C.2



INFORME ANUAL DEL DIRECTOR 1992



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Se publica también en inglés con el título:
Annual Report of the Director, 1992
ISBN 92 75 17256 0

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
Informe Anual del Director : 1992.
Washington, D.C. : OPS, © 1993.
xi, 202p. — (Documento Oficial ; 256)

ISBN 92 75 37256 X

I. Título II. (Serie)
1. OPS 2. Planes y programas de salud—Org.
3. Administración en salud pública—América
NLM WA540

ISBN 92 75 37256 X

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

© Organización Panamericana de la Salud 1993

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

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

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

Informe Anual del Director 1992



Documento Oficial No. 256
Julio de 1993

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

A LOS PAISES MIEMBROS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, durante 1992. En él se analizan, dentro del marco de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994 definidas por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, los hechos sobresalientes en el cumplimiento del programa de cooperación técnica de la Organización durante ese año.

Al elaborar el informe se ha mantenido la misma estructura del Presupuesto Bienal por Programas para facilitar el análisis de las actividades desarrolladas por la Organización. Además, el primer capítulo analiza en forma sucinta la situación general y las condiciones de salud de la Región.

El informe se complementa con el *Informe Financiero Parcial del Director para el año 1992*.

Respetuosamente,



Carlyle Guerra de Macedo
Director

CONTENIDO

INTRODUCCION	ix
I. SITUACION SOCIOECONOMICA Y DE SALUD	1
Desarrollo socioeconómico y político	1
Aspectos demográficos	3
Situación de salud	5
Políticas, planes, programas y desarrollo de servicios	11
II. CUERPOS DIRECTIVOS	17
Consejo Directivo	17
Comité Ejecutivo	19
Subcomité de Planificación y Programación	20
Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo	21
III. DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	23
Dirección administrativa	23
Programa del Director Regional para actividades de desarrollo	23
Desarrollo del programa general	24
Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud	24
Asuntos jurídicos	26
Coordinación externa para la salud y el desarrollo social	27
Coordinación de información	28
IV. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	30
Introducción	30
Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud	30
Cooperación técnica entre países	31
La mujer, la salud y el desarrollo	32
Análisis de la situación de salud y sus tendencias	33
Desarrollo de políticas de salud	36
Organización de los servicios de salud basados en la atención primaria	40
Desarrollo de los servicios de salud	40
Medicamentos y vacunas esenciales	44
Salud oral	46
Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para servicios de salud	47
Participación social y educación para la salud	49
Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre	49
Desarrollo de recursos humanos	52
Coordinación y apoyo	52
Administración de recursos humanos	53
Formación de recursos humanos	56
Apoyo de la información sobre salud	57
Publicaciones oficiales y técnicas	57

	Información científica y técnica	59
	Información y asuntos públicos	60
	Fomento y desarrollo de la investigación	62
V.	DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	65
	Introducción	65
	Alimentación y nutrición	65
	Salud ambiental	67
	Abastecimiento de agua y saneamiento	69
	Control de los riesgos relacionados con el medio ambiente	70
	Residuos sólidos e higiene de la vivienda	71
	Salud de los trabajadores	72
	Salud maternoinfantil	72
	Enfermedades transmisibles	75
	Cólera	79
	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	82
	Promoción de la salud	85
	Salud pública veterinaria	88
	Protección de los alimentos	90
	Zoonosis	90
	Fiebre aftosa	91
VI.	ADMINISTRACION	93
	Presupuesto y finanzas	93
	Servicios generales y gastos de operación en la Sede	94
	Personal	94
	Compras	95
VII.	COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS A NIVEL SUBREGIONAL Y DE PAIS	98
	Introducción	98
	Area del Caribe	99
	Cooperación para la Salud en el Caribe	99
	Antigua y Barbuda	100
	Antillas y Guayana Francesas	101
	Antillas Neerlandesas y Aruba	101
	Bahamas	103
	Barbados	105
	Bermuda	106
	Cuba	107
	Dominica	109
	Granada	110
	Guyana	112
	Haití	114
	Indias Occidentales Británicas	115
	Islas Caimán	116
	Islas Turcas y Caicos	117

Jamaica	118
República Dominicana	120
Saint Kitts y Nevis	122
San Vicente y las Granadinas	122
Santa Lucía	124
Suriname	125
Trinidad y Tabago	127
Centroamérica	130
Iniciativa de Salud de Centroamérica	130
Belice	133
Costa Rica	136
El Salvador	139
Guatemala	143
Honduras	146
Nicaragua	148
Panamá	150
Sudamérica	153
Cooperación Andina en Salud	153
Bolivia	154
Colombia	158
Ecuador	161
Perú	164
Venezuela	167
Iniciativa de Salud del Cono Sur	170
Argentina	171
Brasil	172
Chile	173
Paraguay	175
Uruguay	177
Norteamérica	179
Canadá	179
Estados Unidos de América	182
México	184
Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas	188
Anexo 1. Historia y estructura de la Organización Panamericana de la Salud	190
Anexo 2. Composición del Comité Ejecutivo de 1980 a 1993 (septiembre a septiembre)	193
Índice	194

INTRODUCCION

En 1992, la Organización respondió a las nuevas condiciones internacionales que afectaron el desarrollo y la salud en la Región de las Américas. Las fuerzas externas siguieron ejerciendo una gran influencia en los acontecimientos ocurridos en la Región. En la esfera internacional, la competencia estratégica bipolar, que estuvo a la orden del día durante 45 años, se extinguió en medio de un fuerte movimiento hacia una mayor libertad política y apertura económica. Pocos países lograron estabilidad, y el eco de las consecuencias de la incertidumbre y la reaparición de rivalidades étnicas, como la violenta desintegración de Yugoslavia, se oyó también en la Región.

En las Américas, el suceso político predominante siguió siendo la restauración de la democracia en la Región. El movimiento político general incorporó reformas constitucionales, procesos electorales libres y abiertos, y una aceptación oficial de la obligación de proteger los derechos humanos.

El decenio de 1980 representó un momento decisivo en el proceso de desarrollo económico de América Latina y el Caribe, y sus efectos continuaron sintiéndose en 1992. La recuperación iniciada en 1991 se propagó en 1992 y al final del año el panorama económico presentó un contraste favorable con el del decenio anterior, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). Aunque hubo excepciones, como Barbados, Brasil, Haití y Perú, en la Región el producto interno bruto aumentó alrededor de 2,4% en 1992, el segundo año consecutivo de crecimiento, y la mayoría de los países pudieron controlar la inflación. Excluido el Brasil, la inflación aumentó un promedio de 22%, y los precios al consumidor subieron 410% en la Región como un todo. Además, pese a un déficit neto de la balanza comercial de casi US\$ 6 000 millones, entraron US\$ 57 000

millones de nuevo capital a América Latina y el Caribe, que produjeron una transferencia neta de recursos de US\$ 24 000 millones, la más favorable que haya tenido la Región en un decenio. Igualmente favorable fue la reducción del porcentaje de exportaciones necesarias para el servicio de la deuda externa—19%—, que también fue la menor cifra registrada en un decenio.

Sin embargo, en 1992, el nivel decreciente del ingreso familiar en los años ochenta dejó casi 60 millones de personas pobres más que en 1981. El lento ritmo de recuperación y la tasa de crecimiento demográfico se unieron para limitar las futuras perspectivas de rápida mejora del nivel de vida. Asimismo, la distribución del crecimiento restaurado distó de ser equitativa, e importantes grupos de población y regiones dentro de los países siguieron excluidos de la recuperación.

El perfil de la mortalidad y la morbilidad mostró durante el año una prevalencia de las enfermedades tradicionales de los países en desarrollo, a la vez que coexistían con las de la modernidad. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas siguieron ocasionando de 30 a 40% de todas las defunciones infantiles. Si bien las enfermedades transmisibles como la malaria y el dengue predominaron menos que en el pasado como causas de mortalidad, la Región vio un aumento de la incidencia de ambas. Al mismo tiempo, las enfermedades tradicionales pasaron cada vez más a un segundo plano, con el aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la violencia y el SIDA.

De 130 millones a 140 millones de habitantes de las Américas carecen de acceso permanente a servicios de salud; entre ellos hay 90 millones de niños y de mujeres en edad de procrear. Es importante reconocer que entre las cinco causas principales de defunción de las mujeres

en edad de procrear están las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. Hoy en día, hay también 130 millones de personas que carecen de acceso a agua potable. Unos 220 millones de personas no tienen instalaciones adecuadas de saneamiento y escasamente 10% del volumen total de aguas servidas se trata antes de su evacuación en los ríos y mares de la Región. Hasta que disminuyan esas estadísticas, centenares de miles de habitantes de la Región morirán innecesariamente.

Quizá los cambios más favorables de 1992 tuvieron lugar fuera del sector salud. Durante un decenio, la OPS y la OMS han sostenido enérgicamente que no se presta suficiente atención a las consecuencias sociales y humanas del proceso de ajuste. Estos argumentos fueron expuestos en las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud de 1986 sobre la acción intersectorial en pro de la salud. También fueron examinados en varios estudios de la OPS/OMS sobre las consecuencias de la crisis económica y del ajuste para la salud y para la salud y el desarrollo, y al parecer en 1992 tuvieron defensores en otros sectores. Obviamente, los beneficios del desarrollo económico y de la modernización de las economías regionales exigen tiempo para materializarse. El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial expresaron la opinión de que, a menos que se encontraran respuestas más directas a las necesidades sociales y a las desigualdades en salud, educación y vivienda, muchas sociedades democráticas tal vez no podrían mantener su cohesión social por el tiempo necesario para beneficiarse.

Varias innovaciones se destacan claramente en el sector salud en 1992. Primero, pese a la crisis económica, política y financiera, la Organización se mantuvo firme en su compromiso de erradicar la poliomielitis de las Américas. En septiembre, en la XXXVI Reunión del Consejo Directivo, la Organización anunció el primer período de 12 meses exento de casos confirmados de poliomielitis en cualquier región del mundo; al finalizar el año se había alcanzado la marca de 15 meses. La capacidad del sector salud para lograr importantes resultados para el bienestar de la humanidad se puede determinar sa-

biendo que ningún niño de las Américas tendrá que enfrentar la muerte, la parálisis o una vida de discapacidad por poliomielitis.

Segundo, pese a las drásticas reducciones de sus presupuestos ordinarios, los ministerios lograron controlar la epidemia de cólera, en estrecha cooperación con la Organización. El número de casos de cólera a fines de diciembre era de 353 810, pero la tasa de mortalidad se mantuvo por debajo de 1%. La Organización se enorgullece de haber ayudado a coordinar la respuesta nacional, subregional y regional. En muchos países se unieron las instituciones públicas y privadas de una forma sin precedentes. La mayor conciencia nacional resultante y las actividades de emergencia realizadas ulteriormente para desinfectar los sistemas de abastecimiento de agua, mejorar la higiene básica y vigilar la manipulación de los alimentos no solo mantuvieron el cólera a raya, sino que redujeron casi en 30% todas las defunciones por enfermedades diarreicas.

Tercero, la Organización respondió también a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo con un enfoque revitalizado de la interrelación del ambiente con la salud. Un ejemplo de ello fue la reunión pionera de todos los ministros centroamericanos del medio ambiente y de salud a fin de ponerse de acuerdo en relación con los planes nacionales para cumplir con lo dispuesto en las resoluciones de la Conferencia. Además, la Segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Madrid en 1992, respaldó la propuesta de la Organización de que se hiciera una cuantiosa reinversión en infraestructura de servicios de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, así como para la mejora institucional y de los procesos de gestión. La propuesta de un Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud es un faro que ayudará a guiar a los países, las instituciones de financiamiento del desarrollo y los organismos de cooperación en la lucha por subsanar la falta de acceso a servicios de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, que ocasiona la miseria y, a veces, la muerte de millones de habitantes de la Región.

Cuarto, hubo adelantos, más evidentes en algunos países que en otros, en el proceso de

vinculación de la democracia, la descentralización y la participación de la comunidad. Los sistemas locales de salud se convirtieron en una forma clara de juzgar el proceso de cambio en la vida política e institucional de la Región. Varios países demostraron el profundo compromiso de hacer funcionar la democracia en la comunidad con su decisión no solo de adoptar el concepto de los sistemas locales de salud en el sector salud, sino también de hacerlo parte de la descentralización del sector público.

Por último, la salud siguió sirviendo de puente para la paz en 1992. En El Salvador, el Acuerdo de Paz de Chapultepec (México) llevó a todos los partidos a solicitar la búsqueda de formas de prestar servicios básicos a las fuerzas militares desmovilizadas bajo la protección de las Naciones Unidas. La Organización atendió ese pedido con el establecimiento, el manejo y la prestación de servicios básicos de salud a las fuerzas que depusieron las armas y a las personas

a su cargo, con apoyo financiero de la comunidad internacional.

En Haití, la Organización respondió también a la crisis humanitaria dentro del marco de las resoluciones de la OEA y la ONU, ayudando a las organizaciones no gubernamentales a prestar servicios básicos de salud a la población. Una vez más la comunidad internacional empleó a la Organización como agente coordinador del diseño y de la prestación de esos servicios de salud.

En resumen, 1992 demostró ser un año en que se lograron adelantos a lo largo del camino trazado por los Cuerpos Directivos hace dos años, cuando adoptaron las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994. La Organización sigue considerando la salud como elemento integral del desarrollo sostenible equitativo y como factor contribuyente al fortalecimiento de las sociedades democráticas.

CAPITULO I

SITUACION SOCIOECONOMICA Y DE SALUD

DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y POLITICO

Durante 1992, y por segundo año consecutivo, la actividad económica global de América Latina y el Caribe experimentó un crecimiento. El PIB aumentó 2,4% (valor menor al 3,5% de 1991), expansión que fue mayor que el aumento de la población, y el PIB per cápita aumentó 0,5%, aunque sigue siendo menor en 7% al nivel alcanzado en 1980 (1). Continuaron las divergencias en el comportamiento de las economías. Se destaca la situación del Brasil, que influye de forma importante en el conjunto; es así que el PIB regional sin el Brasil creció 4,3%. La inflación siguió disminuyendo en los diversos países, aunque el aumento del Brasil (más de 1 100%) hizo aumentar el valor regional comparado con 1991, ya que el incremento medio de los precios, ponderado según la población, se redujo de 1 200% en 1989 y 1990 a 200% en 1991, para volver a aumentar en 1992 a 410%. Para fines de 1992, de los otros 21 países para los cuales se dispone de datos, 16 tuvieron tasas de inflación inferiores a 20%, 2 entre 20 y 50% y los otros 3 entre 50 y 70%.

El aumento del PIB no se vio reflejado en una disminución del desempleo, ya que las tasas de desocupación no mostraron cambios significativos con respecto a los años anteriores, excepto en el caso de Chile, donde hubo un descenso claro.

La deuda externa de la Región, después de haberse estancado en 1991, aumentó un 2% en 1992, alcanzando un total de US\$ 450 000 millones, y se atenuaron los indicadores del peso de la misma; así, la proporción que representan los

intereses devengados en el total de las exportaciones de bienes y servicios siguió bajando, y llegó a 20%. Esa disminución se debió principalmente a la reducción de las tasas de interés, ya que las ventas externas mostraron poco dinamismo. No obstante, los pagos siguieron absorbiendo una proporción excesiva, lo que obliga a continuar haciendo esfuerzos para su reducción.

El comercio exterior, que hasta 1991 mostraba un superávit, se volvió deficitario en términos globales y también para la mayoría de los países, debido al mayor aumento de las importaciones frente a las exportaciones; entre 1987 y 1992 las primeras se duplicaron mientras que las exportaciones aumentaron un poco menos que 50%.

Las políticas pro mercado son el fundamento de las estrategias económicas de casi todos los países de la Región. La disminución de controles burocráticos, la introducción de nuevas tecnologías, las aperturas de mercados, la promoción de exportaciones vía competitividad global, la liberación del mercado cambiario, el fin de los controles de precios, la privatización de empresas públicas (excepto en el Uruguay, donde un referéndum rechazó en diciembre de 1992 la propuesta de privatización del gobierno), el control del gasto fiscal, y el manejo prudente de la política monetaria, son los elementos claves de las nuevas políticas económicas en la Región (2).

El progreso moderado se dio en un contexto internacional con un elemento permanente: deterioro de los precios de intercambio y algunos inciertos, en especial las crecientes diferencias entre las tasas reales de interés en los merca-

dos latinoamericanos y las vigentes en el mercado estadounidense. Eso aumentó el flujo de capitales, registrándose, de la misma manera que en 1991, un ingreso de nuevos capitales, por lo general no crediticios y a corto plazo hacia la Región, del orden de US\$ 43 000 millones, concentrados en los grandes países. Para 1993 las estimaciones prevén un crecimiento del PIB de alrededor de 3,7% (2).

De un total de 28 países, 24 tuvieron tasas positivas de crecimiento económico. Sigue existiendo una diversidad de situaciones entre los países en lo que respecta a la magnitud de su crecimiento. Es así que Argentina, Chile, Panamá, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Uruguay y Venezuela tuvieron tasas entre 7 y 10%; Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana y Honduras entre 3 y 5%; Dominica, Jamaica, México y Paraguay entre 1 y 3%; Bahamas, Granada, Nicaragua, Suriname y Trinidad y Tabago menor que 1%; y Barbados, Brasil, Haití y Perú presentaron tasas negativas (1). Cuba se encuentra en una situación económica muy grave: el abastecimiento de petróleo se redujo drásticamente y de 415 rubros considerados esenciales para la producción nacional, 226 no estaban disponibles en 1992; su comercio con Europa Oriental ha disminuido en un 85% (3). Canadá y los Estados Unidos de América, que tuvieron problemas para retomar una senda de crecimiento económico sostenido, crecieron 1,5 y 3,2%, respectivamente, aunque mantuvieron sus niveles de desempleo en 10 y 7% (4). Debe destacarse que el nivel de desarrollo económico y social del Canadá lo ha llevado a ser el país del mundo con el mejor índice de desarrollo humano en 1992.

Durante 1992 siguieron profundizándose los procesos de integración de mercados. Los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) han reducido sustancialmente las barreras tarifarias; en el Pacto Andino se ha creado un nuevo acuerdo; Colombia y Venezuela han establecido una unión aduanera como primer paso para una unidad económica en el futuro; México está discutiendo acuerdos de libre comercio con Colombia, Chile y Venezuela, así

como facilidades de libre comercio a los países de Centroamérica; a su vez estos últimos están revitalizando el mercado subregional. Los países de habla inglesa del Caribe, reunidos en la Comunidad del Caribe (CARICOM), consideran una reducción sustancial de las barreras comerciales; los protocolos del Acuerdo Norteamericano de Libre Comercio (NAFTA) entre Canadá, Estados Unidos y México, preparados en 1991, fueron firmados en 1992 y posiblemente sean ratificados por los congresos respectivos en 1993. Una de las consecuencias evidentes de esos procesos de integración ha sido el aumento notorio del comercio intrarregional: en 1991 el comercio en el MERCOSUR aumentó 18%, en el Pacto Andino 33%, y en el NAFTA 10%, y en 1992 el comercio entre Argentina y Brasil creció 30%, sobrepasando los US\$ 4 000 millones, mientras que entre Colombia y Venezuela llegó a cerca de US\$ 1 000 millones.

Otros elementos importantes de las políticas económicas han sido la compresión extraordinaria del gasto público, del consumo y de la inversión social. Por otro lado, aún son pocos los países cuyo presupuesto fiscal puede considerarse estructuralmente equilibrado, en el sentido de que sus ingresos corrientes se encuentren sólidamente respaldados por una base tributaria estable, y sean consistentes con un nivel de gasto corriente adecuado a los requerimientos de un funcionamiento normal de la administración pública y de la prestación de servicios sociales básicos, y con los márgenes de inversión pública requeridos para recomponer y desarrollar la infraestructura necesaria para el crecimiento económico y el mejoramiento social.

Muchos de los elementos de la política económica habían sido aplicados anteriormente, pero nunca antes había existido un consenso tan amplio en favor de una dirección sistemática hacia el liberalismo económico.

Aunque los lentos progresos en las reformas políticas dejan dudas sobre la estabilidad del proceso de cambio, los beneficios del crecimiento han sido regresivos en comparación con 1980. Las remuneraciones medias reales estuvieron en 1992 muy por debajo del nivel (92,7%) alcanzado por el PIB per cápita en 1980 (5).

Políticamente los hechos más destacados del año fueron la destitución del presidente en el Brasil; el acuerdo logrado entre el gobierno y la guerrilla en El Salvador, que puso fin a un conflicto de más de 10 años que produjo decenas de miles de muertos; los intentos de golpe militar en Venezuela; una situación política interna de fragilidad e inseguridad bastante acentuada en el Perú, en donde hubo crisis de poderes y se disolvió el parlamento; y la crisis (que sigue sin resolverse) que se suscitó en Haití después del golpe militar que derrocó al presidente electo en 1991. En los Estados Unidos, el Partido Demócrata ganó las elecciones y volvió al poder después de 12 años.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Los censos de población siempre producen una serie de datos que dan lugar a cambios, no solo en la estimación del volumen de determinados grupos, sino también de las teorías e hipótesis que avalaban las estimaciones preexistentes. Los realizados en lo que va de la década de los noventa en América Latina y el Caribe han confirmado las estimaciones sobre la reducción importante de la fecundidad provenientes de algunas encuestas, especialmente las encuestas demográficas y de salud (DHS) (6-10). En efecto, la fecundidad ha disminuido más de lo que preveían las proyecciones, dando lugar a nuevas estimaciones de población que están por debajo de las que se venían utilizando.

Según las últimas estimaciones de las Naciones Unidas (11), la población de las Américas para 1992 era de 740 millones (13,5% de la población mundial). A América Latina y el Caribe corresponden 457,7 millones (61,8%), y 282,7 millones a América del Norte (38,2%). Dentro de América Latina y el Caribe, 34,6 millones pertenecen al Caribe, 118,6 millones a América Central y México, y 304,5 millones a América del Sur. Con respecto a 1991 los valores anteriores representan tasas de crecimiento de 1,6% para toda la Región, de 1,8% para América Latina y el Caribe y de 1,4% para América del Norte. La subregión de mayor crecimiento es

Centroamérica y México con 2,2%, le sigue América del Sur con 1,7% y después el Caribe con 1,4%.

A comienzos de la segunda mitad de este siglo, con claros descensos en la mortalidad, con una tasa de fecundidad global de 5,9 hijos por mujer para América Latina y con tasas de natalidad superiores a 50 por 1 000, el aumento de la población fue notorio, así como también los temores de una explosión demográfica sin precedentes. La fecundidad y más lentamente la natalidad comenzó a descender a partir de los años sesenta, cuando su valor se aproximaba a seis hijos por mujer, para llegar a un valor que para los principios de la década de los noventa podría estar por debajo de tres, una vez que se ajusten los resultados de los censos. Este descenso se ha dado en todos los países, en especial en aquellos que tenían una fecundidad más alta. Esa disminución en la fecundidad, que no había podido reflejarse en el volumen global de nacimientos, debido a la baja de la mortalidad en los primeros años de vida y el consiguiente aumento de la población en edad de reproducción, ya ha comenzado a repercutir en el número de nacimientos. Las nuevas estimaciones de las Naciones Unidas de 1992 se refieren a 11,9 millones de nacimientos para 1990-1995 en comparación con 13 millones estimados en 1988 para el mismo período. La tendencia histórica al número creciente de nacimientos en América Latina ha terminado.

Durante la década de los ochenta resurgió en América Latina y el Caribe la migración internacional como un fenómeno demográfico importante, y ese proceso sigue adelante durante la década de los noventa. Pero mientras que anteriormente el fenómeno se presentaba en términos de recepción de corrientes migratorias provenientes de otras regiones del mundo, en especial de Europa, en la actualidad la Región es expulsora de población. Los centros de atracción son, en orden de importancia, los Estados Unidos, Europa y Australia, destacándose el primer país en términos del volumen recibido. Las políticas y percepciones de los gobiernos y de la población latinoamericana con respecto a la migración internacional son bastante distin-

tas de lo que sucede en otras regiones (12): es así que aunque se considera como poco importante, la emigración comienza a tener impacto. El estancamiento económico y la inestabilidad política han creado condiciones en las cuales es poco atractivo el asentamiento permanente de la población y por ello esta busca alternativas, especialmente mediante la emigración. Esta emigración tiene en estos momentos características distintas según las subregiones. El Cono Sur diversifica sus corrientes emigratorias entre Europa y los Estados Unidos, mientras que Centroamérica y México se vuelcan casi exclusivamente hacia los Estados Unidos; en los países del Caribe la situación es más complicada, ya que dependiendo del país, de su historia y de su idioma, sus posibilidades cambian. Durante 1992, Haití, con su doble movimiento de repatriación forzada desde la República Dominicana y los intentos de emigración hacia los Estados Unidos después del golpe de Estado, y El Salvador, con la repatriación después de concluir la guerra civil, fueron los países en los que más se destacó el tema migratorio, aunque por razones distintas. Al mismo tiempo que ocurren movimientos emigratorios importantes en la Región, también se da el proceso inverso, ya que es hacia Canadá y Estados Unidos donde se dirigen los emigrantes de todo el mundo, pero en especial los de América Latina y el Caribe. Para fines de los años ochenta y comienzos de los noventa la estimación del número anual de inmigrantes admitidos oficialmente en esos países fue de 600 000 y 125 000, respectivamente (12); debe destacarse que un porcentaje importante de estos, 18%, fue admitido en calidad de refugiado. Cabe señalar que debido al mejoramiento de la situación política en la Región la categoría de refugiado ha descendido considerablemente como causa de emigración.

La urbanización es uno de los elementos distintivos del comportamiento demográfico en América Latina en las últimas décadas, y que en los últimos años, al haber sido acompañada de la crisis económica, ha tenido un fuerte impacto en la salud. Entre 1975 y 1990 se agregaron 123 millones de habitantes a las áreas urbanas, 44 millones de ellos durante el período

1985-1990. A pesar de la disminución del crecimiento de la población en los últimos años, de 1990 al 2000, las estimaciones prevén un aumento de 91 millones en las urbes, siendo este crecimiento superior al aumento total de la población, lo cual indica que se espera una disminución de las poblaciones rurales.

Con respecto a la mortalidad, aunque son pocos los datos existentes para 1992, los que existen para 1990 o después permiten afirmar que sigue la tendencia al descenso generalizado en los países. Incluso se puede poner en tela de juicio la afirmación de que la velocidad de descenso de la tasa de mortalidad infantil se había reducido en América Latina y el Caribe en la década de los ochenta y comienzos de los noventa. Mientras que la disminución entre 1965-1970 y 1975-1980 fue de 91 a 70 por 1 000 nacidos vivos (23%), entre 1975-1980 y 1985-1990 fue de 70 a 53 (24%). La estimación de una tasa de mortalidad infantil de 47 por 1 000 nacidos vivos para 1990-1995 es consistente con la tendencia observada anteriormente. Las estimaciones anteriores de las Naciones Unidas (11), una vez que se integren y ajusten con los resultados de los últimos censos y los provenientes de las encuestas, en especial de las demográficas y de salud, podrían ser menores todavía. Por ejemplo, mientras que la estimación de las Naciones Unidas plantea un valor de 88 para la tasa de mortalidad infantil del Perú en 1985-1990, la encuesta demográfica y de salud familiar 1991-1992 (8) encontró que de cada 1 000 niños que nacieron en el Perú durante 1987-1991, 55 murieron durante el primer año de vida, en comparación con 73 en 1982-1986, lo que significa una reducción del 25%; la reducción en la mortalidad de niños de 1 a 4 años habría sido mayor. De la misma manera, para la República Dominicana, mientras que la última estimación de la tasa de mortalidad infantil de las Naciones Unidas para el período 1985-1990 era de 65, los resultados de la encuesta demográfica y de salud de 1991 (7) proponen un valor de 43, siendo también las ganancias en el grupo de 1 a 4 años proporcionalmente más importantes. Para el Nordeste del Brasil (42 millones de habitantes), la tasa de mortalidad infantil habría descendido

de 125 por 1 000 en 1986 a 75 en 1991 (6). A pesar de no tener estimaciones de la tasa de mortalidad infantil de Nicaragua, se podría afirmar que también debe haber descendido, vista la disminución notoria entre 1990 y 1991 del número de muertes infantiles registradas. Por último, Cuba bajó la mortalidad infantil en 1992, pasando de un valor de 10,7 en 1991, a 10,2 en 1992 (13). Debe destacarse que esta baja se dio en medio de una grave crisis, con repercusiones negativas para algunos aspectos de la salud de la población, como se verá más adelante. En los Estados Unidos las estimaciones preliminares para 1992 arrojan valores de 8,5 por 1 000 para la tasa de mortalidad infantil (8,9 en 1991) y una tasa de mortalidad general sin cambios entre los dos años de 8,5 por 1 000 habitantes (14).

SITUACION DE SALUD

Una de las preguntas más inquietantes de los últimos años, y en especial de 1991 y 1992, ha sido: ¿Ha mejorado o ha empeorado la situación de salud en la Región? Además de ser embarazosa la pregunta, también lo es cualquier respuesta que se le quiera dar. Las definiciones de salud existentes, entre ellas la de la OMS, no se prestan a mediciones simples que permitan dar respuestas afirmativas o negativas, en especial cuando se quieren hacer comparaciones a corto plazo. Cualquiera que sea el contenido operativo que se le dé al concepto de salud, este va a comprender muchas variables y no una sola. Esto significa que si se quiere hacer una evaluación comparativa es posible que —como está sucediendo en estos momentos en la Región— algunas variables muestren valores que expresen mejoría en el aspecto que están midiendo, mientras que otras variables presenten valores compatibles con un deterioro, y el resto, tan pocos cambios que se pueden considerar como una estabilidad del aspecto que las variables están midiendo. En esas condiciones es claro que no se puede dar una respuesta única a la pregunta inicial, principalmente porque no se trata en realidad de una sola pregunta, sino de muchas, tantas como variables se incluyan en el

concepto de salud. En realidad, son varios los ejes de comprensión de ese concepto y no uno solo, y por lo tanto es imposible dar una respuesta, salvo casos excepcionales como aquellos en los cuales todas las variables, simultáneamente, muestren valores compatibles con la mejoría o deterioro de todos y cada uno de los aspectos que están midiendo las diversas variables. Si se acepta el concepto multidimensional de salud, entonces lo que se tiene que aceptar, al mismo tiempo, es que las diversas variables pueden tener comportamientos disímiles a lo largo del tiempo o en algunos períodos.

Todo lo anterior sirve de introducción al intento de hacer una apreciación general sobre lo que está ocurriendo en forma global en cuanto a la salud en la Región en estos últimos años. Frente a la pregunta general que aparecía al principio, no hay respuesta negativa ni positiva. Para algunos de los componentes de ese fenómeno multivariado que es la salud se puede afirmar que hubo mejoría, mientras que para otros hubo deterioro. Es así que, como se vio anteriormente, la tasa de mortalidad infantil, el indicador más utilizado para representar a toda la mortalidad, bajó en la mayoría de los países, incluso puede que más de lo previsto. También habrían bajado las tasas en otros grupos de edad, con la excepción, en algunos países, de los grupos de hombres jóvenes por el aumento de la mortalidad por accidentes y violencias, en especial homicidios en las grandes ciudades.

La morbilidad presenta aspectos diversos: se mantiene la malaria; comienza un ascenso de la tuberculosis después de décadas de disminución; la poliomieltis está a punto de ser erradicada; disminuyen los brotes importantes de sarampión; sigue la epidemia de cólera, con casos en más países en 1992 que en 1991, pero con un total de casos menor y una letalidad inferior; disminuyen en varios países las enfermedades entéricas y en especial hay una menor letalidad por enfermedades diarreicas infantiles; sigue la pandemia de SIDA, con un aumento en la estimación del posible número de infectados; los tumores malignos siguen aumentando en importancia, especialmente en países con población de edad más avanzada; disminuye la inci-

dencia de las enfermedades de origen animal, tanto en los seres humanos como en los animales; aumentan algunas enfermedades de transmisión sexual; se mantienen algunas deficiencias nutricionales y, al mismo tiempo, disminuyen las infecciones causadas por inadecuada manipulación o preparación de alimentos, a causa de las medidas tomadas debido a la epidemia de cólera. Aumentan las coberturas de algunos programas de salud materno-infantil, en especial las vacunaciones, aunque algunos países tienen problemas financieros para integrar los costos de las vacunas en sus presupuestos ordinarios. Con respecto a las deficiencias nutricionales, en América Latina y el Caribe el número estimado de desnutridos crónicamente (personas cuyo aporte diario de energía alimentaria durante un año es en promedio menor del necesario), después de haber descendido de 19% del total de la población en 1969-1971 a 13% en 1979-1981, se mantuvo en 13% durante la década de los ochenta (15).

Una dimensión del panorama de la salud que está recibiendo cada vez más atención es la relativa a las desigualdades entre grupos de la población, tanto en lo que se refiere a las condiciones de vida de los mismos como elemento indispensable del fenómeno salud, como a las grandes diferencias en las actividades, bienes y servicios de atención médica recibidos por diversos grupos de población. Los intentos de desarrollar proyectos focalizados y los fondos especiales que están apareciendo son algunas de las respuestas a ese problema, que en la mayoría de los países se vuelve cada vez más agudo.

La epidemia de cólera comenzó en enero de 1991 en el Perú, para después propagarse a otros países, llegando en ese año a estar presente en 15 países de las Américas, con un total de casi 400 000 casos y 4 000 defunciones, con una tasa de letalidad del 1%. En 1992 se mantuvo en los mismos países, agregándose otros cinco, aunque comparado con 1991 hubo una disminución del número total de casos (354 000), de defunciones (2 400) y de la tasa de letalidad (0,6%). A comienzos de 1993 se presentaron los primeros casos en el Paraguay. En estos momentos todos los países de las Américas están infectados por cólera, con excepción del Uruguay y de las islas del Caribe.

La mayoría de los casos (95%) de 1992 se registró en Perú (60%), Ecuador, Brasil, Bolivia, Guatemala y Colombia. Perú y Ecuador siguieron siendo los países más afectados, con tasas de 952 y 304 casos por 100 000 habitantes, respectivamente, seguidos por Bolivia con 296 por 100 000. Los países muy afectados notificaron la enfermedad en todos sus departamentos o provincias, y determinadas zonas, como Lima y Guayaquil, sufrieron brotes fuertes o prolongados. En muchos países, las zonas rurales resultaron tan afectadas como las urbanas, y en Venezuela 35% de los casos ocurrió en poblaciones indígenas. Si bien el número de casos y las zonas afectadas fue alto en 1992, hubo indicios claros de que disminuyó el ritmo de propagación de la enfermedad, especialmente en la segunda mitad del año, gracias a las medidas de prevención, notificación y control, y a la actitud receptiva y temerosa de la población de las zonas más afectadas, en especial en lo que se refiere al consumo de bebidas y alimentos en las ventas callejeras, así como al mejor tratamiento en la manipulación de los alimentos en la casa, en particular las verduras frescas.

Las enfermedades infecciosas intestinales, especialmente la mortalidad por enfermedades diarreicas, vienen en descenso en los últimos años en todos los países de la Región (16). Debido a la epidemia de cólera esa tendencia se ha acentuado, aunque se hace difícil separar lo que es una tendencia secular de lo que podría ser un impacto directo, derivado de las medidas higiénicas, sanitarias, de servicios (especialmente tratamiento oportuno y terapia de rehidratación oral) y de conductas de la población, en especial la higiene de los alimentos y del agua. En todo caso lo que sí se puede afirmar es que en varios países de los que se dispone información para 1991 y 1992, la mortalidad por enfermedades diarreicas declinó sustantivamente en los dos últimos años. Asimismo, en otros países, con baja mortalidad por enfermedades diarreicas previamente a la epidemia de cólera, disminuyeron las enfermedades entéricas, por la misma razón que bajaron en los otros las enfermedades diarreicas. En cuanto a la mortalidad por esas últimas enfermedades, en Vene-

zuela, de 2 538 defunciones en 1990, se pasó a 1 674 en 1991 y a 1 210 en 1992, lo que representa una disminución de 48% en dos años; en Guatemala la mortalidad registrada por infecciones intestinales pasó de 1,11 por 1 000 habitantes en 1990 a 0,77 en 1991, para una reducción de 33% en un año; en Nicaragua, el número de muertes registradas en los menores de 1 año por infecciones intestinales pasó de 1 658 en 1990 a 847 en 1991, y en todas las edades, de 2 101 a 1 196, o sea casi 50% de descenso; en el Perú, todavía sin datos oficiales de mortalidad por causa, se puede inferir una gran disminución, tanto por datos parciales recibidos, como por los propios datos de la encuesta demográfica y de salud familiar mencionada anteriormente y que hacen referencia a la gran baja de la mortalidad infantil en los últimos años (8). Incluso países sin cólera, como Cuba y Jamaica, registraron descensos francos de mortalidad por enfermedades diarreicas en 1992. Con respecto a morbilidad, Panamá, que de 1986 a 1990 notificó aumentos de episodios de enfermedades diarreicas, registró bajas en 1991 y 1992; en Colombia se redujeron las enfermedades gastrointestinales; en Honduras disminuyeron los casos notificados de enfermedades diarreicas; en México la notificación de las enfermedades diarreicas disminuyó de 3,2 millones en 1991 a 2,5 millones en 1992; en Chile, donde las enfermedades infecciosas intestinales se mantuvieron endémicas hasta 1990 (lo que se reflejó en las tendencias de la fiebre tifoidea y la hepatitis A), después del comienzo de la emergencia del cólera, con la implantación de las medidas de prevención y control, institucionales y en la población, que son comunes para todas las enfermedades entéricas, se produjo un impacto en esas dos enfermedades, reduciéndose las tasas de fiebre tifoidea en 73,5%, y la de hepatitis A en 50%, entre 1991 y 1992; en Costa Rica los casos de hepatitis A fueron 2 514 en 1990, 1 265 en 1991 y 626 en 1992; en Panamá hasta fines de agosto de 1992, el número de casos de hepatitis A se había reducido un tercio en comparación con 1991; en el Uruguay, sin cólera, la hepatitis A, después de aumentar de 3 000 casos en 1989 a 4 500 en 1990, bajó a 1 500 en 1991 y a 600 en 1992 en la ciudad de Montevideo (17).

Gracias en gran parte a los esfuerzos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la poliomiélitis está a punto de ser erradicada de las Américas. Por primera vez en la historia del continente americano ha transcurrido un año completo sin que se haya notificado un solo caso de poliomiélitis causada por el poliovirus salvaje, ya que el último caso confirmado es de agosto de 1991. El logro de esta meta es el resultado del arduo trabajo del personal de salud en los diversos países. A pesar del éxito logrado hasta la fecha, todavía se necesitan mayores esfuerzos en la fase final, que es la más difícil para erradicar permanentemente la poliomiélitis. También se han logrado avances en cuanto a otras enfermedades prevenibles mediante vacunación. Es así que se han obtenido resultados extraordinarios en la campaña contra el sarampión en Canadá, Cuba y los países de habla inglesa del Caribe; el Brasil realizó la mayor campaña de vacunación, vacunando a 50 millones de niños menores de 15 años, mientras que en Chile se vacunaron a 4 millones del mismo grupo de edad. En México, después de la gran epidemia que llegó a registrar 84 000 casos en 1990, bajó a poco más de 5 000 en 1991 y a solo 734 casos en 1992. En algunos países todavía se presenta una situación delicada con respecto al sarampión; por ejemplo, en Bolivia se registró en 1992 la mayor tasa de los últimos años, con 64 casos por 100 000 habitantes; también aumentó en el Ecuador; en Haití, debido a la situación política que ha imposibilitado llevar a cabo las diversas fases del PAI, la epidemia de sarampión se extendió a todo el país. Gracias a la vacunación materna con el toxoide tetánico, la incidencia del tétanos neonatal ha disminuido y la mayoría de los 478 municipios de América Latina identificados como de alto riesgo en 1988-1989 están ya exentos de la enfermedad.

Después de haber sido durante mucho tiempo una de las enfermedades más importantes, la tuberculosis comenzó una gran declinación en la primera mitad de este siglo, tanto en mortalidad como en infección, en especial en los países más adelantados. En los años cincuenta la introducción de los antibióticos fortaleció esa tendencia y permitió grandes avances en los

países más pobres. Además, tanto en el campo de la investigación como en el de los servicios (se cerraron gran cantidad de hospitales exclusivamente dedicados a esa enfermedad), se declaró una victoria anticipada. A mediados de los años ochenta la frecuencia de las infecciones, casos y muertes comenzaron a ascender en todo el mundo. La OMS (18) estima que 1 700 millones de personas, una tercera parte de la población mundial, están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, siendo la mayoría de ellas solo portadoras. Para 1992 se estima en 8,4 millones el número anual de nuevos casos (de los cuales 96% corresponden a países en desarrollo), y el número de defunciones, en poco más de 3 millones. La tuberculosis es la enfermedad, causada por un solo agente, que aporta más muertes. Las tasas más altas se presentan en grupos jóvenes de alrededor de 30 años. Según las discusiones de una conferencia realizada en abril de 1993 (19), la explicación principal de este resurgimiento radica en dos hechos: el primero es la resistencia a múltiples drogas y el segundo es que al debilitarse el sistema inmunitario por el VIH, causante del SIDA, la infección se produce con más facilidad. Ambos hechos hacen que el problema de la tuberculosis vuelva a la época en que no existían los antibióticos. En los Estados Unidos, donde se estima que actualmente hay 15 millones de personas infectadas, después de reducirse el número de casos por varias décadas, a partir de 1985 comenzó a aumentar, y 36 estados han notificado casos de tuberculosis resistentes a múltiples drogas. En Nueva York la tercera parte de los casos de tuberculosis demostraron resistencia a una o más drogas, y es la principal causa de muerte de las personas con SIDA, habiéndose encontrado que más del 20% de los pacientes fallan en completar la terapia completa de drogas (20). A diferencia de otros tiempos en que la tuberculosis no reconocía diferencias sociales, la situación actual es de gran concentración en los grupos más desprotegidos, donde el deterioro de las condiciones de vida y las diversas complicaciones que se derivan de los sistemas de tratamiento hacen que la transmisión sea más fácil, en especial de las cepas más resistentes. En Panamá, después de la gran disminución de

1978 a 1984, el número de casos aumentó de 1985 a 1992, pasando de una tasa de 18 a 33 por 100 000 habitantes, mientras que las tasas de mortalidad y letalidad se redujeron; en Bolivia se duplicó, pasando de una tasa de 77 a 150 por 100 000 en 1982-1992; en el Brasil se registró una reducción permanente de 1982 a 1991, pasando de una tasa de 63 a 36 por 100 000; en el Perú se mantiene alta, con una tasa de 110 por 100 000; en el Ecuador la incidencia tiende al ascenso, con una tasa actual de 52 por 100 000, mientras que la tasa de mortalidad disminuye; en Venezuela la tasa de incidencia ha permanecido constante en los últimos años, con un valor de alrededor de 25 por 100 000; en México la notificación se ha mantenido constante en los últimos años, con poco más de 15 000 casos, y se estima que 10% de los casos están asociados con el SIDA.

Del total de 720 millones de habitantes en la Región de las Américas en 1991, 39% vivía en zonas con situación ecológica propicia para la transmisión de la malaria. En 1991 se notificó un total de 1 148 000 casos confirmados parasitológicamente, lo que significa un aumento de la morbilidad con respecto a 1990, ya que la tasa, en las zonas expuestas a la malaria, habría subido de 375 casos por 100 000 habitantes en 1990 a 409 en 1991. Lo anterior expresa el deterioro creciente en la situación epidemiológica de la malaria, ya que el valor para 1974 era de 134 por 100 000 habitantes. El índice parasitario anual (IPA) en 20 de los países con programas activos fue de 1,73 por 1 000 habitantes en 1991. En países u otras unidades políticas sin evidencia de transmisión, en donde viven 106 millones de personas, se notificaron 1 144 casos de malaria, la mayoría de ellos importados. En los 21 países con evidencia de transmisión malarica viven 199 millones de personas potencialmente expuestas. La estabilidad de la cifra máxima registrada, alrededor de un millón de casos en los últimos años, presenta algunos interrogantes que los programas de prevención y control de la malaria están considerando al analizar y revisar la estrategia para su integración a los servicios locales de salud. Existe información de países que permite sugerir que la capacidad de los programas de control de la malaria ha alcanzado

su límite operativo para hacer el diagnóstico parasitológico, no consiguiendo sobrepasar las condiciones actuales de infraestructura (recursos materiales y humanos) que permita la cobertura completa de las zonas infectadas. La gran concentración de casos diagnosticados de malaria en 1991 está en el Brasil, seguido del Area Andina, Centroamérica, Panamá y Belice. El riesgo más elevado, expresado por el IPA, pertenece a Guayana Francesa, Guyana y Suriname, con un IPA de 41 por 1 000 habitantes, seguido del Brasil con 8,5. El área del Caribe, esencialmente Haití, es la que tiene una distribución más concentrada de la especie *Plasmodium falciparum*, que ofrece un mayor riesgo de causar la muerte, seguido de Guayana Francesa, Guyana, Suriname y Brasil. Del total de infecciones por *P. falciparum* (370 384), 59% se registraron en el Brasil, que aporta 46,5% del total de casos de todas las especies notificadas (21). Es de destacar el progreso realizado por los científicos colombianos que desarrollaron una vacuna contra la malaria y cuyos resultados experimentales han demostrado su efectividad, especialmente contra la infección por *P. falciparum* (22).

Se sigue manteniendo la epidemia del dengue. En Colombia se ha vuelto endémico después de que el país fuera declarado exento de *Aedes aegypti* en 1967. Entre 1990 y 1992 los casos de dengue hemorrágico aumentaron de 31 a 493, y los de dengue clásico se estiman en 18 000, sin confirmación de laboratorio; en Bolivia, a partir de la reinfestación de Santa Cruz, se mantiene la importancia del problema, con riesgos de dengue hemorrágico; en el Brasil, según datos de los primeros ocho meses del año, habría disminuido en forma notoria el número de casos de 96 000 en 1991 a 31 000 en 1992; en Nicaragua se registró un brote epidémico.

El número de personas infectadas por el VIH en las Américas se estima en 2,5 millones. Hacia fines de 1992, los 46 países y otras unidades políticas de las Américas habían notificado unos 313 100 casos de SIDA a la OMS (de los cuales 242 150 ocurrieron en los Estados Unidos, 31 400 en el Brasil y 11 050 en México), de los 612 000 casos a nivel mundial. Del total de las Américas ha muerto un número acumulado

superior a los 180 000. En el período 1987-1991, el mayor aumento de las tasas de incidencia anual se registró en los países del Istmo Centroamericano y del Cono Sur, con un incremento de alrededor de 300% entre esos años; a estas subregiones le siguen el Brasil y el Area Andina, con 200% y 150%, respectivamente. Los aumentos más importantes se registraron en los países donde la epidemia se introdujo más tardíamente y donde aún cabe esperar un incremento mayor en los próximos años. En América del Norte 57% de los casos son por transmisión entre hombres homosexuales o bisexuales y más de una cuarta parte por hombres que usan drogas. En el Caribe no latino casi 80% de los casos se producen por transmisión heterosexual, aumentando por lo tanto el porcentaje de transmisión de madre a hijo. En América Latina la proporción de casos transmitidos entre hombres homosexuales y bisexuales varía de un 14% en el Caribe latino a un 68% en el Area Andina. La transmisión heterosexual está aumentando, y ha llegado a 75% en el Caribe latino, a 30% en el Area Andina y a más de 20% en Brasil y México. Se estima que entre 200 000 y 300 000 mujeres están actualmente infectadas por el VIH, de las cuales 150 000 por lo menos viven en América Latina y el Caribe. Como claro ejemplo de la creciente importancia de la infección en mujeres se puede señalar que en Centroamérica en los últimos cinco años ha aumentado 40 veces el número de casos de SIDA en mujeres. Se estima que para 1995 habrán ocurrido aproximadamente 70 000 casos de SIDA en el Caribe y unos 450 000 en América Latina (23).

Dado el potencial de la lepra para producir graves discapacidades y el estigma social asociado con ella, esta enfermedad constituye un problema de salud pública más importante de lo que indican las cifras de prevalencia. Existen en la Región unos 300 000 casos de lepra, con una tasa de 4,2 casos por 10 000 habitantes. En 1991 se registraron 30 000 casos nuevos. El 80% de los casos se encuentra en el Brasil, donde también se detecta la mayoría de los casos nuevos. Colombia, México y Venezuela tienen más de 10 000 casos cada uno; el Perú informa de un aumento sustancial en 1992, con más de 10 000 casos. En

21 países la lepra se puede considerar un problema de salud pública. Actualmente, por medio del tratamiento con poliquimioterapia es posible alcanzar la eliminación (menos de 1 caso por 10 000 habitantes), pero lamentablemente su empleo ha sido más lento que en otras partes del mundo (24).

Antes de que fuera lanzado el programa regional para la eliminación de la rabia urbana había un promedio anual de 350 casos (1980-1982). Desde entonces el número de casos ha declinado; durante 1991 y 1992 se notificaron 210 y 223 casos, respectivamente. En los últimos cuatro años (1989 a 1992), solo cuatro de las ciudades capitales registraron casos de rabia y de las 414 ciudades objeto del programa solo 50 notificaron casos. A partir de 1990 se ha registrado también un descenso notorio en los casos de rabia canina: de 11 700 casos en 1990 a 5 700 en 1992. A finales de 1992, 182 de las 414 ciudades presentaban uno o más perros con rabia. Los países que todavía no han podido interrumpir el ciclo epidemiológico de rabia canina son Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Paraguay y Perú (25). Se debe destacar el aumento de 31% de casos de rabia humana en el Ecuador en 1992, especialmente en Guayaquil.

En la lucha contra la fiebre aftosa se han realizado grandes avances en los últimos años. La enfermedad se erradicó en Chile, en la frontera entre Colombia y Panamá se creó una zona exenta de fiebre aftosa, desaparecieron las epidemias en gran escala en la Región y se avanzó en el control de la enfermedad en grandes áreas. En las zonas que desarrollaron programas de control, la incidencia anual bajó de 13-20 animales afectados por 1 000 cabezas, a valores cercanos a 1 en los últimos años. La morbilidad general declinó del 2-3 a 0,5%. El Uruguay no registra ningún caso desde fines de 1991 y ha pedido ser reconocido como país exento de fiebre aftosa, con vacunación. Las áreas exentas (América del Norte, Centroamérica, el Caribe, Guayana Francesa, Guyana, Panamá y Suriname) se han mantenido (26).

La fiebre amarilla selvática todavía existe, habiéndose informado de 68 casos (con 73% de

mortalidad) en Bolivia en el período 1989-1992. La enfermedad de Chagas ha disminuido, aunque sigue presente en forma importante en Bolivia, que tiene un número estimado de 1,2 millones de casos, y el Brasil con aproximadamente 5 millones de casos. El Uruguay informó que ha sido interrumpida la transmisión de la enfermedad de Chagas a seres humanos.

A partir de los triunfos, primero contra la viruela, y en los últimos años contra la poliomielitis, se han desencadenado toda una serie de planes y programas regionales, subregionales y nacionales cuyas metas son la erradicación, eliminación o control de las más variadas infecciones. Para muchas de ellas eso va a representar grandes desafíos, especialmente por la exigencia de recursos económicos que no están fácilmente disponibles en estos momentos. Ya se comentaron previamente los éxitos obtenidos en el Caribe en cuanto a la eliminación del sarampión. También México, los países de Centroamérica y Suriname han establecido planes regionales para la eliminación de la lepra, de la deficiencia de vitamina A y de la rabia urbana (México se ha propuesto eliminar la lepra en 1993-1994, Honduras en 1997 y Suriname en el año 2000; el Uruguay está en trámites para ser declarado país exento de rabia). Asimismo, en los países de la cuenca del Plata existen planes subregionales para la erradicación de la fiebre aftosa; México se propone eliminar el tétanos neonatal, lo mismo que Perú y Honduras.

Sigue observándose el cambio del perfil epidemiológico en la Región, especialmente en términos de la mortalidad. Aumenta la importancia relativa de las causas crónicas y degenerativas, sobre todo en aquellos países en los que ya declinó en forma apreciable la mortalidad general y la fecundidad. Pero si lo anterior era previsible, dado el envejecimiento de la población, lo que parece que adquiere cada vez mayor importancia en muchos países es la mortalidad por causas externas (accidentes, homicidios, suicidios). En especial está convirtiéndose en un problema grave, pues repercute en variados aspectos de la vida cotidiana, lo relacionado con la violencia urbana y uno de sus resultados más inmediatos y notorios: los homicidios. En

Colombia los homicidios pasaron de ser la novena causa de defunción en los años sesenta al cuarto lugar en la década de los setenta y al primer lugar desde fines de los ochenta, afectando a grupos de población cada vez más jóvenes (27).

Cuba está viviendo una epidemia muy particular, pero no por ello menos grave. Se trata de la neuritis óptica detectada en 1992, y asociada a elementos tóxicos, déficit vitamínico y agentes víricos. Según los técnicos cubanos, por su severidad, afectación, forma de presentación y propagación, es distinta a las que aparecen en la bibliografía médica. Hasta el 30 de abril de 1993 se habían detectado 26 000 casos y las características en el momento de la detección eran la disminución o la pérdida de la vista y una deficiente apreciación de los colores (28).

Durante 1992 se registraron varios desastres naturales de distinta envergadura y origen que provocaron múltiples pérdidas materiales, económicas y humanas. El más grave en término de su violencia fue el huracán Andrews, que azotó varias islas del Caribe y los estados del sur de los Estados Unidos, en especial Florida y Louisiana, donde las pérdidas materiales fueron cuantiosas. En Nicaragua se registró la erupción del volcán Cerro Negro, y un maremoto causó la muerte de 105 personas y arrasó con varias poblaciones costeras. En Colombia también hubo un terremoto y erupciones volcánicas, y en Panamá se produjo en abril un terremoto en Bocas del Toro, con pérdidas humanas y materiales.

Se debe destacar la situación especial de Haití (derivada del golpe de Estado de septiembre de 1991), que vive una grave crisis política, económica y social, con un embargo comercial y un deficiente funcionamiento de las instituciones. Esto ha deteriorado la ya precaria situación del país, que presenta los peores indicadores de la Región. Hay grandes movimientos de la población, tanto sea vía emigración hacia los Estados Unidos como por el regreso forzado de grandes contingentes desde la República Dominicana. En un estudio realizado en 35 centros centinelas en 1991 y 1992 se encontró que 50% de los niños menores de 5 años presentaban

algún grado de desnutrición (17% de 2o. y 3er. grado); la seroprevalencia del SIDA se estimó en 1992 entre 5 y 10% a nivel urbano y entre 3 y 6% en las zonas rurales y semirurales; la incidencia de tuberculosis es alta y se presentaron epidemias de sarampión y rubéola. Ha bajado la cobertura del PAI en menores de 1 año y la casi paralización del Ministerio de Salud Pública y de la Población ha disminuido drásticamente las acciones de salud materno-infantil. El programa nacional de lucha contra el SIDA casi no funcionó en 1992. Básicamente son los organismos internacionales los que se han dedicado al Programa de Asistencia Humanitaria, habiendo llegado la ayuda alimentaria externa a unos 2 millones de personas. En cuanto a los servicios de salud, la situación ha hecho que sean los subsectores privado y mixto (en especial diversas organizaciones no gubernamentales) los principales proveedores de servicios a la población.

POLITICAS, PLANES, PROGRAMAS Y DESARROLLO DE SERVICIOS

En general, en América Latina y el Caribe la respuesta dada a la epidemia de cólera (aun en aquellos países en donde no ha hecho su aparición) fue el acontecimiento más importante del año en términos de los diversos bienes y servicios —atención ambulatoria, hospitalización, sales de rehidratación, sueros, inspección y control de los alimentos y del agua— prestados a la población. Dicha respuesta es la que explica, en parte, la baja letalidad global que tuvo la epidemia en comparación con 1991 y que parece seguir bajando con el correr de los meses de 1993. El pronóstico de que la enfermedad se convertiría en una endemia hizo que casi todos los países de la Región pusieran en marcha programas especiales de lucha contra el cólera. También fue la causa de la preparación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), cuya estrategia requiere de intervenciones a corto plazo en acciones de atención médica, información pública, protección de alimen-

tos y desinfección de las aguas de consumo humano, entre otras medidas, y a largo plazo, la superación del déficit de servicios de salud, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico (29).

Sigue la tendencia de los últimos años a la descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Todos los países la incluyen entre sus prioridades. Bolivia ha priorizado 11 distritos de salud; Cuba está fortaleciendo el desarrollo de los sistemas municipales de salud dentro del plan "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud en 1992-2000"; México aumentó a 136, de un total de 234, el número de jurisdicciones que operan como sistemas locales; en Nicaragua se han reemplazado las direcciones regionales y se creó un sistema local en cada una de ellas, para hacer posible la movilización de los recursos en forma integrada a ese nivel; la nueva constitución del Paraguay incluye un Sistema Nacional de Salud, en el cual los gobiernos departamentales obran como unidades descentralizadas a nivel local, y en la República Dominicana siguen aumentando las zonas de salud que se consideran como SILOS.

En los últimos años, la integración de los servicios de salud y otras áreas sociales han recibido un impulso especial, además del que se había generado mediante el desarrollo de los SILOS. Se han creado al respecto los llamados fondos de emergencia social o fondos de inversión social. Las actividades relacionadas con salud en estos proyectos, que están en funcionamiento en casi todos los países de la Región, están básicamente dirigidas a programas de alimentación complementaria y nutrición, construcción de centros o clínicas de salud periféricas y obras de agua y saneamiento básico.

En 1991 se crearon comisiones de coordinación interagencial e interinstitucional para apoyar el cumplimiento de los acuerdos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, firmada por todos los países de la Región, menos Haití. Como paso previo, en mayo de 1991 se había constituido la Comisión de Coordinación Interagencial en la que participan la OPS/OMS, el UNICEF, el FNUAP, la AID (EUA) y el BID.

En los países se crearon comisiones nacionales que elaboraron en 1992 los planes nacionales de acción para dar cumplimiento a las metas, que incluyen el control de las principales enfermedades de la niñez, la reducción a la mitad de la desnutrición y de la mortalidad materna, la disminución en un tercio de la mortalidad de menores de 5 años, la provisión de agua potable a todas las comunidades, la accesibilidad universal a los servicios e información sobre planificación familiar y educación básica para todos los niños. También como respuesta a la Cumbre Mundial, los Estados Unidos preparó el documento: "A Culture of Caring: America's Commitment to Children and Families".

Uno de los elementos que día a día adquiere mayor importancia en las políticas de los países es la promoción de la salud, la cual forma parte fundamental de los planes de varios países. El Canadá, con su estrategia nacional contra la droga, la iniciativa contra la violencia familiar, el aumento de la edad para comprar cigarrillos y la guía para una alimentación saludable, sigue siendo el país líder en la Región en esta área. La declaración adoptada por la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá en noviembre establece metas e identifica los desafíos que hay que afrontar y los caminos a seguir para lograr comportamientos saludables en la población. Uno de los instrumentos más efectivos para el desarrollo de la promoción de la salud, de importancia creciente, es el relacionado con la educación, en especial mediante el uso adecuado de los medios de comunicación. Los mensajes en la televisión, cartelones, espacios radiales y la aparición de un periodismo especializado en problemas de salud tienen, cada día más, un impacto evidente en la conciencia de los ciudadanos sobre los comportamientos y actitudes saludables. Por ejemplo, los avances logrados en la legislación sobre la propaganda publicitaria de cigarrillos y la prohibición cada vez mayor de fumar en ámbitos públicos demuestran cómo se ha reducido el consumo del cigarrillo. Esto adquiere una importancia especial en los países de América Latina donde el hábito de fumar y las consecuencias negativas para la salud siguen a niveles altos (30).

La Conferencia sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, que se realizó en Rio de Janeiro en junio de 1992, ha sido el acontecimiento que movilizó a la mayor cantidad de estadistas en la historia. Dadas las estrechas asociaciones que existen entre los fenómenos del medio ambiente y la salud, tanto sea como condicionantes para el desarrollo de recursos necesarios para la mejoría de los niveles de vida de la población como por sus consecuencias directas sobre variados problemas de salud, fue este uno de los temas de dicha conferencia y para lo cual se prepararon documentos especiales (31). La declaración final contiene un capítulo sobre protección y fomento de la salud, que incluye cinco áreas de programas: satisfacción de las necesidades de asistencia con servicios, en especial a nivel rural; lucha contra las enfermedades transmisibles; protección de grupos vulnerables; salubridad urbana; reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales.

En la Región, además de lo que tradicionalmente se considera como medio ambiente, está apareciendo con importancia algo que por sus relaciones y asociaciones está muy influenciado por los aspectos del medio ambiente: el turismo. La importancia de la industria turística ha provocado un interés creciente en la protección del ambiente, como parte vital de la atracción a los turistas. En efecto, forma parte crítica del paquete turístico el asegurar a los visitantes, en forma eficiente, oportuna y con calidad satisfactoria, ciertos servicios médicos básicos. Es un área de desarrollo nueva en la Región, en especial en los países del Caribe, inclusive en Cuba.

Después del fin de la guerra civil en Nicaragua, habiéndose solucionado el conflicto bélico en El Salvador y en discusiones avanzadas para una pacificación en Guatemala, se han creado en dichos países situaciones que involucran a millones de personas entre refugiados, repatriados, discapacitados, reubicados, movilizados, con serios desafíos para la prestación de servicios de salud para dichas personas y, por lo tanto, para la convivencia pacífica, que se están enfrentando con gran esfuerzo y motivación. En Guatemala se ha creado un Fondo para la Paz, de asistencia técnica, incluida salud, para los refugiados y

repatriados; en El Salvador, donde se estima en 1,8 millones el número de desarraigados (la tercera parte de la población), el acuerdo entre el Gobierno y la guerrilla para la pacificación del país condujo al desarrollo de un Plan de Recuperación Nacional, que incluye fuertes componentes de servicios de salud con modalidades diversas de administración, según las zonas o regiones del país; en Nicaragua la descentralización está permitiendo enfrentar problemas diferentes de los grupos de población. Un elemento crítico en estas situaciones es la prestación de servicios a los discapacitados o lesionados de los enfrentamientos armados previos.

Dada la alta mortalidad por tumores del cuello uterino y la elevada prevalencia de diabetes en varios países, en especial los de habla inglesa del Caribe, diversos países desarrollaron programas dinámicos de prevención y control para dichas enfermedades. Pero los problemas económicos derivados de las políticas de ajuste han conducido a que varios de ellos no pudieran ejecutarse o vieran frenadas sus acciones, como ha ocurrido en el Ecuador y en Trinidad y Tabago.

Los procesos de integración subregionales han trascendido los aspectos puramente económicos y comerciales. Además de los diversos proyectos de cooperación técnica entre países, que siguen en marcha, muchas veces a partir de problemas comunes entre países cercanos, han comenzado los avances en áreas factibles de establecer pautas y normas comunes que superan los ámbitos de producción y comercialización, sobre los cuales se focalizaron, al principio, los acuerdos. Los Ministros de Salud del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) continuaron destacando la cooperación técnica entre países y cada país, en 1992, designó a un coordinador nacional y un punto focal para el área técnica prioritaria de la que se hace cargo. El trabajo con más éxito a la fecha ha sido contener y reducir la enfermedad de Chagas, habiéndose creado una comisión intergubernamental cuyo objetivo es la eliminación de *Triatoma infestans* de las casas y la interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por transfusión de sangre. El control de calidad de

las pruebas serológicas se identificó como un problema importante que debe ser resuelto para prevenir la infección por *T. cruzi* por medio de las transfusiones. Los países del Area Andina han propuesto un registro y mercadeo común de medicamentos, así como un Carnet Andino de Salud, en el marco del Convenio Andino de Seguridad Social. También como resultado de un acuerdo entre países, según un estudio de los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) (32), los resultados del estudio de casos y testigos sugirieron que la vacuna, de origen cubano, contra la meningitis B, sería efectiva para la prevención de dicha enfermedad. Sigue adelante el Proyecto Convergencia, el cual propone la integración regional para el desarrollo de tecnología en salud y la cooperación técnica entre países en ese campo. En la reunión regional que tuvo lugar en Chile en julio de 1992 se elaboraron ocho proyectos regionales sobre productos biológicos, medicamentos, rehabilitación, sistemas de información y otros, además de varios proyectos y convenios bilaterales subregionales; este proyecto involucra a otros cinco organismos, además de la OPS/OMS: SELA, CEPALC, CELADE, PNUD y UNESCO.

Es el área del financiamiento y gasto en salud donde la situación actual es más crítica, en todos los países de la Región. En Canadá, Cuba y Estados Unidos los planteamientos son de contención del gasto, visto los enormes recursos que está insumiendo y la tendencia que tienen a seguir subiendo. Los Estados Unidos, que en 1965 gastaban en salud 6,5% del PIB, han aumentado sus gastos en salud en más del doble de la tasa de inflación, para llegar a 13,2% del PIB en 1991, con casi 36 millones de personas menores de 65 años no aseguradas, de las cuales 30 millones están empleadas (33). Esa situación de gasto en aumento y población sin cubrir convirtió al tema de la salud en uno de los elementos cruciales de la campaña presidencial y de varios proyectos de reforma del sistema de salud. Para 1992 una estimación hace subir a 14% el gasto en salud en los Estados Unidos (34). El Canadá, con un valor similar al de los Estados Unidos en 1971, aumentó su gasto en salud a 8,9% del PIB en 1989 y a 10% en 1991 (34). Como informa-

ción sobre la escala ascendente de los costos en los Estados Unidos y su relación con el uso cada vez más frecuente de tecnología, mientras que el número de egresos de los hospitales de corta estancia bajó de 38 millones a 31 millones en 1980-1991, con un aumento moderado en la estadía promedio de 5,6 días a 6,4, el número de intervenciones realizadas en los pacientes pasó de 31,4 millones en 1980 a 40,5 en 1990 y a 43,9 en 1991. De este total, mientras que en 1980 se realizaban 3,9 millones de procedimientos clasificados como "Miscelánea de procedimientos diagnósticos y terapéuticos" (básicamente tecnología de punta: tomografía axial computarizada, arteriografía y angiografía con material de contraste, terapia respiratoria, escáner con radioisótopo, etc.), el número aumentó a 11,9 millones en 1990 y a 14,8 millones en 1991. A su vez, el número de operaciones en el sistema cardiovascular pasó de 1,4 millones en 1980 a 3,9 en 1990 y a 4,1 millones en 1991. O sea, estas dos categorías de intervenciones explican todo el aumento del período (35).

En Cuba la preocupación por los gastos en salud proviene de la alta prioridad que la salud ha tenido hasta ahora y los costos que significa mantener ese nivel, cuantitativo y cualitativo, en medio de una grave situación económica. En el resto de los países, por lo general, los problemas provienen de algunas consecuencias de las políticas de ajuste fiscal, con la tendencia a la disminución de los fondos públicos, en un momento de deterioro del empleo, tanto sea en volumen como en salarios reales. Esto ha llevado a un deterioro de las prestaciones médicas de la seguridad social en cantidad y calidad, y por ende a una mayor demanda a los servicios públicos de grupos de la población que en otros momentos hubieran sido cubiertos por los seguros sociales. Ese déficit en los recursos económicos, acompañado muchas veces de ineficiencia y poca flexibilidad en la asignación de recursos a programas o problemas prioritarios, se refleja de diversas maneras: disminución del gasto en salud como proporción del PIB; reducción de la producción de servicios (consultas médicas, odontológicas, egresos, controles, exámenes); problemas en los programas de inmunización

por falta de previsión presupuestaria y dependencia total de la ayuda externa para sus actividades; deterioro de los servicios de saneamiento; suspensión del apoyo externo para programas de lucha contra las enfermedades; serias crisis hospitalarias por los cortes presupuestarios; y reducción del número de derechohabientes de la seguridad social. Varios países han obtenido préstamos de instituciones financieras externas o están en trámites de solicitarlos, para conseguir fondos que le permitan fortalecer, mantener o ampliar los servicios básicos de salud en momentos de escasez presupuestaria.

Un indicador de los problemas que se presentan para el desarrollo de los servicios de salud está dado por el aumento creciente, como porcentaje, del rubro de pago de sueldos, salarios y honorarios, en el total del presupuesto. Año tras año este porcentaje va en aumento en casi todos los países, llegando en algunos casos a valores superiores a 80%. En medio de reducciones del gasto fiscal, lo anterior significa que los montos asignados a insumos, mantenimiento, compras, alimentación, drogas, medicamentos y otros se están reduciendo y, por tanto, disminuye la cantidad y calidad de los servicios. Otro indicador es la atracción de la fuerza de trabajo, especialmente médicos, en el sector público, que se está reduciendo y pasando a otros subsectores, en especial el privado, y en algunos países se ha incrementado la emigración de profesionales.

REFERENCIAS

Las principales fuentes para la elaboración de este capítulo han sido los informes anuales que enviaron a la Sede las distintas Representaciones de la OPS/OMS en los Países y los informes anuales de los diversos programas regionales de la Organización.

- (1) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPALC; diciembre de 1992. (Documento informativo).
- (2) Corporación Interamericana de Inversiones. *Informe Anual para 1992*. Washington, D.C., 1993.
- (3) New Clothes. *The Economist*. 24 de abril de 1993: 48.
- (4) Economic and Financial Indicators. *The Economist*. 6 de marzo de 1993: 109.
- (5) United Nations Development Program. *Human Development Report 1992*. New York: UNDP; 1992: Tabla 17.
- (6) Demographic and Health Surveys. *Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste de Brasil 1991*. Columbia, Maryland: Macro International Inc.; octubre de 1992.
- (7) Demographic and Health Surveys. *Encuesta demográfica y de salud 1991, República Dominicana*.
- (8) Demographic and Health Surveys. *Encuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992, Perú*. Septiembre de 1992.
- (9) Demographic and Health Surveys. *Maternal and Child Health in Bolivia, 1989*. Enero de 1990.
- (10) Demographic and Health Surveys. *Encuesta de prevalencia, demografía y salud 1990, Colombia*.
- (11) United Nations. *World Population Prospects: The 1992 Revision*. New York: United Nations; 1992: Annex Tables.
- (12) United Nations. *World Population Monitoring 1991*. New York: United Nations; 1992. (Documento SR/ESA/SER.A/126).
- (13) Cuba. *Diario Granma*, enero de 1992.
- (14) *Mon Vital Stat Rep*. 1993; 14(11).
- (15) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Roma, 5 al 11 de diciembre de 1992.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en América Latina y el Caribe en el período 1965-1990. *Boletín Epidemiológico*. 1991;12(3).
- (17) Uruguay. Declaraciones del Director de Higiene de la Intendencia de Montevideo. *Diario La República*, 29 de diciembre de 1992, pág. 1.
- (18) World Health Organization. Global Health Situation and Projections: Estimates.

- Geneva; WHO: 1992. (Document WHO/HST/92.1:52).
- (19) Conferencia en The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 21 al 23 de abril de 1993. *The Economist*. 1993; april 24:87.
- (20) Ezzell C. Captain of the men of death. *Sci News*. 6 de febrero de 1993; 143: 90-92.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. Situación de los programas de malaria en las Américas. Washington DC: OPS; septiembre de 1992 (Documento CD/36/INF/2).
- (22) Vaccine shows promise against malaria [Biomedicine]. *Sci News* 1993; 143: 220.
- (23) Organización Panamericana de la Salud. SIDA en las Américas. Washington DC: OPS, septiembre de 1992. (Documento CD36/12).
- (24) Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la lepra en las Américas. Washington DC: OPS; septiembre de 1992. (Documento CD36/14).
- (25) Organización Panamericana de la Salud. Análisis del progreso del programa regional para la eliminación de la rabia humana en las Américas. Washington DC: OPS; 1993. (Documento RIMSA 8/8).
- (26) Organización Panamericana de la Salud. Programa PANAFTOSA para 1994-1995 y 1996-1997. Washington DC: OPS; 1993. (Documento RIMSA 8/5).
- (27) Organización Panamericana de la Salud. *Violencia y salud en Colombia*. Bogotá: OPS; 1993.
- (28) Organización Mundial de la Salud. Cable de Prensa Latina del 4 de mayo de 1993 con resumen de la presentación del Viceministro de Cuba en la Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1993.
- (29) Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Washington DC: OPS, septiembre de 1992 (Documento CD36/23).
- (30) Organización Panamericana de la Salud y Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América. *Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC; 1992.
- (31) Organización Panamericana de la Salud. *Nuestro planeta, nuestra salud*. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS. Washington DC: OPS; 1993 (Publicación científica 544).
- (32) Perkins B, et al. Protective efficacy of the Cuban-produced serogroup B meningococcal vaccine in São Paulo, Brasil. Epidemic Intelligence Service (EIS) 92 Conference, 6 al 10 de abril de 1992. Atlanta: CDC; 1992.
- (33) Starr B. *The logic of health-care reform*. Knoxville, Tennessee: The Grand Round Press, Whittle Direct Books; 1992: 20, 24.
- (34) Economic and financial indicators. *The Economist*. 27 de marzo de 1993: 113.
- (35) National Center for Health Statistics, CDC. *Adv Data*. March 3 1993; 227. March 11 1993; 229.

CAPITULO II

CUERPOS DIRECTIVOS

La Organización Panamericana de la Salud celebró su 90^a aniversario en 1992. En el año también se conmemoró el 90^a aniversario de los Cuerpos Directivos de la Organización, que la fundaron y guiaron y que sirven para tomar las decisiones definitivas en términos de políticas, programas y presupuesto. Los Cuerpos Directivos incluyen la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo.

La Conferencia Sanitaria Panamericana es la autoridad suprema de la OPS, e incluye un delegado de cada Gobierno Miembro. Se reúne cada cuatro años para elegir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, definir las políticas generales y los mandatos de la Oficina, y servir de foro para debatir asuntos importantes de salud pública nacional e internacional.

El Consejo Directivo también está compuesto por un representante de cada Gobierno Miembro y se reúne anualmente en el intervalo de tres años en que no se celebra la Conferencia. Entre otras responsabilidades, el Consejo analiza y aprueba el presupuesto por programas bienal y revisa asuntos de importancia política para la Organización.

Tanto la Conferencia como el Consejo actúan como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

El Comité Ejecutivo está constituido por representantes de nueve Gobiernos Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años. El Comité se reúne dos veces al año para adoptar el programa de temas y revisar todos los asuntos de política que serán sometidos a la Conferencia o al Consejo; además, considera ciertos asuntos administrativos que son de su exclusiva responsabilidad.

Cada uno de los Cuerpos Directivos de la OPS aprueba resoluciones por las que se recomiendan actividades a los Gobiernos Miembros de la Organización o que constituyen un mandato directo para el Director o para la Oficina. Las resoluciones reflejan las preocupaciones actuales de los Miembros de la Organización en materia de salud pública y representan pautas a largo plazo para los Gobiernos y la Oficina en función de su misión y de los recursos disponibles. En el Anexo 1 de este Informe aparecen más detalles de la historia y la estructura de la Organización Panamericana de la Salud.

CONSEJO DIRECTIVO

La XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (XLIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas) se celebró en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 21 al 25 de septiembre de 1992. Estuvieron representados en la reunión 34 Gobiernos Miembros, dos Gobiernos Participantes, dos Gobiernos Observadores y el nuevo Miembro Asociado, Puerto Rico. Integraron la Mesa Directiva el Sr. Easton W.X. Douglas, de Jamaica, como Presidente; el Dr. Carlos Dabdoub Arrien, de Bolivia, y el Dr. Carlos Castro Charpentier, de Costa Rica, como Vicepresidentes; y el Dr. Jorge Litvak, de Chile, como Relator. El Director de la Oficina, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, sirvió como Secretario *ex officio* del Consejo.

El Consejo tomó varias decisiones y aprobó 22 resoluciones, entre las que merecen destacarse las siguientes:

Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Barbados, Brasil y Haití (Resolución VI). El Consejo Directivo eligió a los Gobiernos de Argentina, Belice y México por un período de tres años.

Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud: Admisión, derechos y obligaciones (Resolución II). La OPS decidió permitir la participación en la Organización de territorios cuyas relaciones internacionales caen dentro de la responsabilidad de Estados cuyas sedes de gobierno están dentro o fuera de la Región de las Américas. La Resolución II del Consejo adoptó el procedimiento relativo a la admisión, derechos y obligaciones de esta nueva categoría de Miembro Asociado. Subsecuentemente, en la Resolución III, *Admisión de la Comunidad de Puerto Rico como Miembro Asociado de la Organización Panamericana de la Salud*, Puerto Rico fue admitido por el Consejo como primer miembro con esta categoría.

Excedente del presupuesto 1990-1991 (Resolución XII). El Consejo Directivo decidió utilizar el excedente de US\$ 545 161 del bienio 1990-1991 para asignar más recursos con miras a cubrir las necesidades de los programas de la Organización relativos a cólera (US\$ 150 000), salud de los trabajadores (US\$ 150 000) y promoción de la salud (US\$ 245 161).

Informe sobre la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y su significado para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (Resolución XIII). El Consejo, reconociendo la estrecha relación que existe entre la salud, el crecimiento demográfico y los problemas ambientales, tomó nota del informe de la Organización relativo a la Conferencia sobre el Medio Ambiente y la Salud. Instó a los Gobiernos Miembros, entre otras cosas, a establecer comisiones de alto nivel en cada país para coordinar las actividades tendientes a hacer efectivas las acciones de salud y ambiente. También pidió al Director que estudie la conveniencia y factibilidad de convocar una Conferencia Panamericana sobre Salud, Ambiente y Desarrollo, a la que

asistirían participantes de alto nivel de los sectores de salud, obras públicas y medio ambiente de cada país de las Américas.

Plan de Acción para la Eliminación de Deficiencia de Vitamina A de las Américas (Resolución XVI). El Consejo aprobó los objetivos y actividades propuestos en este plan de acción y solicitó a los Gobiernos que establezcan, entre otras cosas, un punto focal para promover e integrar las actividades comunes que se requieren para el control de las deficiencias de yodo, hierro y vitamina A. Asimismo, pidió al Director que apoye y promueva la cooperación entre países, agencias bilaterales e internacionales y comités nacionales de coordinación para conseguir la ejecución de este nuevo plan regional de acción.

Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (Resolución XVII). El Consejo Directivo adoptó el Plan Regional, en especial reconociendo la necesidad de canalizar recursos nacionales y externos para la protección de la salud y el ambiente. Tomó especial nota de las decisiones de la Primera y Segunda Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno de apoyar la formulación de este Plan Regional y de constituir un Fondo Multilateral para el Desarrollo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud. El Plan Regional constituirá el marco de referencia para las inversiones que habrá que hacer durante los próximos 12 años en la América Latina y el Caribe. Se pidió a los Gobiernos, entre otras cosas, que asignen recursos públicos y privados, por un monto de alrededor de 0,8% del PIB, durante los próximos 12 años, para las inversiones propuestas por el plan. También se pidió a los Gobiernos Miembros que insten a las instituciones multilaterales y bilaterales a aumentar la cantidad de recursos a ser invertidos en el ambiente y la salud en la América Latina y el Caribe. Se solicitó al Director que constituya un Fondo Multilateral para el Desarrollo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud que brinde cooperación a los procesos nacionales de ejecución del Plan Regional en cada país. También se pidió al Director que promueva la adopción del plan por parte de las agencias bilaterales y multilaterales de crédito.

Salud integral de los adolescentes (Resolución XVIII). Considerando las decisiones de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre este tema, el Consejo aprobó un Plan de acción al respecto. Se pidió a los Gobiernos que fortalezcan la colaboración para programas específicos entre los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo, y que tomen iniciativas destinadas a la identificación y prevención del abuso físico o sexual contra los adolescentes. Se solicitó al Director que apoye, coordine y fortalezca las actividades de la Organización en cuanto a la salud de los adolescentes, y que desarrolle los indicadores e instrumentos necesarios para organizar y evaluar los servicios que se prestan en este campo.

Conversión de deuda para la salud (Resolución XIX). Considerando que sigue siendo necesario identificar recursos para la promoción de actividades para el ambiente y la salud en las Américas, el Consejo Directivo solicitó que las autoridades económicas de los países acreedores y deudores consideren la conversión de deuda en recursos para financiar programas de salud, agua, saneamiento y otros programas ambientales.

Salud y turismo (Resolución XX). Reconociendo la importancia cada vez mayor del turismo para el crecimiento económico de los Gobiernos Miembros y, por lo tanto, indirectamente para los servicios de salud que cada sociedad proporciona a sus ciudadanos, el Consejo aprobó la propuesta de la Organización a este respecto. También instó a los Gobiernos a explorar y desarrollar actividades conjuntas entre los sectores de salud y turismo.

Otras resoluciones de la XXXVI Reunión del Consejo trataron sobre prevención y control del SIDA en las Américas, protección de los alimentos y zoonosis, reconocimiento del 50º aniversario del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, y el 50º aniversario de las actividades de salud de la Fundación W. K. Kellogg en las Américas.

COMITE EJECUTIVO

El Comité Ejecutivo celebró dos reuniones durante el año, en junio y en septiembre. En su reunión de junio, revisó y consideró la mayor parte de los temas que posteriormente fueron presentados a la reunión del Consejo Directivo en septiembre, como planes de acción para la eliminación de la deficiencia de vitamina A, la eliminación de la lepra y la promoción de la salud de los adolescentes; el anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para la Región de las Américas; el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ); la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas; salud y turismo; la conversión de deuda para la salud; la salud de los trabajadores; la epidemia de cólera, y el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. El Comité también examinó varios temas de personal, administrativos y financieros relacionados más estrechamente con la gestión diaria de la Oficina, tales como el Reglamento del Personal, asuntos de la Asociación de Personal, y las posibilidades de un nuevo edificio para la Sede de la Organización en Washington, D.C. Además, consideró la posibilidad de establecer un Instituto Panamericano de Bioética y recibió y consideró informes de tres de sus subcomités: el Subcomité de Planificación y Programación; el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y el Comité del Premio OPS en Administración. En 1992 el ganador del Premio OPS en Administración fue el Dr. Desmond O.N. McIntyre, de Dominica, por su destacada labor en el campo de la administración en salud.

La reunión de septiembre tuvo lugar inmediatamente después de la reunión del Consejo Directivo, y durante su curso se reemplazaron los integrantes de los subcomités y se fijaron las fechas de las reuniones de 1993 de los Cuerpos Directivos. También se examinó un proyecto de cooperación de la Organización con los parlamentos de los países de las Américas.

Subcomité de Planificación y Programación

El Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se reunió en abril (18ª reunión) y en diciembre (19ª) de 1992. En la 18ª reunión participaron, como miembros elegidos por el Comité Ejecutivo, los representantes de Barbados, Brasil, Cuba y los Estados Unidos de América, y por invitación del Director, los de Argentina, Canadá y México. El Subcomité consideró el anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995 y analizó las acciones referentes a la conversión de la deuda externa para financiar proyectos de salud, la evaluación de la Organización Panamericana de la Salud, el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, y los proyectos relativos a salud de los pueblos indígenas y democracia y salud.

Con respecto a la conversión de la deuda externa por proyectos de salud, se precisó que este tipo de transacción económica es una de las diferentes formas de procurar incrementar los recursos dirigidos al campo de la salud y de contribuir con ayuda para aliviar la desfinanciación relativa del sector. Para ello se requiere apoyar de manera particular a los Países Miembros con el fin de que adquieran las capacidades necesarias que les permitan adelantar con propiedad este tipo de negociaciones. Hubo especial interés en las funciones que desarrollaría la Organización y que estarían orientadas a dar este apoyo y a promover ante las autoridades nacionales de los países deudores las acciones legislativas y prácticas del caso. Se hizo hincapié en las exitosas experiencias que al respecto ya han tenido algunos países, como la conversión de la deuda por inversiones en el medio ambiente.

Sobre la evaluación de la Organización, el Subcomité encomió la presentación de este tema por significar un esfuerzo continuo para utilizar más adecuada y eficientemente los recursos disponibles, especialmente por ser más restringidos. Se revisaron las distintas modalidades empleadas para realizar la evaluación dentro de la Organización, tales como las revisiones anuales

y bienales, tanto a nivel regional como local, las auditorías externas, las evaluaciones de los proyectos con financiación extrapresupuestaria y las que realizan los Cuerpos Directivos. Se instó a que se hiciera un esfuerzo especial en la evaluación del impacto sobre la salud de las poblaciones derivado de las acciones realizadas por la Organización en conjunto con los Países Miembros.

Después de revisar el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, preparado en respuesta al mandato emitido por la Primera Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado (Guadalajara, México, julio de 1991) y en cumplimiento de la Resolución XV de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (septiembre de 1991), el Subcomité recomendó que los gobiernos de la Región abogaran para que ese tema fuera discutido por la Segunda Cumbre de Jefes de Estado (Madrid, julio de 1992). En efecto, el tema fue revisado por la Cumbre y los mandatarios dieron su apoyo al Plan y a la creación de un Fondo Especial de Preinversión.

En cuanto a la salud de los pueblos indígenas, se estima que este grupo de población enfrenta una de las más difíciles situaciones de vida y de salud de la Región. Por eso es necesario hacer una recopilación e investigación que provea la información más exhaustiva posible, con una participación amplia de los Gobiernos Miembros y de representantes de las comunidades indígenas, para efectuar propuestas de acción que trasciendan hasta las condiciones de vida de las mismas comunidades.

Finalmente, el Subcomité revisó lo realizado hasta el momento en el proyecto de democracia y salud e hizo énfasis en la relación entre los ministros de salud y los parlamentos en América Latina y el Caribe. Destacó también que la salud no solo es uno de los elementos básicos del desarrollo sino uno de sus objetivos, en lo cual los cuerpos legislativos de la Región pueden desarrollar una actividad sustantiva.

En la 19ª reunión del Subcomité los representantes de Belice, Cuba, los Estados Unidos de América y México participaron como miembros elegidos por el Comité Ejecutivo; los de Argentina, Barbados y Canadá, por invitación del Director; y el de Chile como observador. En

esta reunión, el Subcomité consideró la evaluación del Programa Regional de Enfermedades Transmisibles, revisó un informe sobre el progreso alcanzado en cuanto al establecimiento del Instituto Panamericano de Bioética; analizó la cooperación técnica de la OPS/OMS en Cuba, y estudió una propuesta de acción relacionada con la salud pública en las Américas.

Al evaluar el Programa Regional de Enfermedades Transmisibles, se insistió en la necesidad de establecer una agenda de actividades para sensibilizar al sector político con respecto a la realidad actual de que un número importante de enfermedades transmisibles puede prevenirse y reducirse con la tecnología y el conocimiento disponibles actualmente.

El proyecto para la creación del Instituto Panamericano de Bioética, con sede en Chile, fue considerado por el Subcomité. El proyecto será revisado para incluirle detalles específicos sobre su financiación y presupuesto, y será sometido nuevamente a la consideración del Subcomité en su 20ª reunión (abril de 1993), para luego ser presentado a la 111ª reunión del Comité Ejecutivo de la OPS en septiembre de ese mismo año.

Como resultado de la evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Cuba, hubo consenso entre los miembros del Subcomité en el buen funcionamiento de las líneas fundamentales de trabajo adoptadas, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad en la ejecución de la cooperación. Se tomó nota además de los aportes del país para los gastos de administración de la Oficina de la Representación de la OPS/OMS, y de algunos de los productos sustantivos de la cooperación de la Organización en la salud del país, como la utilización del enfoque epidemiológico de los sistemas locales de salud, el análisis económico aplicado a la salud y el desarrollo de recursos humanos.

Se intercambiaron interesantes puntos de vista sobre el tema de la crisis de la salud pública en la Región. El Subcomité también fue informado del proyecto SUMA, para el manejo de suministros después de los desastres en América Latina y el Caribe, como un esfuerzo de gestión

eficiente de los insumos por parte del personal encargado de coordinar las actividades de socorro en casos de emergencia en los países de la Región.

Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

La XII Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización, en Washington, D.C., en abril, con la participación de representantes de los Gobiernos de Brasil, Cuba, Estados Unidos, Honduras y San Vicente y las Granadinas.

El Subcomité examinó el informe de actividades del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, reconoció los logros alcanzados y sugirió fortalecer el papel de liderazgo del Programa para facilitar la introducción del enfoque de género en el quehacer de todos los programas de cooperación técnica de la Secretaría.

El Subcomité analizó el proyecto relativo a salud integral de la mujer en Centroamérica, que reconoció como una experiencia pionera, y recomendó que se siguiera fomentando la cooperación entre las organizaciones de mujeres y los servicios de salud a nivel local, y destacando la necesidad de avanzar en formas alternativas de trabajo.

Sobre el tema del autocuidado de la salud de la mujer, el Subcomité señaló que dicha iniciativa constituía un aporte para la promoción de la salud de la mujer y para estructurar una política real de participación de la mujer en acciones a favor de su desarrollo y su propia salud. Reconociendo la importancia del asunto, el Subcomité recomendó avanzar en el perfeccionamiento del marco conceptual y solicitó a la Secretaría que elaborara una propuesta de estrategias regionales y líneas de acción concretas para desarrollar este enfoque y su entendimiento en los países.

Después de haber examinado el informe sobre la situación de la investigación sobre mujer, salud y desarrollo, el Subcomité apoyó las recomendaciones contenidas en dicho informe y

sugirió desarrollar una política de promoción de la investigación en el campo. Asimismo, recomendó a la Secretaría que apoye los esfuerzos de los países para presentar y publicar las estadísticas de salud desagregadas por sexo, y promover el análisis de las diferencias que se observen entre hombres y mujeres como un medio para estimular la investigación con una perspectiva de género.

Con respecto al tema mujer, trabajo y salud ocupacional, el Subcomité señaló la necesidad de abordarlo con una perspectiva de género, y

sugirió hacer un esfuerzo especial para promover la investigación y desagregar por sexo la información que se registra por medio de los sistemas de vigilancia en salud ocupacional.

En cuanto a la situación de la mujer en la Secretaría de la Organización, el Subcomité reiteró la necesidad de aumentar la participación de mujeres en cargos directivos. Sugirió que la Secretaría profundizara en el estudio de las barreras que limitan el reclutamiento y contratación de mujeres e informara sobre los avances alcanzados al respecto.

CAPITULO III

DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL

DIRECCION ADMINISTRATIVA

La Dirección Administrativa de la OPS ofrece orientación general en materia de política a la Oficina Sanitaria Panamericana, y liderazgo y asesoramiento a la Organización en su conjunto. Ese liderazgo incluye la identificación de asuntos transnacionales que los Gobiernos Miembros de la OPS deben abordar como Organización, así como la presentación de alternativas y pautas para actividades de carácter nacional e internacional sobre un asunto determinado. A efectos de administrar la Oficina, el Director y sus colaboradores inmediatos adoptan decisiones normativas y fomentan el diálogo y la coordinación entre los funcionarios. Promueven también la comunicación, coordinación y cooperación entre los organismos multilaterales, bilaterales y del sector privado que trabajan en el campo de la salud. Asimismo, la Dirección Administrativa se esfuerza por fomentar la cooperación entre los países y el compromiso nacional de mejorar las condiciones de salud en la Región.

La Dirección Administrativa de la OPS logró mantener a la Organización en una sólida base financiera en 1992. Dadas las complejidades de la recaudación de las cuotas adeudadas por los Gobiernos Miembros, las tendencias difíciles de superar en lo relativo a fluctuaciones del tipo de cambio y las reformas geopolíticas que han tenido importantes repercusiones presupuestarias, esta función se ha convertido en un esfuerzo permanente para adaptar un volumen de recursos variables a las necesidades reconocidas y las actividades programáticas. Se siguen perfeccionando o introduciendo nuevos siste-

mas administrativos para que el Director pueda incrementar la eficiencia de las operaciones de la OPS y ejercer un mejor control de los escasos recursos financieros en los diversos programas.

En 1992, la Dirección Administrativa se esforzó por mantener su tradición de proponer y establecer programas innovadores y progresistas para la Organización, con el fin de poder servir a sus Gobiernos Miembros y a los habitantes de las Américas. Son ejemplos de esas iniciativas el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, la salud y el turismo, la salud de los adolescentes, y los planes de acción para la eliminación de la lepra y de la carencia de vitamina A en las Américas.

PROGRAMA DEL DIRECTOR REGIONAL PARA ACTIVIDADES DE DESARROLLO

El Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo es un fondo dentro del presupuesto por programas de la OPS para la Región de las Américas, destinado a dar al Director suficiente flexibilidad para atender necesidades especiales en las que el tiempo es esencial y para las que no se hayan hecho asignaciones suficientes de antemano en el presupuesto operativo anual por programas.

El Director ha empleado esos fondos, entre otras cosas, para atender problemas imprevistos en el sector salud de los Países Miembros, como las actividades de reconstrucción y rehabilitación en El Salvador y el control de la epidemia de cólera.

DESARROLLO DEL PROGRAMA GENERAL

Por medio del proceso de programación de la cooperación técnica con los países, prosiguieron durante 1992 los esfuerzos para aplicar las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS, establecidas por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990). Se puso especial énfasis en los aspectos metodológicos de la elaboración de los presupuestos anuales por programas de las Representaciones de la OPS/OMS en los Países, de los programas regionales y de los Centros Panamericanos.

Se promovió al respecto la utilización de metodologías adecuadas para el ejercicio de planificación y aplicables en cualquier contexto, tales como una técnica de diseño ("marco lógico") para la ejecución y evaluación de proyectos. Para ello se procuró la participación de funcionarios de la Organización y de algunos de los países de la Región. De esta manera, las programaciones para el año lograron expresar con mayor especificidad objetivos y resultados relacionados con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas y con las necesidades particulares de los países.

De acuerdo con lo recomendado por el Comité Ejecutivo de la OPS en su 107ª reunión (1990), se continuó trabajando en el seguimiento y evaluación de los progresos alcanzados en cuanto al cumplimiento de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas. Este proceso no solo sirve de ayuda gerencial sino también como un instrumento institucional que permite el desarrollo permanente del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES).

Se inició un amplio análisis de la estructura de la Secretaría de la Organización, con el fin de ajustarla según sea necesario para que la cooperación técnica con los países sea más efectiva y eficiente.

Asimismo, en la preparación del Presupuesto Anual por Programas para 1993 y el Presupuesto por Programas para el bienio 1993-1994,

se hizo hincapié en que este, a más de tener bien en cuenta la situación específica de cada país, los mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización y las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, se oriente de forma eficaz hacia el logro de los objetivos regionales.

PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD

Para superar gradualmente el enorme déficit existente en materia de infraestructura de los servicios de salud, abastecimiento de agua potable, garantía de la calidad del agua suministrada y saneamiento básico, la Organización elaboró durante el año, en estrecha consulta con los países, el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. El Plan identifica las inversiones que han de efectuarse en América Latina y el Caribe en los próximos 12 años para superar el rezago que por décadas se ha venido acumulando en estos campos.

La satisfacción de este cúmulo de necesidades insatisfechas tendría un considerable impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de amplios sectores de la población. Pero para ello hace falta una firme voluntad política de los países de la Región para canalizar recursos financieros de manera sostenida en inversiones y gastos de operación en agua potable, saneamiento básico y servicios de salud.

Como parte del proceso de elaboración del Plan se cuantificaron las necesidades básicas de ampliación de la cobertura, rehabilitación y readecuación de los servicios, tanto en lo que respecta a la atención a las personas como al ambiente, y se efectuó un análisis de factibilidad técnica y financiera de las inversiones que serían necesarias.

La propuesta del Plan consiste fundamentalmente en la canalización de aproximadamente US\$ 216 000 millones durante los próximos 12 años en toda la Región, que se financiarían en un 70% con recursos nacionales y en un 30% con aportes de fuentes externas. Ello supondría que

un porcentaje anual de recursos nacionales públicos y privados equivalente al 0,8% del producto interno bruto de la Región, se destinaría a inversiones en el medio ambiente y la salud. Ese nivel de inversión se alcanzó en la década de los setenta, pero en la de los ochenta disminuyó considerablemente. Asimismo, el Plan prevé la canalización de recursos externos por un monto aproximado de US\$ 5 000 millones al año, equivalente a 0,3% del PIB regional. Esto último requiere que al menos 20% de los recursos de financiamiento externo que se aplican anualmente a la Región se destinen a inversiones en servicios de salud, abastecimiento de agua potable, saneamiento básico y otras acciones ambientales.

Las inversiones propuestas en el Plan resultan imposterables en la medida en que en América Latina y el Caribe 130 millones de personas no tienen acceso al agua potable, 145 millones no tienen sistemas sanitarios para la eliminación de excretas, 300 millones contaminan permanentemente los cursos de agua; 100 millones no cuentan con sistemas de recolección de basura y 160 millones no tienen acceso permanente a los servicios de salud.

Los principios que orientan el Plan enfatizan, a su vez, las inversiones como un instrumento para reorientar los sectores beneficiados por las mismas, más allá del simple aumento de las infraestructuras respectivas. No se trata, por lo tanto, de reproducir los sistemas vigentes, sino de introducir en ellos los cambios cualitativos y cuantitativos que posibiliten el acceso universal a los servicios de salud y del medio ambiente, y la consecución de mejores condiciones de salud y de vida para los habitantes de América Latina y el Caribe.

La Organización se dio a la tarea de elaborar el Plan en respuesta al mandato emitido por la Primera Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Guadalajara, México, en julio de 1991, en el que se subrayaba la necesidad, puesta de relieve por la epidemia de cólera, de otorgar una atención creciente a la reducción de las carencias en materia de servicios de salud, abastecimiento de agua pota-

ble, tratamiento adecuado de aguas servidas y saneamiento básico de los países de la Región.

Para avanzar en la formulación de la propuesta del Plan, la Organización mantuvo consultas con el BID y el Banco Mundial a fin de adoptar una estrategia articulada con ambas instituciones para el diseño y puesta en marcha del Plan. También mantuvo un fructífero diálogo con otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas, como el PNUD, la CEPALC y el UNICEF. Asimismo, se informó sobre el desarrollo de la propuesta a los Ministros de Planificación de América Latina y el Caribe en su reunión periódica auspiciada por el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), celebrada en marzo.

En sus visitas a los países de la Región durante 1991 y 1992, el Director de la OSP dialogó ampliamente con los Jefes de Estado y de Gobierno y con las autoridades nacionales de salud sobre los distintos aspectos del Plan a fin de llegar al consenso necesario para su formulación. En la XVIII Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS, celebrada en abril de 1992, el Director informó sobre el avance que se había alcanzado en la formulación del Plan y sometió un contenido preliminar del mismo. Con base en las recomendaciones del Subcomité, y en consulta con los países de la Región y con las instituciones multilaterales de cooperación financiera, se dieron los pasos para concluir, en junio de 1992, la formulación del Plan. Dicha versión fue presentada a la 109ª Reunión del Comité Ejecutivo en ese mismo mes, la cual acogió con beneplácito la propuesta y apoyó la realización de acciones tendientes a ponerlo en marcha (Resolución XIII).

El Plan, así como una propuesta de creación de un Fondo Multilateral de Aportaciones Voluntarias para el Desarrollo de Actividades de Preinversión del Plan fueron incluidos en la agenda de las deliberaciones de la Segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Madrid, España, en julio. Ambas propuestas habían sido previamente

analizadas con los Ministerios de Salud, Economía, Planificación, Relaciones Exteriores y Obras Públicas, allí representados. En el Documento de Conclusiones emitido en Madrid el 24 de julio de 1992 por los Mandatarios Iberoamericanos se otorgó pleno apoyo al lanzamiento del Plan y a su puesta en marcha en cada país, con el auspicio de la Organización. Este documento considera prioritario aplicar una estrategia regional para prevenir en el futuro la difusión de epidemias como la del cólera, y de impedir que esta y otras enfermedades se hagan endémicas. Es evidente que estas expresiones de apoyo político del máximo nivel contribuyen de manera muy importante a la consolidación de los esfuerzos de los países para superar el rezago existente con respecto al medio ambiente y a la salud.

En septiembre de 1992, el Consejo Directivo de la Organización, en su XXXVI Reunión, aprobó el Plan (Resolución XVII). Asimismo, pidió a los Gobiernos Miembros que formulen planes de inversión que propicien una transformación profunda de los sectores ambiente y salud, así como una utilización más eficiente de los recursos; logren la aplicación de recursos internos, tanto públicos como privados, por un monto de alrededor de 0,8% del PIB, a fin de canalizar los recursos nacionales necesarios para posibilitar las inversiones propuestas por el Plan; insten a las instituciones multilaterales y bilaterales a aumentar su cooperación financiera con los países destinada a proyectos de inversión en ambiente y salud, y pongan en marcha las acciones que les correspondan para la ejecución del Plan y se sumen a la constitución del Fondo Multilateral para el Desarrollo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud. El Consejo también solicitó al Director que tome las medidas necesarias para asegurar la puesta en marcha del Plan; constituya el mencionado Fondo Multilateral, y gestione ante los organismos de cooperación bilaterales y multilaterales, y especialmente el BID y el Banco Mundial, la adopción del Plan como un mecanismo para la acción coordinada en ambiente y salud.

A fin de impulsar el proceso de implantación del Plan y la constitución y operación del

Fondo Multilateral, en noviembre de 1992 se establecieron en la Organización una nueva unidad denominada Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, y un Grupo de Coordinación que tienen el propósito fundamental de diseñar, inducir y coordinar las acciones de implantación del Plan que lleve a cabo la Organización en su conjunto.

ASUNTOS JURIDICOS

La Oficina de Asuntos Jurídicos prestó varios servicios generales pertinentes, incluso los relacionados con cuestiones constitucionales, como la creación de un procedimiento para determinar el estado de los Miembros Asociados de la Organización. Con base en ese procedimiento, la XXXVI Reunión del Consejo Directivo (septiembre) admitió a Puerto Rico como Miembro Asociado. Una gran parte del trabajo jurídico tuvo que ver con la negociación, redacción y tramitación de varios acuerdos con muchas instituciones nacionales e internacionales distintas. A fines del año, estaban vigentes unos 1 000 acuerdos como resultado directo del creciente éxito de la OPS en la movilización de recursos externos para cooperación técnica. Esos acuerdos proporcionan US\$ 170 millones para financiamiento externo y sirven de marco jurídico, administrativo y técnico para realizar diversas actividades de cooperación técnica con los Países Miembros en todos los campos programáticos.

Los asuntos generales de naturaleza jurídica en la Sede también exigieron particular atención, incluso un mayor número de solicitudes de opiniones jurídicas y análisis de los documentos de la Organización; la representación ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo en seis casos; la participación en un seminario en el Ecuador sobre los aspectos jurídicos y éticos del SIDA; y la preparación de artículos y documentos sobre aspectos jurídicos y éticos de los asuntos relacionados con la salud.

La Oficina de Asuntos Jurídicos ha asumido la responsabilidad de impulsar el esta-

blecimiento del Programa Regional de Bioética, propuesto por la Universidad de Chile y la Organización. En reconocimiento de la naturaleza internacional del Programa, el Gobierno de Chile se ofreció como anfitrión y fuente de apoyo financiero y logístico.

El Programa se destina a cooperar con los Gobiernos Miembros y las entidades públicas y privadas en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la bioética y su relación con la salud y la sociedad. Su finalidad es ofrecer un foro pluralista y objetivo para debatir, estudiar, investigar y divulgar información sobre temas de importancia decisiva para el estado actual de la atención de salud en los niveles micro-socioeconómico/individual y macrosocioeconómico/colectivo. Una de las principales metas del Programa es el desarrollo de la capacidad nacional en materia de bioética. La Universidad de Chile proporcionará la planta física y asignará personal académico, técnico y de apoyo. El Ministerio de Salud de Chile colaborará con apoyo logístico y respaldo a los funcionarios locales.

La Organización presentó el asunto a la 109ª Reunión del Comité Ejecutivo y a la 19ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación. Los Cuerpos Directivos discutirán otros detalles durante la reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1993.

COORDINACION EXTERNA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL

Con el fin de promover sus políticas, estrategias y programas, la OPS/OMS continuó fortaleciendo sus relaciones con el Sistema de las Naciones Unidas, el Sistema Interamericano, organizaciones bilaterales, organismos internacionales de crédito y organizaciones no gubernamentales. En 1992 las actividades realizadas para movilizar recursos se concentraron en aumentar la capacidad de las unidades técnicas, las Representaciones de la OPS/OMS en los Países

y los Ministerios de Salud con el fin de perfeccionar las habilidades para la preparación de proyectos, reforzar los procesos de monitoría de los proyectos, negociar con éxito el financiamiento, y ampliar el horizonte para la movilización de recursos externos en salud mediante la promoción de la participación activa con otros organismos de las Naciones Unidas, ministerios y organizaciones no gubernamentales.

Con objeto de mejorar la preparación de proyectos y la capacidad de monitoría, la Organización auspició y dirigió una serie de talleres para familiarizar a los técnicos destacados en la Sede y en los países, así como al personal nacional, con los métodos de diseño de proyectos. Los talleres tuvieron lugar en las Representaciones de las subregiones Andina, del Caribe, Centroamérica y el Cono Sur, y en varios países para los contrapartes nacionales.

Un requisito fundamental para promover la presencia y el prestigio de la OPS/OMS como organización internacional de cooperación en salud es su capacidad para vigilar la marcha de los proyectos y someter oportunamente informes técnicos y financieros a los donantes. En 1992 la Organización completó un análisis de los aspectos más importantes que afectan la gestión de esos proyectos, y produjo un documento de referencia para el análisis de los mecanismos para la monitoría de proyectos extrapresupuestarios. Se desarrolló un sistema de información que permite varios tipos de análisis para aumentar la capacidad de evaluar los proyectos.

Un objetivo importante de la OPS/OMS es la negociación exitosa del financiamiento externo para proyectos de salud pública. En 1992 se movilaron US\$ 60 millones para programas prioritarios de la Organización, como el control del cólera, así como iniciativas subregionales y asistencia humanitaria de emergencia para El Salvador y Haití. Las actividades incluyeron misiones a países donantes de Europa y la coordinación de las visitas a la Sede de la OPS/OMS y a Países Miembros por parte de países donantes como Italia, Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega, Reino de los Países Bajos, Alemania, Japón y la Comunidad Económica Europea. La

OPS/OMS siguió poniendo al día material sobre las instituciones y sobre las tendencias del apoyo oficial al desarrollo y ha publicado una nueva guía para los países y las unidades técnicas sobre financiamiento externo en salud.

La estrategia de movilización de recursos de la OPS/OMS incluye la promoción activa de oportunidades para el diálogo y la programación conjunta con otras organizaciones de las Naciones Unidas e instituciones públicas y privadas. En vista de ello, durante 1992 la Organización coordinó reuniones breves con embajadores ante la OEA para informarles de las iniciativas subregionales y las prioridades programáticas de la OPS/OMS, y propició una reunión entre las dos organizaciones para identificar áreas de interés común. Como resultado se constituyeron grupos de trabajo de varias áreas programáticas. La OPS/OMS también participó en discusiones técnicas con el Sistema Económico Latinoamericano (SELA), UNICEF, PNUD, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el BID y el Banco Mundial. Con los dos últimos organismos de crédito se celebraron discusiones de política y se planificaron actividades conjuntas para 1993.

La Organización también auspició dos seminarios sobre cooperación internacional en salud que tuvieron por objeto el fortalecimiento de la capacidad de los países para la promoción y gestión del financiamiento externo en salud. En vista de que la Organización está consciente de la necesidad de una acción intersectorial a nivel de los países y de esfuerzos coordinados, los seminarios incluyeron representantes de todos los sectores que participan en la cooperación internacional, inclusive Ministerios de Asuntos Exteriores, Planificación y Finanzas, además de los Ministerios de Salud, así como instituciones donantes.

Los esfuerzos de la OPS/OMS para promover la inclusión de las organizaciones no gubernamentales y la planificación y ejecución de programas de salud siguió fortaleciéndose y ampliándose en 1992. Este trabajo se ha realizado en tres frentes: con unidades técnicas de la Sede de la OPS/OMS y en los países, mediante

el fortalecimiento de sus conocimientos sobre la dinámica del trabajo de las organizaciones no gubernamentales en relación con la salud y el desarrollo, y mediante el nombramiento de puntos focales en cada Representación para el trabajo con estas organizaciones; entre las propias organizaciones no gubernamentales, proporcionando oportunidades para el intercambio entre ellas con el fin de reforzar la colaboración y evitar la duplicación de esfuerzos; y entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para establecer las bases de una colaboración sistemática en actividades de salud. En 1992 la OPS/OMS también colaboró con el Banco Mundial en la planificación, ejecución y documentación de varios seminarios estratégicos de planificación con organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud y desarrollo en los Países Miembros.

COORDINACION DE INFORMACION

En 1992 la Organización prosiguió sus esfuerzos encaminados a reemplazar gradualmente, en un período de tres años, sus sistemas administrativos computadorizados, que rápidamente se estaban desactualizando. Estos nuevos sistemas administrativos garantizarán la entrega oportuna de información para la administración de los programas, una mayor descentralización de los procesos administrativos y la ayuda necesaria para incrementar la productividad de las transacciones administrativas.

Se siguió trabajando en los nuevos sistemas financieros y de compra en la Sede. Estos sistemas fueron preparados por una firma de consultores y han sido debidamente adaptados a las necesidades particulares de la OPS/OMS. Se espera que ambos sistemas estarán en uso en 1993.

Durante el año se completó la instalación del sistema estándar de administración programática y financiera, y todos los Centros y las Representaciones de la OPS/OMS en los Países ya lo estaban empleando. Además, en 21 de las

Representaciones se instalaron redes locales para poder funcionar con una versión de ese sistema, adaptada a varios usuarios, y prestar servicios de correo electrónico, elaboración de texto en computadora, gráficos y programas de preparación de hojas de simulaciones estadísticas. El uso del sistema estándar en los Centros y en las Representaciones permite transferir información desde ellos por enlace de telecomunicación y registrar los datos directamente en el sistema de la Sede. Con esto se elimina un

enorme trabajo de esa índole en la Sede y ha mejorado la tramitación oportuna de la información financiera procedente de las Representaciones.

En 1992 se puso a disposición de los usuarios del PAHO-LAN una importante base de datos que contiene información al día sobre los proyectos de cooperación técnica en los Centros y en las Representaciones de la OPS/OMS y permitirá mejorar la coordinación de las actividades programáticas en toda la Organización.

CAPITULO IV

INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

INTRODUCCION

Los programas del Area de Infraestructura de los Sistemas de Salud de la Organización llevaron a cabo una intensa labor de cooperación técnica con los Gobiernos Miembros. Se logró la coordinación de los esfuerzos relacionados con las políticas de salud; el proceso de análisis de la situación de salud y sus tendencias; la cooperación técnica entre países; la organización de los servicios basados en la atención primaria de salud; los preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre; las actividades de apoyo al desarrollo de recursos humanos para la salud y de los sistemas de información sobre salud, y el fomento y desarrollo de la investigación.

A continuación se reseñan las principales acciones que se realizaron en cumplimiento de las decisiones de los Cuerpos Directivos de la Organización.

PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE SALUD

Durante 1992, las actividades en este campo se concentraron en el fortalecimiento de los procesos nacionales de gestión de importancia crítica con dos enfoques diferentes, pero complementarios. Primero, la OPS/OMS siguió acentuando la gran importancia de los recursos humanos y la capacidad administrativa de sus Representaciones como forma de apoyo para la prestación eficaz de servicios de cooperación

técnica a los Países Miembros. Segundo, se esforzó por encauzar su programa de cooperación hacia la ampliación de la capacidad de los gobiernos nacionales para abordar los problemas de salud. El Programa de Fortalecimiento del Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de Salud se destinó sobre todo a mejorar las Representaciones de la OPS/OMS, misión que entrañó trabajo con la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe y la Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas.

El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), por el que se rige la programación de la OPS/OMS, fue un instrumento importante para lograr excelencia administrativa en las Representaciones. En 1992 se desplegaron esfuerzos concertados para modernizar el sistema e incorporar algunos elementos del enfoque del marco lógico para el desarrollo de proyectos al AMPES. Se acentuó la necesidad de determinar los resultados previstos de la cooperación de la OPS/OMS y se celebraron talleres subregionales para introducir dicho enfoque a las Representaciones de la OPS/OMS y emplearlo en el AMPES.

El programa veló por que la cooperación técnica, establecida por medio del diálogo con las autoridades nacionales, reflejara también las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización establecidas por mandato de los Cuerpos Directivos. Las reuniones subregionales de los Representantes de la OPS/OMS fueron los principales foros para discutir las iniciativas subregionales y el apoyo brindado por la OPS/OMS. Durante el año esas reuniones se emplearon también para intercam-

biar ideas y experiencias sobre asuntos administrativos en las Representaciones. Se celebró una reunión de administradores de las Representaciones en los países del Cono Sur, con el fin de consolidar algunas prácticas administrativas en los países de esa subregión.

Casi todas las Representaciones de la OPS/OMS actualizaron los planes de desarrollo de sus oficinas y se concentraron particularmente en sus funciones políticas, administrativas y técnicas. Las actividades realizadas como resultado de ello se incluyeron en el programa ordinario de fortalecimiento del proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. En algunas Representaciones se hicieron modificaciones físicas para facilitar el trabajo de los funcionarios.

La OPS/OMS y los Ministerios de Salud realizaron evaluaciones conjuntas en nueve países y, en un caso, efectuó una evaluación de seguimiento, basándose en las recomendaciones de otra efectuada en 1991. Estas evaluaciones conjuntas ofrecen oportunidades útiles y singulares para que las autoridades nacionales analicen no solo sus programas sino también la eficacia del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS. En las reuniones del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS se presentaron los resultados obtenidos en dos países.

Se estableció un sistema uniforme para la transferencia de responsabilidades cuando se nombra un nuevo Representante de la OPS/OMS, que se aplicó en las oficinas de El Salvador, Belice, Bolivia, El Paso (Texas), el Brasil y la República Dominicana. Este ejercicio ofreció a la OPS/OMS y a las autoridades nacionales otra oportunidad de examinar el rumbo y el impacto de la cooperación técnica de la Organización.

La OPS/OMS actualizó los centros de documentación de las Representaciones, establecidos en un principio como recurso técnico para sus propios funcionarios. En la práctica, muchos de estos centros también son empleados por funcionarios nacionales y, en algunos casos, son parte integrante de una red nacional de divulgación de información biomédica.

Los Ministerios de Salud de la Región han reconocido las ventajas de emplear los sistemas funcionales de planificación, programación y evaluación de la OPS/OMS y, en 1992, algunos Ministerios adoptaron sistemas de gestión similares a los de la Organización.

COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

La OPS/OMS siguió haciendo hincapié en la cooperación técnica entre países como una poderosa estrategia para atender algunas de las necesidades de los Gobiernos Miembros. En 1992 examinó su política de cooperación técnica entre países y recalcó que la estrategia debería comprender cooperación entre todos los países, no solo entre los que están en desarrollo. La política también indicó que la materia y los métodos de cooperación técnica eran iguales, independientemente de la fuente. Por tanto, la cooperación técnica de la OPS/OMS o entre países podría programarse de una forma similar. El presupuesto asignado para cooperación técnica entre países en 1992-1993 fue de US\$ 2 645 700, que representó 1,7% del presupuesto ordinario de la OPS/OMS.

En 1992 se apoyaron muchos proyectos, en particular, el adiestramiento y desarrollo de recursos humanos. También recibieron apoyo los proyectos de difusión de información y promoción de investigaciones. Por lo menos 14 países se beneficiaron directamente de este apoyo directo.

El proyecto "Convergencia", iniciado en 1991, siguió desarrollándose en 1992. Promueve el desarrollo de la tecnología de salud en América Latina y el Caribe y es patrocinado conjuntamente por la OPS/OMS, el Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Después de una serie de reuniones subregionales se celebró una reunión regional en 1992 en Chile para consolidar los proyectos subregionales y establecer ocho proyectos regionales. Las entidades que patrocinan el pro-

yecto "Convergencia" suscribieron un acuerdo interinstitucional que faculta a un comité de dirección para preparar un plan de acción conjunto para impulsar los proyectos.

Las iniciativas subregionales de salud en el Caribe, América Central, la Subregión Andina y el Cono Sur son buenos ejemplos de cooperación técnica entre países en la práctica. En el Capítulo VII del presente informe se detallan las actividades de cooperación técnica realizadas en 1992 con arreglo a esas iniciativas.

Merecen citarse en particular los siguientes programas. Los Ministros de Salud de los países del Cono Sur decidieron desplegar un esfuerzo concertado para eliminar la enfermedad de Chagas; la OPS/OMS lo apoyó convocando talleres y proporcionando los servicios necesarios de consulta técnica. En 1992, los países interesados participaron en la primera reunión de la Comisión Intergubernamental de la Enfermedad de Chagas y se presentaron los planes para el próximo cuatrienio. El adelanto más tangible fue el suministro de sangre inocua.

Las actividades de salud a lo largo de las fronteras también son importantes aspectos del trabajo general de cooperación técnica entre los países. En 1992 se cumplieron 50 años de la creación de la Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas, y la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud celebró 50 años de existencia. Ambas apoyan y fomentan actividades binacionales destinadas a abordar los problemas de salud solucionables solo con un esfuerzo mancomunado.

Se recogió información sobre algunos obstáculos para la prestación de servicios de cooperación técnica entre países en el ámbito nacional, entre los que se destacan los siguientes: solo unos pocos gobiernos tienen una política oficialmente publicada sobre el tema en relación con la salud; en general, falta un mecanismo oficial para determinar los requisitos de la cooperación técnica; los directorios de recursos de cooperación técnica entre los países no se han actualizado, y no existe un mecanismo permanente para divulgar información sobre el asunto. La divulgación depende del tra-

bajo particular de los funcionarios nacionales y de la OPS/OMS.

LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

El Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo continuó fortaleciendo las capacidades nacionales para incorporar la dimensión de género en el análisis y evaluación de políticas y programas de salud dirigidos a la población en general y a la mujer en particular. También promovió y brindó apoyo técnico para la realización de talleres de capacitación sobre género y salud, cuyos resultados y experiencias fueron revisados en un seminario sobre metodologías y técnicas de capacitación sobre género y salud, celebrado en San José, Costa Rica, en febrero.

En los países centroamericanos se completaron las investigaciones sobre la prevalencia del maltrato y la agresión física y sexual contra la mujer, las cuales sirvieron de base al análisis de propuestas de políticas y líneas de acción para la prevención de esa violencia y la atención de las víctimas por parte del sistema de salud. El Seminario Centroamericano sobre Violencia contra la Mujer: Problema de Salud Pública, celebrado en Managua, Nicaragua, en marzo, representó un esfuerzo conjunto para concertar acciones y programas entre las instituciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y el movimiento social de las mujeres de Centroamérica.

Por medio de un estudio multicéntrico sobre la calidad de los servicios de salud y la relación interpersonal en la entrega de los mismos desde la perspectiva de la mujer, se promovió una línea de investigación-acción con la participación de Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras y Nicaragua. El estudio pretende generar propuestas para mejorar y adecuar los servicios a los intereses y necesidades de la mujer.

Se continuó trabajando en la promoción y el autocuidado de la salud de la mujer y su autoestima. Entre las labores llevadas a cabo se encuentra la publicación conjunta con el

UNICEF, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la OPS/OMS del manual para multiplicadores *Promoviendo nuestra autoestima*, así como la recopilación de artículos y publicaciones sobre el tema, como base para la elaboración de un plan de acción regional para la promoción y el autocuidado de la salud de la mujer.

Se intensificó la movilización de recursos y en varios países y subregiones se ampliaron las iniciativas sobre el tema de la mujer. Se organizó y desarrolló el Programa de la Mujer en Colombia, teniendo como primer resultado la formulación y difusión de una política de salud con enfoque de género denominada "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", la cual ha tenido una gran acogida nacional y ha facilitado un amplio espacio de concertación y acuerdos con las organizaciones de mujeres.

Se puso en marcha la segunda fase del proyecto relativo a salud integral de la mujer en Centroamérica, con el apoyo financiero de los países nórdicos. Asimismo, se facilitó la formulación del proyecto sobre salud y desarrollo de la mujer indígena en Guatemala y se obtuvo un primer financiamiento por medio del Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI).

Se gestionó y aprobó una subvención de la Carnegie Corporation para apoyar la formulación de un proyecto sobre mujer, salud y desarrollo en los países de habla inglesa del Caribe. En este contexto se realizaron varios estudios y consultas que culminaron en un seminario subregional en Trinidad y Tabago donde se aprobaron los objetivos y actividades del proyecto, que luego fueron presentados a la comunidad internacional y a diferentes fuentes donantes.

El Programa Regional también desempeñó un papel destacado en la organización y participación en las Discusiones Técnicas sobre Mujer, Salud y Desarrollo celebradas durante la 45ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, mayo), en donde se dieron a conocer las particularidades y los problemas de salud de la mujer de la Región de las Américas.

El Programa Regional también participó en la reunión intergubernamental convocada por la CEPALC en Santiago de Chile en septiembre,

donde se acordaron las líneas de trabajo relacionadas con las actividades preparatorias de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual se llevará a cabo en Pekín, China, en 1995.

ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

El Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias tiene la responsabilidad de promover actividades en los Países Miembros y en la Secretaría de la Organización para fortalecer la capacidad de producir y utilizar conocimientos sobre la situación de salud, así como sobre los factores determinantes y las tendencias que afectan a los distintos grupos de población, a fin de orientar el establecimiento de prioridades y la formulación de políticas y programas de salud y bienestar. El Programa cuenta con asesores regionales en la Sede, funcionarios en los países y con el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

La función de describir y explicar la situación de salud y sus cambios a corto y largo plazo en forma útil para el proceso de toma de decisiones ha adquirido en los últimos años una importancia creciente. En los países esto se ha debido tanto a la necesidad de ajustar la organización de los servicios de atención individual como a la de instrumentar mejor las decisiones en los proyectos de desarrollo social integrado. En la OPS/OMS estos análisis son un insumo para la definición de la cooperación técnica regional y su ajuste a la situación nacional de que se trate.

La aplicación de métodos epidemiológicos apropiados es fundamental para la comprensión de las diferentes y complejas realidades de salud de los grupos humanos de cada país y para una mejor programación y distribución de los recursos. Por consiguiente, la promoción de la epidemiología aplicada a estos propósitos es uno de los elementos principales de cooperación del Programa.

En la cooperación técnica prestada a los países en 1992 se destacan las actividades que se describen a continuación.

La OPS/OMS continuó desarrollando técnica y metodológicamente un proyecto sobre salud y condiciones de vida que tiene como propósito vigilar los cambios en la situación de salud, en función de las condiciones de vida de los distintos grupos de población, y que servirá para varios fines, entre ellos, facilitar las decisiones políticas con respecto a proyectos de inversión para el desarrollo social. A fines de año el proyecto estaba en marcha en Argentina, Cuba y Venezuela, en donde ya se han obtenido resultados preliminares, y se estaba iniciando en Brasil, Chile, Guatemala y Paraguay.

En el marco de los procesos de descentralización en marcha en casi todos los países de la Región, se continuó fortaleciendo la práctica epidemiológica en los servicios de salud, principalmente en cuanto al análisis de la situación de salud, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de programas en los niveles periféricos de prestación de servicios. También se colaboró en la redefinición de las funciones de las Unidades de Epidemiología, Estadística y Análisis de los Ministerios de Salud. Estas actividades se realizaron principalmente mediante la preparación de guías para el análisis de la situación de salud, la revisión de los mecanismos de registro, procesamiento y disseminación de datos estadísticos, y la revisión de normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica. De acuerdo con lo recomendado por la VIII Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica, celebrada en San Salvador, El Salvador, en septiembre de 1992, con respecto a la implantación de un programa subregional para el desarrollo de la epidemiología, en noviembre se realizó en Honduras una reunión con representantes de todos los países de la subregión para programar las actividades correspondientes e implantar un sistema de vigilancia epidemiológica en cada uno de ellos.

La capacitación en servicio fue una actividad prioritaria para los servicios de salud. Prosiguió el proyecto de educación permanente para epidemiólogos de área en Guatemala, así como el tercer curso de epidemiología en Haití y la capacitación en epidemiología del personal de los servicios locales de salud en Bolivia,

Brasil, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana y Venezuela. Las actividades realizadas en el Paraguay contaron con la colaboración del Instituto de Epidemiología de Mar de Plata, Argentina. En Cuba se empezaron a transformar las estrategias de intervención y los estilos de gestión, con énfasis en la descentralización y reforzamiento del nivel provincial y del nivel municipal. Entre otras medidas, se decidió realizar un curso de capacitación en el que se espera participen 20 000 funcionarios provinciales y municipales. Como primer paso, se realizó un taller metodológico para los multiplicadores del curso.

Las actividades de capacitación en los diversos países en general se orientaron más hacia la identificación y solución de problemas, dentro del contexto de una práctica actualizada de la salud pública, en vez de profundizar conocimientos disciplinarios. Sus contenidos fueron estructurados en base a tres componentes: la descripción y explicación de la situación de salud, los procesos de decisión y gestión, y las intervenciones o respuestas sociales integrales en el nivel local.

Actualmente todos los países de la Región publican un boletín epidemiológico con información sobre la incidencia y distribución de los problemas de salud más relevantes. Varios países comenzaron a publicar diagnósticos de la situación de salud de ámbito nacional, provincial o estatal.

La OPS/OMS siguió contribuyendo a la realización de reuniones científicas sobre epidemiología y salud pública como un estímulo a la producción, análisis y disseminación de estudios e investigaciones en salud. En 1992 se realizaron, entre otras, las III Jornadas Nacionales de Epidemiología en Medellín, Colombia, el 2º Congreso Nacional de Epidemiología en Belo Horizonte, Brasil, y el Congreso Mexicano de Epidemiología.

La difusión de información técnico-científica es una de las actividades de mayor importancia. El *Boletín Epidemiológico* de la Organización, que cumplió 13 años de publicación trimestral y del que se hace una distribución amplia en los países, contiene artículos origina-

les por profesionales de diversos programas técnicos de la OPS/OMS sobre tendencias de algunos problemas de salud en la Región, información sobre vigilancia de problemas de salud y de enfermedades de interés regional, y noticias sobre reuniones, cursos y seminarios en los países.

Se elaboró además la edición de 1992 del anuario *Estadísticas de salud de las Américas* (Publicación Científica de la OPS No. 542) la cual incluye, por primera vez, estimaciones quinquenales de tasas de mortalidad por grandes grupos de causas desde 1960-1964 hasta 1985-1989, por sexo y grupos de edad. Las estimaciones por causa corresponden a 24 países de la Región. En esta edición también se presentan datos de mortalidad por grupos más detallados de causas correspondientes a 58 años de información proveniente de 25 países. Esta última complementa las series históricas completas publicadas en la edición de 1991 del anuario. Asimismo, en la edición de 1992 se incluyeron, por primera vez, series históricas sobre morbilidad anual, por país.

Se prepararon también, y se distribuyeron en los países, varios documentos sobre procedimientos y normas para el análisis de la situación de salud. Entre estos, cabe mencionar el titulado *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*.

En relación con las actividades orientadas a fortalecer las funciones de análisis de la Secretaría de la OPS, en 1992 se completó un informe regional de evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 que se publicará en español, inglés y francés en 1993. En el *Informe Anual del Director, 1991* se incluyó por primera vez un diagnóstico de la situación de salud en la Región, que será elaborado anualmente para ese fin. Además, en las Representaciones de la OPS/OMS en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua se realizaron talleres sobre análisis de la situación de salud para dar impulso a los proyectos nacionales. En Washington, D.C., con la participación de todos los Representantes en los países y de los coordinadores de programas, se realizó una reunión técnica para revisar los aspectos conceptuales, metodológi-

cos y operativos de la preparación de *Las condiciones de salud en las Américas*. También se realizaron varias actividades para desarrollar el Sistema de Información Técnica de la OPS, en el que se apoyan los análisis de situación de salud que realiza la Secretaría. Además, se implantó un subsistema que procesa las estimaciones demográficas elaboradas por las Naciones Unidas y las incorpora a la base de datos de la Organización, así como otro subsistema que produce estimaciones de tasas de mortalidad por causa, en base a varios supuestos y utilizando los datos del registro civil de los países y las estimaciones de tasas de mortalidad general, según edad y sexo, elaboradas por las Naciones Unidas. Este último subsistema se utilizó en la preparación de la edición de 1992 del anuario *Estadísticas de salud de las Américas*.

Se siguió colaborando con las Naciones Unidas y con la OEA en la implantación de estrategias encaminadas a aumentar la cobertura y mejorar la calidad de las estadísticas vitales en la Región. En Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela se colaboró en la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones del taller internacional sobre el tema celebrado en Buenos Aires en 1991.

El CAREC proporciona servicios de epidemiología y de laboratorio a 19 países de habla inglesa del Caribe. Su responsabilidad principal consiste en fortalecer la vigilancia epidemiológica, la investigación y el control de los brotes de enfermedades transmisibles; desarrollar la capacidad de realizar análisis de la situación de salud; mejorar las estadísticas vitales; controlar ciertas enfermedades crónicas, inclusive el cáncer cervicouterino y la enfermedad cardíaca, y reducir las lesiones por accidentes de tráfico. El CAREC también ofrece una gran variedad de servicios de laboratorio para enfermedades bacterianas y víricas de importancia para la salud pública en el Caribe y da apoyo a otras actividades que se realizan para el control de enfermedades, como las del Programa Ampliado de Inmunización y el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA.

Entre las demás funciones importantes del CAREC se encuentra el adiestramiento en epidemiología, métodos de laboratorio e investiga-

ción. El Centro ha participado activamente en la evaluación del riesgo de la introducción del cólera en el Caribe y en la preparación para tomar las medidas pertinentes en caso de que se produzca. También colaboró en la investigación y control de brotes de la enfermedad en Belice y Guyana.

En cuanto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la Organización siguió coordinando la elaboración de las ediciones en español y en portugués de la 10ª Revisión, en un empeño conjunto con los tres centros colaboradores de la OMS en Brasil, los Estados Unidos de América y Venezuela. El Volumen I de esta edición de la CIE ya se completó, y para fines de año los otros dos volúmenes estaban siendo preparados para su publicación.

DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD

Los países de América Latina y el Caribe experimentaron en 1992 una evolución que, en términos generales, puede considerarse más propicia al desarrollo de sus políticas de salud que en 1991. En la mayoría de ellos se atenuó por segundo año consecutivo la crisis económica que les venía afectando desde la década anterior, aunque el ritmo de crecimiento alcanzado es aún modesto en comparación con el de los años anteriores a la crisis. Paralelamente se lograron avances que contribuyeron a consolidar el proceso de redemocratización que atraviesa la Región, pese a algunos retrocesos que no llegan a revertir la tendencia observada desde la segunda mitad de los años ochenta. Es evidente que el deterioro social causado por la crisis y algunas políticas de ajuste estructural adoptadas por varios países siguen afectando a los grupos de menor ingreso y ahondan los niveles de inequidad en varios sectores, incluido el de salud. Sin embargo, se empieza a verificar un clima más favorable para las demandas sociales como parte de las estrategias de desarrollo regional. Dentro de este contexto, el Programa de Desarrollo de

Políticas de Salud realizó las actividades que se describen a continuación.

En cuanto al desarrollo político en salud, se completó un estudio sobre los procesos de privatización de la atención de salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Jamaica, México, Uruguay y Venezuela. El estudio constató las tendencias recientes en la división de responsabilidades entre los sectores público y privado de los países en lo que concierne a la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. La crisis de los años ochenta y las políticas de ajuste adoptadas como respuesta a la misma han provocado un debilitamiento en los servicios públicos a la vez que se verifica un crecimiento acelerado en el sector de salud privado. Como resultado, se alteran las proporciones de la "mezcla" de los sectores público y privado que ha existido en los sistemas de salud de la Región.

En cuanto al proyecto "Democracia y Salud", la OPS/OMS colaboró en la primera reunión de la Comisión de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), realizada en La Habana en marzo. El PARLATINO definió cinco prioridades relacionadas con salud: reestructuración del sistema de servicios, salud y ambiente, medicamentos, salud de los trabajadores y salud maternoinfantil. Tales prioridades deberán ser los temas de cooperación de varios programas de la OPS/OMS con el PARLATINO en los años próximos. Ya en 1992 se contó con la participación de varios parlamentos de la Región en reuniones relacionadas con algunos de estos temas, como las de evaluación de las metas adoptadas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Brasília) y sobre el medio ambiente en preparación a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (São Paulo). Igualmente, se llegó a un acuerdo de cooperación con el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) y se avanzó en la formalización de acuerdos semejantes con el PARLATINO y el Parlamento Andino. Un informe sobre el proyecto "Democracia y Salud" fue presentado al Subcomité de Planificación y Programación y al Comité Ejecutivo de la OPS.

Con motivo de la iniciativa del Año de la Salud de los Trabajadores, se promovieron actividades relacionadas con trabajo y salud en la Región. Además, se prepararon dos estudios sobre las transformaciones en el mercado de trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores y sobre salud de los trabajadores en el desarrollo que sirvieron de base para la participación de la Organización en la reunión de Ministros de Trabajo patrocinada por la OEA en noviembre. Estos documentos también aportan elementos para la cooperación de las autoridades de salud con los Ministerios de Trabajo y las organizaciones sindicales.

Mediante un acuerdo concertado con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) y el Centro Eisenhower para la Conservación de Recursos Humanos, la OPS/OMS trabajó en un estudio pionero mundial sobre las implicaciones del comercio exterior en los servicios de salud. El estudio —que se concentra en Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Jamaica y México— analiza la dimensión de ese comercio y el efecto que tiene para la salud de las poblaciones involucradas, y proporcionará un aporte significativo para las políticas de incentivo o regulación que se adopten al respecto.

En colaboración con BIREME y la Biblioteca de la Sede, se ha organizado una colección de cerca de 6 200 documentos sobre los campos de acción del Programa. Además, para dar mayor difusión a los temas en los que trabaja, el Programa publicó dos libros en su serie Salud en el Desarrollo, 10 documentos en la Serie de Informes Técnicos y 15 documentos de la Serie de Reproducciones.

La principal línea de acción en cuanto al componente de organización institucional y acción intersectorial en salud consistió en promover la articulación de los servicios gubernamentales, de la seguridad social y del sector privado en la formulación y aplicación de las políticas nacionales de salud. Para ello, la Organización trabajó en forma integrada con los países, principalmente los de Centroamérica en el marco de la iniciativa de salud de esa subregión. Asimismo, colaboró en el establecimien-

to del Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS), que será un instrumento de apoyo de los programas de salud de la seguridad social y de coordinación con las instituciones de salud en los países y a nivel subregional e internacional. La creación del COCISS recibió la aprobación de los Presidentes en la XIII Cumbre Presidencial Centroamericana realizada en Panamá en diciembre.

Se colaboró con las instituciones de seguridad social de Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Panamá y Perú, con el fin de realizar actividades tales como la evaluación de programas y modelos de atención, mecanismos de coordinación institucional, extensión de cobertura y sistemas de información de salud en la seguridad social. Debe destacarse la reunión sobre la situación de los recursos humanos en salud en la seguridad social de Centroamérica, que fue auspiciada junto con el Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social de Costa Rica, el PASCAP y el Centro de Investigación y Educación en Salud de Nicaragua. Se publicó el libro *Seguridad social en los países de la región andina*, y se espera concluir en 1993 la publicación del libro *La seguridad social en Centroamérica*.

En colaboración con el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, en agosto se realizó en San José, Costa Rica, un seminario sobre la mezcla público-privada en salud, con participantes de los Ministerios de Salud y de Planificación, instituciones de seguridad social, asociaciones privadas de financiamiento y parlamentos de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Uruguay y Venezuela. En el seminario se revisaron los cambios que se están produciendo en las funciones del Estado y del sector privado en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como su impacto en términos de equidad y eficiencia de los servicios. Asimismo, se analizó la experiencia de algunos países de Europa en cuanto a los cambios de los papeles de ambos sectores que podrían ser relevantes para América Latina y el Caribe. En el informe del seminario se señala la necesidad de buscar nuevas formas de colabora-

ción entre el sector público y el privado, para que los sistemas de salud de los países de la Región sean más equitativos en sus prestaciones y más eficientes en la utilización de sus recursos.

En cuanto al análisis y planificación sectorial, la Organización, buscando una mejor inserción de las políticas de salud en la acción de los Gobiernos, participa en una red de apoyo a los países en materia de políticas sociales integradas junto con la UNESCO, el UNICEF, el PNUD, la FAO, la CEPALC, la OEA, la Junta del Acuerdo de Cartagena y el Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe de la OIT. Con ese mismo propósito, la OPS/OMS colaboró con la revista *Social Sciences and Medicine* y con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá) en temas relativos al acceso de la mujer a los servicios de salud y a la promoción de salud de los niños, respectivamente. Se colaboró además en una reunión sobre la salud de los ancianos celebrada en junio en Washington, D.C., con la participación de especialistas en políticas de salud que afectan a ese grupo de la población. Asimismo, la Organización dio apoyo a la creación de un centro de información sobre medicina tradicional y antropología médica en el Perú, y a la formulación de las políticas de salud en el contexto del Fondo de Inversión Social de Emergencia de Nicaragua.

La Organización preparó una guía sobre análisis sectorial a partir de su experiencia y la de otras organizaciones sobre el tema en los últimos 15 años. Con base en esa guía en el Ecuador se hizo un estudio piloto cuyo informe se presentó al nuevo Gobierno que asumió sus funciones en agosto. Próximamente se realizarán estudios semejantes en Barbados, Dominica y Santa Lucía. Todos estos estudios permitirán revisar la guía para utilizarla en los análisis sectoriales que se realicen en el contexto del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Otro importante desarrollo metodológico es el enfoque de escenarios futuros de salud, que el Programa está incorporando por medio de su participación en un comité coordinador sobre el tema, bajo la dirección de la oficina de Méto-

dos de Vigilancia, Evaluación y Proyección de la OMS. La OPS/OMS promovió varias actividades en ese campo y preparó publicaciones específicas para su amplia difusión en la Región.

Como parte de la capacitación en planificación de proyectos de desarrollo en salud que el Programa lleva a cabo desde 1987, en la Escuela de Salud Pública de Medellín se realizó el IX Curso, para los países andinos, Cuba y la República Dominicana, y en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, en México, el X Curso, para los países centroamericanos y México, con participantes de los Ministerios de Salud, de Planificación y de Economía, instituciones de seguridad social y de saneamiento ambiental. Además, se prepararon 17 módulos docentes, que se utilizarán para adiestrar capacitadores en la formulación de proyectos de inversión en salud, lo que se está programando con el Instituto de Desarrollo Económico (IDE) del Banco Mundial para 1993 como parte de las actividades de la Organización para la implantación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

En cuanto a economía y financiamiento de la salud, se estudió la factibilidad de convertir la deuda externa en fuente adicional de recursos para el sector salud en 14 países, y se encontraron condiciones favorables para tal propósito en por lo menos dos de ellos, Costa Rica y Honduras.

Se colaboró también en varias actividades relacionadas con la capacitación en economía y financiamiento de salud, como los cursos de planificación de proyectos en Medellín y México. Con el IDE del Banco Mundial, la OPS/OMS llevó a cabo en Washington, D.C., una reunión sobre capacitación en economía y financiamiento de la salud en América Latina y el Caribe que permitió identificar instituciones docentes e investigadores de nueve países que podrían involucrarse en las acciones promovidas por la OPS/OMS y el IDE en este campo. Asimismo, la Organización formuló con el IDE un proyecto para la conformación de una red regional de economía y financiamiento de la salud y a esos efectos completó un diagnóstico sobre la capacidad de varios centros docentes en Argentina, Brasil, Costa Rica y Chile.

Por otra parte, la OPS/OMS puso en marcha una serie de estudios sobre diversos temas. En un seminario sobre alternativas para el financiamiento del sector salud, realizado en La Habana en marzo, se revisó la experiencia de varios países como un aporte para la posición que la Organización tomará sobre la cuestión del financiamiento sectorial. La OPS/OMS trabajó en la estimación de los costos de alcanzar las metas adoptadas en la Cumbre en Favor de la Infancia, como aporte al Comité Interagencial OPS/OMS-UNICEF-PNUD-Banco Mundial-BID. También se estimaron los gastos de los servicios privados de salud, como resultado de las encuestas de hogares sobre ingresos y gastos de las familias en diversos países. Se completó la evaluación del impacto de los Fondos de Emergencia o Inversión Social sobre el sector salud en siete países y el informe correspondiente fue presentado en un seminario sobre macroeconomía y salud patrocinado por la OMS en Ginebra.

En cuanto a legislación de salud, se perfeccionó y amplió la base de datos LEYES, en colaboración con BIREME y la Biblioteca de la Sede, la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de América, la Facultad de Derecho de la Universidad de las Indias Occidentales y el Centro de Investigaciones en Derecho Sanitario de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. LEYES ya cuenta con más de 4 500 registros de la legislación de salud en América Latina y el Caribe, y su uso se promovió en los ámbitos parlamentarios, ministeriales y académicos, tanto a nivel nacional como sub-regional y regional, para lo cual se realizaron varias actividades de capacitación sobre la tecnología MICROISIS, inclusive un curso para los responsables por la recuperación de la información legislativa de varios parlamentos de la Región. Con el fin de articular LEYES con otras iniciativas en este campo, se colaboró en una reunión de la Red Internacional de Información Legislativa, que la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos promovió en la Sede de la OPS en diciembre, con la participación del Programa de Legislación Sanitaria de la OMS, el PNUMA y otras organizaciones internacionales

les e instituciones de la Región dedicadas al acopio legislativo.

Dentro del proyecto "Democracia y Salud" se continuó con la gestión del Convenio de Cooperación Técnica entre la OPS/OMS y 21 de los parlamentos de la Región. De acuerdo con las prioridades adoptadas por el PARLATINO, se prepararon cuatro estudios sobre la legislación de varios países de la Región relativa a la salud del trabajador, la mujer, el niño y el adolescente, la salud ambiental y los medicamentos. Se prepararon además informes sobre las implicaciones del MERCOSUR para la salud, la armonización de la legislación centro-americana sobre tecnología de salud y un marco normativo sobre salud ambiental en el contexto de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, relacionados con eventos que involucran respectivamente a los parlamentos del Cono Sur, el PARLACEN y el PARLATINO.

La OPS/OMS realizó estudios sobre la legislación aplicable a temas que les corresponden a varios de sus programas, como plaguicidas y sustancias peligrosas, bancos de sangre, malaria, tabaquismo, derechos humanos de los portadores de discapacidad y salud de la mujer. Igualmente se dio apoyo a la definición de los lineamientos jurídicos para la organización del sistema nacional de salud según la nueva Constitución del Paraguay, así como a la actualización de la legislación de salud mental de Ecuador y Panamá. Se colaboró con el CIESS en un seminario sobre "La mujer y la seguridad social" realizado en México en julio, donde se presentó un estudio sobre la seguridad social y la incorporación de la mujer al desarrollo socioeconómico. Con la Universidad de Columbia, Nueva York, se formuló un proyecto sobre actualización de la legislación alimentaria y otro sobre abogacía en salud pública. En una reunión realizada en Washington, D.C., en diciembre se definieron las bases para una red de centros colaboradores en legislación de salud, con el propósito de fortalecer la capacidad de los países de la Región para la cooperación técnica, docencia e investigación en esta disciplina.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA

Desarrollo de los servicios de salud

La Organización continuó impulsando los procesos de reorganización del sector salud basados en la descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Por ende, dirigió sus actividades fundamentalmente a apoyar el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en los países de la Región, sobre todo en los aspectos de formulación y ejecución de políticas y estrategias nacionales, mejora de los procesos de evaluación, e incremento de la capacidad de gestión mediante la elaboración de instrumentos para la aplicación de la administración estratégica local. Dentro de ese marco, la OPS/OMS cooperó con todos los países de la Región en la definición, el establecimiento y la evaluación de los SILOS.

Asimismo, la OPS/OMS promovió investigaciones nacionales en áreas críticas para la organización y el financiamiento de los servicios de salud, e hizo hincapié en la formulación y puesta en marcha de proyectos específicos dedicados al desarrollo local.

Teniendo en cuenta la importancia de la conducción a nivel local y la necesidad de promover la participación social, la Organización elaboró, para uso de los países, material conceptual y metodológico sobre administración estratégica en los SILOS y participación social. Se organizaron talleres y reuniones nacionales y subregionales en Argentina, Bolivia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana y los países de habla inglesa del Caribe. En esas reuniones, que contaron con la participación de aproximadamente 1 000 funcionarios, se analizaron los procesos de gestión local, la participación social y los instrumentos gerenciales y de conducción.

La Organización continuó colaborando con los países de la Región en los procesos orientados a fortalecer la capacidad operativa de los

sistemas de salud mediante la ampliación de la capacidad gerencial. Con ese fin se hicieron esfuerzos para definir un marco conceptual e instrumental en las áreas de desarrollo organizacional, conducción, descentralización administrativa, sistemas de información gerencial, gestión de proyectos y fortalecimiento de las instituciones de capacitación para favorecer el establecimiento de los sistemas locales de salud.

La Organización siguió prestando apoyo al desarrollo de la participación social en salud mediante el análisis y la reflexión del modelo de decisiones centralizadas y reservadas a las instituciones de salud y al personal de conducción, y el impulso a la transición hacia un modelo de cogestión social de la salud. Se elaboró el marco conceptual de la participación social en el desarrollo de la salud con ese modelo, que considera el desarrollo y fortalecimiento del protagonismo de los diversos actores sociales. Dentro de ese marco conceptual, se promovió la redistribución del saber mediante el apoyo a la capacitación del conjunto de los actores sociales para la identificación de problemas y necesidades, la elaboración de propuestas de acción, y la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. La OPS/OMS colaboró en la realización de un taller para los países de habla inglesa del Caribe sobre la participación de los jóvenes en el fomento de la salud (Barbados, octubre), organizado por la Asamblea Mundial de la Juventud, la OMS y el UNICEF; en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Santa Fé de Bogotá, noviembre) y, posteriormente, en una reunión nacional de trabajo con los funcionarios del programa de promoción de la salud en Manizales, Colombia. Se publicó una bibliografía anotada sobre participación y educación para la salud, que se distribuirá en los cuatro talleres subregionales sobre participación social y educación para la salud planificados para 1993.

Con la participación de 45 funcionarios de 20 países, en agosto se efectuó un seminario en Antigua, Guatemala, con el fin de estimular el perfeccionamiento de los sistemas de información de los SILOS, crear bases cooperativas para el desarrollo de los sistemas de información, iniciar un inventario de los sistemas y de la

infraestructura existentes, y elaborar las líneas de trabajo específicas. En el seminario se acordó, entre otras cosas, recomendar la creación de una red de cooperación en informática médica; México ofreció ser la sede de la red e iniciar las actividades. Asimismo, durante el año se identificaron cerca de 70 proyectos de interés común para trabajar en el campo de información sobre los SILOS.

Teniendo en cuenta que en varios países los procesos de descentralización y desarrollo de los SILOS se basa en el fortalecimiento de los municipios, la Organización hizo progresos en la elaboración conceptual de la aplicación de la estrategia de los SILOS a los municipios, y dio apoyo a los países para construir municipios saludables. Dentro de esa misma línea de trabajo se avanzó en la aplicación de la estrategia de los SILOS en áreas urbanas, y se elaboró un documento de consulta sobre la salud en las grandes ciudades.

En el Paraguay se colaboró con la Municipalidad de Asunción para el establecimiento de los SILOS en el área metropolitana; en Cuba se realizó un taller para la formación de grupos de gerencia municipales (SILOS), y en Nicaragua se cooperó en la definición de propuestas estratégicas nacionales en cuanto a descentralización y fortalecimiento de los SILOS.

Dentro de los esfuerzos para identificar poblaciones con mayor necesidad de atención, la Organización inició la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, con la cooperación de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional. El objetivo es trabajar con los gobiernos y los pueblos indígenas para conocer las necesidades de salud y encontrar soluciones a los problemas más urgentes de estos grupos de población. Con ese fin, en noviembre la OPS/OMS organizó una reunión regional en Winnipeg, Canadá, a la cual asistieron representantes de gobiernos y pueblos indígenas de la Región.

La OPS/OMS continuó dando apoyo a proyectos de desarrollo local de la salud. En coordinación con el Gobierno de Italia se siguió ejecutando el Proyecto de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza en Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana.

En este último país se realizó una evaluación que puso de manifiesto importantes progresos. Con la Fundación W.K. Kellogg se siguió cooperando con los países para mejorar la atención en los servicios locales de salud. En 1992 se completó la trilogía iniciada en 1990 sobre la implantación de modelos de atención de la salud basados en los sistemas locales, con la publicación del libro *Evaluación para el cambio* (Serie HSD/SILOS-19), en el que se analizan los sistemas locales de salud de Bolivia, Haití y la República Dominicana. El propósito de esa trilogía fue difundir una metodología para la evaluación de naturaleza integral, con vistas a estimular cambios de actitudes y generar conocimientos útiles para lograr que la atención de la salud a nivel comunitario se base en criterios de eficiencia, eficacia y equidad.

En cuanto a la administración de salud, dentro de la Iniciativa de Salud de Centroamérica la Organización obtuvo US\$ 1,2 millones del PNUD y del Programa de Emergencia para Centroamérica a fin de llevar a cabo un nuevo proyecto para consolidar e incrementar la capacidad gerencial de los servicios de salud en Centroamérica. En el marco conceptual para el desarrollo de la administración estratégica, la OPS/OMS colaboró con los países de Centroamérica en la identificación y elaboración de instrumentos operativos, entre los que se destaca el material educativo sobre el sistema de suministros para instituciones del sector salud, que cuenta con 12 módulos de autoinstrucción.

En cooperación con la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Organización siguió realizando actividades de apoyo al mejoramiento de los hospitales de la Región. Entre ellas merecen especial mención los talleres y seminarios que se llevaron a cabo en Brasil, Barbados (para los países de habla inglesa del Caribe), Bolivia, Colombia, Chile, México, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana y Venezuela, con el propósito de discutir y revisar la acreditación de hospitales. Al término de dichas reuniones, en las que participaron aproximadamente 300 funcionarios del sector salud y de instituciones vinculadas al mismo, en casi todos los países se formaron grupos de trabajo com-

puestos por funcionarios del sector público y privado para dar continuidad al proyecto. En el Brasil, con motivo de ese seminario, la Federación Brasileña de Hospitales distribuyó un manual sobre la acreditación de hospitales, en portugués, que la Organización publicó también en español y en inglés. En Colombia, Chile y México se hicieron planes para preparar un manual similar aplicable a las condiciones de cada uno de esos países. Además, la Organización inició la recopilación del Directorio Hospitalario, que significa un importante aporte al conocimiento de esa capacidad instalada en la Región.

En relación con el desarrollo de la investigación de los servicios de salud se distribuyó la publicación titulada *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (Publicación Científica de la OPS No. 534), que recopila un total de 100 investigaciones, lo que significa una contribución importante a la administración del conocimiento en ese campo. Con el apoyo de la OPS/OMS se realizaron dos cursos para la formulación de protocolos de investigación, uno en México y otro en el Brasil; este último en coordinación con el Programa de la OMS de Lucha contra la Lepra. Con el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá, la OPS/OMS trabajó en la preparación de módulos para la enseñanza de la investigación en salud, que se tradujeron del inglés al español. En coordinación con la OMS, la OPS continuó la difusión del *Boletín de Investigaciones de Servicios de Salud*.

Dentro del marco de las iniciativas subregionales, durante el año se realizó en el Ecuador una reunión para evaluar los SILOS de los países de la subregión andina, con la participación de 60 funcionarios de esos países, de Chile y de México; en Washington, D.C., se llevó a cabo otra reunión para los países de la subregión del Caribe, a la que asistieron 66 participantes. En cuanto al desarrollo de los recursos humanos, con el Instituto de Salud Pública de México se intercambiaron experiencias sobre la capacitación de personal en servicio para el fortalecimiento de los SILOS y la administración estratégica. Asimismo, se continuó trabajando con

la Universidad de Chile para capacitar personal en servicio y de gerencia.

Con los organismos de seguridad social, la Organización realizó actividades en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social de México sobre participación social y actores revelantes, y trabajó en el establecimiento de un sistema de información gerencial y en la elaboración de una propuesta para la organización de una unidad de investigación en servicios de salud. También se llevaron a cabo actividades conjuntas con la Universidad de Texas en Galveston (EUA), entre ellas la realización de un taller sobre investigación de servicios de salud en el que participaron cinco países de la Región, y la preparación de un protocolo de investigación sobre la práctica de la medicina familiar.

La Organización colaboró con el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) y la CEPALC en un proyecto conjunto para dar apoyo a la descentralización de los sistemas locales, que será aplicado en varios países de la Región, y preparó documentos sobre la relación entre los SILOS y la salud ocupacional, la salud pública veterinaria y el saneamiento básico. También finalizó los trabajos para una publicación sobre los modelos evolutivos del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay (Cuaderno Técnico de la OPS No. 36), y progresó en el desarrollo conceptual en cuanto a la organización de los servicios en las áreas urbanas, y a los sistemas de salud y el turismo. En ambos casos, el material elaborado se puso a disposición de los países para su mejora y aplicación en los programas nacionales.

Entre las actividades más importantes que la Organización llevó a cabo para fortalecer la práctica y la administración de los servicios de enfermería cabe mencionar la realización de un taller de consulta sobre la función que desempeñan los servicios de enfermería en el desarrollo de los SILOS. Durante el taller, que contó con la participación de 14 enfermeras de Centroamérica y de la República Dominicana, se elaboró un nuevo perfil para la enfermería, se identificaron los problemas que puedan surgir al asumir ese nuevo perfil, y se hicieron recomendaciones para la cooperación técnica. Dentro de un

acuerdo que se inició hace seis años, la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería y la OPS/OMS ejecutaron un plan de trabajo que incluyó cinco líneas de acción, a saber, política y liderazgo, modelos de atención y enfermería en los SILOS, reglamentación y ética, nuevos conceptos del desarrollo de recursos humanos, y relación entre la salud y el trabajo. Teniendo en cuenta esas líneas de acción se prepararon proyectos de investigación y un documento básico de referencia para la práctica de la enfermería en los servicios de salud.

La Organización elaboró además un documento sobre la función que desempeña el personal de enfermería en la salud del adulto, destacando la importancia de las actividades para la promoción de la salud en los sistemas locales. El documento fue distribuido con el fin de promover la participación del personal de enfermería en la planificación e implantación de los programas de atención de salud para los adultos y en la promoción de la salud a nivel local. Continuaron los trabajos relacionados con la enfermería y la salud del anciano, especialmente en lo que se refiere a los aspectos de promoción del cuidado integral del mismo. También se iniciaron las actividades para establecer una base de datos sobre enfermería con el fin de promover proyectos de educación e investigación a nivel regional, nacional y local. Más de 400 profesionales de enfermería de 20 países participaron en un coloquio internacional sobre investigación en enfermería que se realizó en Panamá (noviembre). En el mismo se abordó la transformación de la educación y la práctica de la enfermería, y se analizaron investigaciones que demuestran cómo la enfermería se relaciona con la calidad de la atención, la equidad, la eficacia y la participación social. Se designaron dos centros colaboradores de la OMS para proporcionar apoyo en materia de salud en áreas rurales y fronterizas (Universidad de Arizona, EUA), y liderazgo y administración de los servicios de enfermería (Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá).

En cuanto a infraestructura física y mantenimiento, la OPS/OMS intensificó la colaboración con los programas de ingeniería y manteni-

miento de los establecimientos de salud de los países de la Región, mediante la cooperación directa con 14 de ellos y el envío de información técnica, material bibliográfico e información sobre programas de capacitación a nivel profesional y técnico a todos los establecimientos de la Región. Además, distribuyó en todos los países un boletín bimensual sobre mantenimiento de establecimientos de salud en Centroamérica.

Dentro de la Iniciativa de Salud de Centroamérica, la Organización continuó la segunda fase del proyecto subregional de fortalecimiento y desarrollo de los servicios de ingeniería y mantenimiento de los establecimientos de salud, así como los proyectos de mantenimiento bilaterales de Belice y Guatemala, financiados por el Reino de los Países Bajos, y el de Nicaragua, con financiamiento del Gobierno de Finlandia. La OPS/OMS también cooperó en la formulación de políticas nacionales de ingeniería y mantenimiento, y en los procesos de descentralización y fortalecimiento de la capacidad local de los servicios, dentro de la estrategia de los SILOS. Además continuó con la implantación de programas de ahorro energético y de seguridad en instalaciones eléctricas; colaboró en la realización de cursos nacionales para capacitar al personal encargado de la operación y el mantenimiento de equipos, y fortaleció el desarrollo de los centros de documentación técnica y el intercambio técnico entre países.

También en Centroamérica se realizó un estudio del estado de los programas nacionales de ingeniería y mantenimiento de equipos, por medio del cual se pudo comprobar que la situación había mejorado con respecto al año 1986. El estudio incluyó el estado de los equipos y un censo de los recursos humanos. En octubre se realizó la evaluación de la segunda fase del proyecto en Centroamérica; debido al resultado positivo, se recomendó que se ejecutara una tercera fase con una duración de dos años a partir de mayo de 1993.

La Organización colaboró en la realización del XIII Seminario Internacional de Salud Pública sobre la Investigación del Recurso Físico en Salud celebrado en la Argentina; en el pro-

yecto de gerencia de tecnología en seis países de habla inglesa del Caribe, que se realiza con la participación del CIID; en la revisión y actualización de la política y el sistema nacional de ingeniería y mantenimiento; en el programa de equipamiento de hospitales del Ecuador, y en el proyecto de excelencia de equipos (PROEQUIPO) del Brasil.

Las actividades de rehabilitación, que se programaron de acuerdo con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS para el cuatrienio 1991-1994, se dirigieron primordialmente a lograr su articulación en los SILOS, como un medio para alcanzar la equidad en el proceso de reorganización del sector salud. Durante el año se completó la publicación *Los servicios de rehabilitación* (Serie HSD/SILOS-20), y se distribuyó el libro *Clinical Advances in Physical Medicine and Rehabilitation* (Publicación Científica de la OPS No. 533). Además, se evaluaron algunas experiencias en ejecución, y se fortalecieron los servicios de rehabilitación con base en la comunidad y la red de servicios nacionales en este campo. La OPS/OMS continuó cooperando con proyectos nacionales que con aporte externo de países europeos se ejecutan en áreas específicas de rehabilitación, tales como el que se lleva a cabo en Nicaragua con el apoyo del Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional (FINNIDA), y los de desarrollo integral de comunidades que se realizan dentro del Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centro América (PRODERE) y del Proyecto de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza, en el Perú.

Medicamentos y vacunas esenciales

La disponibilidad de medicamentos de reconocida seguridad, eficacia y calidad se ha visto directamente afectada por los procesos de ajuste económico en marcha a lo largo de la Región y por las tendencias de globalizar los mercados y de eliminar las barreras comerciales. Las estrategias del sector económico de aumentar la oferta de medicamentos con el fin de reducir los

costos ha llevado a políticas de desburocratización y desregulación que implican una simplificación y reformulación de los procedimientos y normas de aprobación y registro de productos farmacéuticos. Existe una real preocupación porque estos procesos vienen dándose con predominio de los criterios económicos y, sin suficiente participación del sector salud, lo cual está resultando en la toma de decisiones que pueden afectar adversamente la salud de la población al permitir la circulación de productos cuya calidad y relevancia sanitaria no han sido evaluadas. Es en este contexto que la Organización ha colaborado con las autoridades responsables de la regulación y control de medicamentos en definir prioridades que permitan adelantar políticas y programas eficientes y con capacidad real de vigilar la calidad y el uso de estos insumos críticos a lo largo de la cadena de producción y comercialización. La Organización ha colaborado además en otras actividades vinculadas a este campo; a continuación se hace un resumen de las más destacadas.

En cuanto al desarrollo de los servicios farmacéuticos dentro de los sistemas locales de salud, se dio apoyo a la integración de los servicios farmacéuticos en los servicios de atención a la salud. Durante 1992 se incrementó el número de hospitales en los que se prestan servicios farmacéuticos básicos y se logró incluir esta línea de acción en los nuevos programas de cooperación técnica. Por ejemplo, tanto los programas nacionales del Ecuador, la República Dominicana y Venezuela, como la propuesta de proyecto subregional para la segunda fase de la Iniciativa de Salud de Centroamérica presentada a los Países Bajos, incluyen este componente a nivel institucional y local.

La Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el auspicio y asesoramiento técnico de la OPS/OMS, completaron la elaboración de material de instrucción para actividades de educación continua en gestión de suministros y administración de farmacias de hospital. Este material se utiliza en los cursos anuales que realizan esas instituciones y facilitará más adelante la implantación de esas actividades a nivel

nacional en los demás países interesados. Con ese mismo fin se elaboró una versión preliminar de una guía de evaluación de servicios farmacéuticos de utilidad para los niveles normativos, de supervisión y operativos, ya que permitirá diseñar planes y programas en base a la prioridad de las deficiencias particulares de cada caso.

Las acciones adelantadas en cuanto a legislación, regulación y control de calidad de los medicamentos se enmarcaron en las mencionadas políticas de apertura e integración económica. En función de todas estas políticas, las autoridades de salud identificaron la necesidad de fortalecer las acciones para que se logre una concordancia con las normas existentes para el sector, especialmente en cuanto a criterios para el registro de medicamentos con énfasis en los medicamentos genéricos y a la aplicación e inspección con una guía común para las buenas prácticas de manufactura. A fin de sentar las bases para lograr una armonización regional a ese respecto, y en el marco de lo convenido por la recientemente reestructurada Red Latinoamericana de Instituciones Reguladoras y Laboratorios de Control de Calidad, se realizó una reunión para la Subregión Andina y otra para la de Centroamérica. En cuanto al Cono Sur, la OPS/OMS no ha participado directamente en estas acciones ya que se están realizando a través del MERCOSUR; sin embargo, a solicitud de los delegados nacionales del subgrupo en el sector farmacéutico, en 1993 la OPS/OMS tendrá un papel más activo tanto en las reuniones técnicas como en la puesta en marcha de las recomendaciones que surjan de las mismas.

También se dio apoyo a los gobiernos de Argentina, Colombia, Honduras y Guatemala para la modificación y aplicación de la legislación vigente, y se colaboró con el Laboratorio de Pruebas de Medicamentos en el Caribe a fin de que este siga sirviendo a los países de esa subregión. Asimismo, con la colaboración del Gobierno del Canadá, se implantaron normas de buenas prácticas de laboratorio, para lo cual se llevó a cabo un taller regional en Costa Rica.

En lo referente a la producción de medicamentos, la OPS/OMS centró sus actividades en el fomento de las normas de buenas prácticas de

manufactura y en la producción de medicamentos genéricos. Para la primera proporcionó cooperación técnica directa y colaboró en la realización de cursos nacionales en Argentina, Colombia, Costa Rica, Guatemala y Nicaragua, mientras que para la segunda cooperó con los gobiernos en la implantación de políticas nacionales sobre medicamentos genéricos que vienen formulando varios países, entre ellos Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Panamá.

La actividad más destacada en cuanto a administración del conocimiento fue la Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos, que contó con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinario. La Conferencia recomendó, como punto central de la estrategia de una política de medicamentos esenciales, adoptar programas de medicamentos genéricos y utilizar un nombre común internacional (nombre genérico) en la prescripción. En cooperación con la Asociación de Escuelas de Farmacia de los Estados Unidos, la Organización analizó una propuesta para reformar el currículo de los estudios de farmacia en América Latina e inició las actividades preparatorias para la II Conferencia de Educación Farmacéutica programada para noviembre de 1994. En Centroamérica, con el apoyo del PASCAP se siguió cooperando en la reforma curricular de las escuelas de farmacia. Además, la Organización colaboró en el diseño y puesta en marcha de un sistema computadorizado de registro y control de medicamentos, y del registro de importaciones y exportaciones, que incluye estupefacientes y psicotrópicos.

Asimismo, se publicó el Informe de la Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos Esenciales; una guía para farmacias y servicios farmacéuticos en las unidades de salud, y una publicación sobre métodos en farmacología clínica. En el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* se siguió publicando trimestralmente la sección de información farmacológica. También, se dio amplia difusión a las publicaciones sobre medicamentos esenciales así como a otra literatura relacionada con el tema.

La mayoría de las actividades de la Organización en este campo contaron con recursos extrapresupuestarios de diversos organismos donantes, muchos de los cuales se canalizan a través del Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales.

Salud oral

La cooperación técnica de la OPS/OMS en este campo le siguió dando prioridad a la prevención de las caries dentales por medio de la fluoruración de la sal, para lo cual se dio apoyo al desarrollo de los programas nacionales. Durante el año la OPS/OMS elaboró un documento sobre el desarrollo de la salud oral y los SILOS; un manual sobre salud bucal y práctica odontológica en América Latina y un boletín sobre la fluoruración de la sal. Además, finalizó la versión preliminar de un manual sobre las implicaciones de la infección por el VIH para la salud bucodental y el control de la infección en ambientes odontológicos que se envió a expertos en la Región para sus comentarios.

La Organización colaboró con Chile, Ecuador, El Salvador, Paraguay y Venezuela con el fin de adecuar el componente de salud oral para incorporarlo al proceso de fortalecimiento de los SILOS. También colaboró con la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (COSAL), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL), y la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA) en el desarrollo del plan de acción para odontología en la América Latina que abarca los aspectos de administración del conocimiento, producción de servicios, desarrollo de recursos humanos y desarrollo tecnológico. Este esfuerzo sostenido, que se viene realizando desde 1989, constituye una importante iniciativa dentro de los mecanismos de cooperación técnica entre países y de integración regional.

También se brindó apoyo a los programas de educación permanente que subrayan la inte-

gración docencia-servicio en Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador y Paraguay; se siguió cooperando con actividades que promueven el liderazgo en salud oral en Brasil, Venezuela y los países de Centroamérica y Panamá; y se inició por medio del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) la promoción del programa de educación continua odontológica no convencional.

En materia de investigación, se completó un estudio de los servicios en odontología en América Latina; se prepararon dos protocolos sobre los componentes de investigación y recursos humanos para la consideración del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS; y se iniciaron estudios pilotos para un análisis prospectivo de los servicios odontológicos en Argentina, Brasil, Costa Rica, la República Dominicana y Venezuela. Asimismo, se inició un estudio, con la colaboración de la OFEDO/UDUAL y COSAL, sobre docencia-servicio en odontología en América Latina; se continuó promoviendo la producción de insumos odontológicos y equipos y materiales, y se preparó un estudio sobre la profesión y la industria con el propósito de conocer las potencialidades latinoamericanas en este campo.

En cooperación con la OFEDO/UDUAL, FOLA y COSAL, la OPS/OMS comenzó a trabajar en la organización de un sistema de redes odontológicas que tendría cinco núcleos: para los países del Cono Sur, Brasil, Subregión Andina, Centroamérica y México-Cuba-República Dominicana.

La OPS/OMS promovió a nivel de cada país la organización de nodos de la red para el desarrollo de la odontología con un enfoque interdisciplinario e intersectorial; inició la actualización de la información básica en salud bucal, para lo cual se utilizan las fuentes de datos de la OPS y la del grupo de trabajo constituido por la Federación Dental Internacional y la OMS.

La Unidad de Investigación e Información de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio de Janeiro fue reconocida como centro colaborador de la OMS.

Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para servicios de salud

Servicios de laboratorio

En los servicios de laboratorio se siguió acentuando la importancia de los programas de garantía y control de calidad en los laboratorios clínicos para mejorar e instituir una buena práctica, fijar normas de excelencia y mantener la fiabilidad de los resultados de los análisis de laboratorio en las Américas. Dichos servicios se han incorporado a la atención primaria prestada en los sistemas locales de salud; es indispensable fortalecer la red de laboratorios de buena calidad en la Región para lograr equidad y salud para todos en el año 2000.

La información básica sobre el estado y la infraestructura de los servicios de laboratorio clínico y de transfusión sanguínea siguió ampliándose en 24 países de la Región y se realizaron actividades programáticas e interprogramáticas para prestar apoyo de laboratorio para el control de enfermedades específicas, como el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, el cólera y otras enfermedades diarreicas, la enfermedad de Chagas y enfermedades transmitidas por transfusiones de sangre.

En colaboración con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLA-BIOCLI), una organización no gubernamental, y con participantes de 23 países de la Región, la OPS/OMS realizó un seminario en Antigua, Guatemala, para evaluar los programas nacionales e internacionales en América Latina destinados a normalizar y mejorar los programas de control de calidad en el laboratorio, con hincapié en la atención primaria de salud.

La OPS/OMS siguió buscando la activa participación de los Países Miembros en los siguientes campos de los sistemas internacionales externos de control de calidad: 29 países en química clínica, 16 en hematología, 12 en microbiología, 12 en parasitología, 15 en encuestas sobre pruebas de competencia en serología de la sífilis, junto con los Centros para el Control de

Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, y 17 en detección del VIH (SIDA). Al terminar el año, 20 países habían instituido sistemas externos de control de calidad.

Se abordaron las necesidades de laboratorio como parte de la misión del grupo de trabajo de la OPS/OMS establecido para hacer frente a la epidemia de cólera. Además, con el apoyo financiero de Suecia y del BID, se colaboró con los países en la preparación de solicitudes de compra de reactivos, suministros de laboratorio y especificaciones para el diagnóstico del cólera. Asimismo, se prestó asistencia para identificar fuentes de información técnica y tecnología apropiada entre los fabricantes de nuevos sistemas biotecnológicos. En colaboración con los CDC, la Organización ayudó a realizar talleres de adiestramiento de capacitadores destinados a preparar a 61 especialistas científicos y técnicos de laboratorio en diagnóstico de laboratorio del cólera en el CAREC (20), en el INCAP (21) y en Caracas, Venezuela (20). En virtud del acuerdo entre la OPS y el BID, otros 518 profesionales de laboratorio recibieron adiestramiento por medio de 21 cursos nacionales de diagnóstico del cólera en 17 países de América Latina y el Caribe.

Durante el año, la OPS/OMS organizó en la ciudad de México la Quinta Reunión de Directores de Laboratorios Nacionales de Referencia del SIDA, para ayudar a los países de las Américas a establecer o reforzar los aspectos operativos y científicos de los programas de identificación del VIH; asistieron a esa reunión 46 delegados de 24 países.

Se dictó un curso corto en el Ecuador para adiestrar a 15 participantes en seguridad biológica y administración de laboratorios. En Campinas, Brasil, se celebró un taller sobre el tema "Red electrónica de intercambio de investigaciones microbiológicas en las Américas: enfoque en las colecciones de cultivos de *Leishmania* y *Trypanosoma*", en colaboración con la Colección de Cultivos Típicos de los Estados Unidos. Asistieron al taller delegados de varias instituciones del Brasil, los Estados Unidos, Perú y Venezuela. La OPS/OMS siguió apoyando el desarrollo del WHONET, que es un programa

establecido en el Brigham and Women's Hospital, Massachusetts (EUA), un centro colaborador de la OMS, para registrar y vigilar la resistencia antimicrobiana en varios laboratorios de hospitales de cuatro países sudamericanos mediante un sistema computadorizado.

La OPS/OMS también prestó cooperación técnica para la preparación y revisión de manuales de adiestramiento e informes sobre el VIH (3), las enfermedades de transmisión sexual (1), el cólera (4), el control de calidad (2), el manejo de laboratorio (1) y la seguridad biológica (3). Además, comenzó a traducir y adaptar el sistema de información de laboratorios de salud pública (PHLIS), con la colaboración del Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas de los CDC y el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) de México. Este sistema ayudará a vincular electrónicamente la red de laboratorios de salud pública de México y servirá de modelo para otros países latinoamericanos.

Durante el año, la OPS/OMS distribuyó 32 documentos técnicos, como parte del programa de difusión de información en los servicios de laboratorio. Además, se distribuyeron 18 videocasetes, 25 revistas y publicaciones periódicas y 495 folletos y volantes técnicos de fabricantes a los profesionales de laboratorio de la Región. El aumento considerable e imprevisto de esta actividad se debió en parte a la epidemia de cólera, al nuevo interés en programas de control de calidad y a la creciente preocupación por el VIH y los programas de mantenimiento de la inocuidad de la sangre.

La OPS/OMS también prestó cooperación técnica al Mercado Común del Sur (MERCOSUR) para eliminar el vector *Triatoma infestans* y erradicar la transmisión de *Trypanosoma cruzi* (causante de la enfermedad de Chagas) por transfusiones sanguíneas en la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay; asesoró a las reuniones de los comités intergubernamentales en la formulación de programas de control de calidad en los bancos de sangre, que incluyen análisis serológico de diagnóstico de la enfermedad de Chagas y, junto con los centros colaboradores de la OMS en microbiología clínica,

inmunología y formulación de normas y procedimientos de laboratorio, particularmente con el Comité Nacional de Normas para Laboratorios Clínicos, los CDC y otros centros colaboradores, participó en la realización de actividades de referencia y adiestramiento en laboratorios de las Américas.

Tecnología radiológica

Se evaluó la situación de los servicios nacionales de radiodiagnóstico y radioterapia y los programas de protección radiológica en Colombia, Honduras y Nicaragua. Se prestó apoyo a los programas nacionales de protección radiológica y control de calidad en Costa Rica, la República Dominicana y Paraguay.

La intercomparación postal anual de dosimetría para unidades de radioterapia de alta energía que hace la OMS y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) incluyó unidades de cobalto 60 y aceleradores lineales. Se distribuyeron más de 160 dosímetros para verificar la calibración de esas máquinas. En la República Dominicana se instaló, se hicieron las pruebas de aceptación y se calibró una unidad de cobalto 60 donada a la OPS/OMS por el Hospital Misericordia de Filadelfia. Se calibraron tres unidades de cobalto 60 en la República Dominicana y dos en Cuba. Se realizó una evaluación de la seguridad radiológica en un departamento de radiología de Barbados.

El Centro Piloto de Física Radiológica de Venezuela comenzó a funcionar con un análisis de la situación de varios departamentos de radiología del país, adquisición de libros y actividades de adiestramiento.

En un curso realizado en Venezuela se dictaron conferencias sobre el funcionamiento de los equipos de radiodiagnóstico, dosimetría y control de calidad y se hicieron las verificaciones correspondientes. En Argentina, Paraguay y Perú se dictaron conferencias sobre protección radiológica. En Cuba se organizó un curso sobre control de calidad en radioterapia; en México otro sobre tratamiento médico de las personas irradiadas por accidente, y en

ambos países se dictaron conferencias sobre esos temas.

Se siguió preparando un documento titulado "Organización de los servicios de radiología: diagnóstico por imágenes y radioterapia", que aparecerá en la serie HSD/SILOS. Está en la etapa final la revisión de otras dos publicaciones: "Normas básicas de seguridad: normas internacionales para la protección contra las radiaciones ionizantes y la seguridad de las fuentes de radiación" y el "Manual de protección radiológica en los hospitales y la práctica general", en colaboración con la Comisión de las Comunidades Europeas (CCE), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), el Organismo de Energía Nuclear de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud.

Se intensificaron las relaciones con otros organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), la Asociación Internacional de Protección Radiológica (IRPA) y el Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas (UNSCEAR). En octubre, se eligió a la Organización como Secretaría del Comité Interinstitucional de Seguridad Radiológica. Dicho Comité, formado por la CCE, la FAO, el OIEA, la OIT, el Organismo de Energía Nuclear de la OCDE, la OPS, el UNSCEAR y la OMS, supervisa y coordina todas las actividades de protección radiológica realizadas en el plano internacional.

Participación social y educación para la salud

Los objetivos principales de las actividades de participación social y educación para la salud en 1992 fueron: el apoyo a iniciativas de participación social en los países, el desarrollo de metodologías de participación social y educación para la salud, y el fomento de las investigaciones.

El proyecto de salud escolar y educación para la vida familiar, que se viene realizando con la contribución de la Carnegie Corporation en los países de habla inglesa del Caribe desde 1986, está en su etapa final. Por medio de este proyecto se ha logrado institucionalizar y fortalecer la capacidad de los programas de salud escolar y educación en la vida familiar y promover el vínculo entre la escuela, la familia y la comunidad en acciones de salud. Se desarrollaron diversos materiales educativos y guías de capacitación para maestros, con el fin de contribuir a la adopción de prácticas y estilos de vida saludables.

En octubre se llevó a cabo en Barbados, en coordinación con el World Assembly of Youth (WAY) y el Caribbean Youth Council, un taller sobre la participación de jóvenes en el desarrollo de la salud. El plan de seguimiento del taller incluye la formación de una red de grupos de jóvenes involucrados en acciones de salud y desarrollo y la búsqueda de apoyo para varios proyectos de investigación-acción presentados por los jóvenes en ese taller.

La OPS/OMS elaboró un marco conceptual para la evaluación de experiencias en participación social y publicó un documento sobre la evaluación de la participación social desde los SILOS con base en el cual se elaboró una propuesta de proyecto regional de recuperación de experiencias en participación social. Además, actualizó y publicó la "Bibliografía Anotada en Promoción de Salud, Educación para la Salud y Participación Social", y preparó la versión en inglés de la publicación *La participación social, estudio de casos* (HSD/SILOS 7).

Se inició una encuesta en los países para conocer el estado actual de las actividades de educación para la salud y participación social, así como la situación de recursos humanos en este campo.

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

El advenimiento del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales en

1990 marcó un importante aumento del número de participantes en el campo de la reducción de los desastres. Ese crecimiento llevó al Programa de la OPS/OMS de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre a ampliar sus objetivos para incluir toda una gama de actividades de reducción de los desastres, incluso de preparación, disminución y prevención. Si bien las actividades de preparación para situaciones de desastre en el sector salud y el adiestramiento de sus recursos humanos siguieron recibiendo gran apoyo del Programa, también se instó a los países de América Latina y el Caribe a asumir una función más amplia en la reducción de las pérdidas o los daños que sufre la infraestructura de salud o ambas cosas.

En 1992 se dieron importantes pasos para la ejecución de actividades relacionadas con la prevención de desastres y la reducción de los daños que ocasionan, así como el efecto de los desastres naturales en el sector salud. En el Caribe, un grupo de trabajo formado por ingenieros y un administrador de hospitales preparó un importante manual de política en el que se insta a seguir técnicas de diseño y construcción que permitan no solo edificar instalaciones con la debida resistencia al daño causado por cualquier clase de desastre, sino mantenerlas y administrarlas con eficacia en función del costo y a un precio módico. El manual se tradujo y se adaptó al español. Ya está en marcha el trabajo para preparar un juego más amplio e integral de material didáctico sobre el tema. Para los años venideros queda pendiente la prestación eficiente de servicios de cooperación técnica como elemento integral ordinario de las actividades de la OPS/OMS en todos los niveles.

La coordinación con los organismos mundiales de asistencia en situaciones de desastre ayudó a intensificar la visibilidad de muchas de las prioridades del sector salud en cuanto a preparativos y reducción de los desastres en esta Región. Como complemento de la reunión de países latinoamericanos sobre el Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (Guatemala, 1991), en mayo se celebró una reunión de países del Caribe en Jamaica.

Asistieron más de 150 participantes de 22 países, departamentos y territorios del Caribe, y de organismos de esa región, así como de organizaciones internacionales, países donantes, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Además, la Organización estuvo representada en la tercera sesión del Comité Científico y Técnico del Decenio (celebrada en Ginebra en marzo), en la que se adoptaron dos importantes decisiones que beneficiarán al sector salud de América Latina y el Caribe. El Comité adoptó la estrategia de "Reducción de los desastres en las instalaciones hospitalarias de América Latina y el Caribe" como un proyecto mundial de demostración de las actividades del Decenio y, a pedido de la OPS/OMS, el tema seleccionado para el Día Mundial de Reducción de los Desastres de 1993 fue "La prevención de desastres en las escuelas y hospitales también es cosa tuya". Con apoyo de la OEA, la OPS/OMS continuó siendo la institución regional de colaboración encargada de ejecutar en esta Región el programa de adiestramiento para la gestión en casos de desastre, del PNUD y del Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, con sede en Ginebra. Se celebraron talleres nacionales en Barbados, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana. El programa de adiestramiento para la gestión en casos de desastre sigue ofreciendo una oportunidad de interacción con varios organismos de las Naciones Unidas y otras entidades no pertenecientes al sector salud que trabajan activamente para reducir los desastres. Después de la creación del Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, la OPS/OMS ha considerado varias estrategias eficaces de reducción de los desastres en las Américas y, junto con ese Departamento, preparó el marco de colaboración propuesto. La amplia aceptación de la Organización como la principal institución de la Región de las Américas que trabaja activamente en la red existente puede ayudar a acelerar la ejecución del marco propuesto de colaboración entre la OPS/OMS y el Departamento citado de las Naciones Unidas para hacerse presentes en las Américas.

A comienzos de 1992 se emprendieron campañas nacionales de promoción en gran escala para lograr apoyo regional para el proyecto de administración de suministros (SUMA) destinado a ampliar la capacidad nacional y colectiva de los países de las Américas expuestos a desastres para separar, clasificar e inventariar suministros de socorro en casos de desastre. La respuesta fue sumamente alentadora. También se intercambió correspondencia con varias entidades como preludeo a la firma de acuerdos oficiales y memorandos de entendimiento, y el proyecto estableció un grupo asesor técnico encargado de examinar y perfeccionar los programas computadorizados del SUMA, y un Comité de Dirección de asuntos de política. El huracán Andrew, que azotó a las Bahamas en agosto, y el maremoto (tsunami) ocurrido en Nicaragua en septiembre ofrecieron una oportunidad para el ensayo práctico de dicho programa computadorizado en ocasión de un desastre real.

El Centro Regional de Documentación sobre Desastres, con sede en San José, Costa Rica, siguió desempeñando una función de importancia crítica en el acopio y difusión de información técnica gratuita sobre reducción de desastres a profesionales de América Latina y el Caribe. El Centro ha reseñado e indizado más de 2 500 documentos y publicado todo el material indizado en DESINDEX, un catálogo que contiene descripciones de la documentación disponible. El catálogo se distribuyó a bibliotecas, centros de documentación, universidades, hospitales y otras instituciones donde este documento de referencia es empleado por un público numeroso y tiene un efecto multiplicador. Además, el Centro también publicó y distribuyó BIBLIODES, una serie de cuatro bibliografías seleccionadas sobre temas muy solicitados. BIBLIODES se destina a un público más amplio y hay cuatro campos temáticos, a saber, terremotos, salud ambiental, efectos sanitarios de los desastres y desastres tecnológicos. A fines de 1992, la OPS/OMS y el Centro Regional de Documentación sobre Desastres prepararon una propuesta para fomentar el interés de otros organismos de las Naciones Unidas y de otras entidades no pertenecientes al sector salud; este esfuerzo con-

vertiría al Centro en una verdadera entidad de documentación multisectorial y de carácter interinstitucional, que cubriría todos los aspectos de la gestión en casos de desastre.

Gracias a generosas subvenciones de organismos donantes, la OPS/OMS ejecutó proyectos de asistencia humanitaria para vigilar la compra y distribución de productos farmacéuticos y de otros suministros médicos en Haití. Se distribuyeron botiquines de urgencia por medio de redes de organizaciones no gubernamentales a los servicios de atención de salud que llegan a un gran porcentaje de la población haitiana, y se estableció un sistema logístico de organización y apoyo para seguir la marcha de la provisión de asistencia humanitaria y ejercer la supervisión correspondiente. Las organizaciones no gubernamentales con una larga trayectoria de actividades humanitarias fructíferas en Haití fueron el recurso principal en varios campos prioritarios. Dadas las actuales condiciones imperantes en Haití, se prestó particular atención a un posible brote de cólera. En consulta con otros organismos, la OPS/OMS preparó un plan para situaciones imprevistas en relación con el cólera para tomar medidas de urgencia antes de un brote y durante su curso.

La OPS/OMS prestó también atención médica de urgencia a varios excombatientes de El Salvador, para lo cual mantuvo servicios de atención mínimos en 18 centros de salud que cubren las zonas de desmovilización. La erupción del volcán de Cerro Negro en Nicaragua en abril afectó a varias ciudades y a una población de más de 260 000 habitantes en el departamento de León. La OPS/OMS prestó apoyo técnico en materia de coordinación mediante el mantenimiento de vínculos con los donantes, y en el trabajo técnico mediante el acopio y análisis de datos de salud y la preparación de una evaluación de las necesidades de salud. La cooperación técnica de la OPS/OMS ayudó a coordinar los llamamientos internacionales de asistencia humanitaria a raíz de las graves inundaciones ocurridas en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, y de la sequía que afectó a varias zonas de Colombia, Ecuador y, particularmente, Perú y Bolivia, razón por la

cual estos dos últimos países solicitaron asistencia técnica a la Organización.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La cooperación técnica del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos a los países de la Región durante 1992 tuvo como marco de referencia las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS por una parte, y las estrategias globales de los países por otra. La conducción de esa cooperación fue influenciada, además, por los cambios sociales, políticos y económicos que tuvieron lugar en la mayoría de los países. En ese sentido se hicieron esfuerzos para promover, en un contexto intersectorial, el proceso de desarrollo de los recursos humanos con objeto de dar una respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, la situación de los recursos humanos se caracterizó por una imagen desdibujada dentro del contexto social y de salud de cada país, como resultado de la aplicación de medidas parciales, en relación con la relevancia que los recursos humanos tienen en el desarrollo de la salud, y de sus políticas y directrices. Esta situación, a su vez, generó otros problemas tales como la subutilización de los recursos humanos y la acentuación de los desbalances cualitativos y cuantitativos entre los distintos componentes de la estructura del personal de salud.

Por otra parte, nuevamente se observó que en la mayoría de los países el aporte financiero de los gobiernos al renglón de desarrollo de personal no tuvo incrementos compatibles con el aumento de las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal para el funcionamiento pleno de los servicios y la ejecución total de los programas. En un buen número de países, las actividades son financiadas por aportes que proceden de fuentes externas y que se destinan a propósitos específicos. Esta situación, que se arrastra ya por varios años, se ha convertido en un factor limitante en algunos campos de cooperación convenidos entre la Organización y los países, y amenaza acentuarse en la medida en

que los países tengan dificultad para complementar el aporte necesario.

No obstante lo anterior, el Programa alcanzó sus propósitos en varias líneas de acción críticas para el desarrollo de los planes nacionales de salud. Durante el año, la mayor importancia se otorgó a la profundización de los esfuerzos para revisar la teoría y la práctica de la salud pública, a la realización del Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos, a la expansión de la cobertura de las acciones de educación permanente para el personal que trabaja en los servicios, al fortalecimiento de las estrategias para lograr una efectiva incorporación de las universidades a las acciones para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, y a avanzar en los procesos tendientes a reorientar el Programa de Becas y el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).

Para llevar a cabo las acciones de cooperación, la Organización mantuvo las mismas líneas de trabajo que en 1991: coordinación y apoyo, administración de recursos humanos y formación de recursos humanos. Las principales actividades se resumen a continuación.

Coordinación y apoyo

Se continuaron fortaleciendo las relaciones con otras instituciones del campo de la salud y la educación, asociaciones universitarias, y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los EUA, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades/Escuelas de Medicina, la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología y la Unión de Universidades de América Latina; se hizo el seguimiento de las resoluciones de la Conferencia Integrada de La Habana que se celebró en 1991, y se apoyaron los esfuerzos para lograr la participación institucional

latinoamericana en los encuentros llevados a cabo en 1992 por algunas de las entidades mencionadas. La presencia de la Organización en esas reuniones contribuyó a aumentar la visibilidad y a despertar un mayor interés por el desarrollo conceptual y metodológico del tema "Universidad y Salud".

Además se realizaron actividades tendientes a fortalecer las oficinas de recursos humanos en los Ministerios de Salud y en instituciones de la seguridad social en Colombia, Costa Rica y México.

Continuaron los esfuerzos para reorientar dos de los programas más importantes de la Organización en el campo de los recursos humanos: el de becas y PALTEX. Durante el año se incorporaron nuevos títulos a la lista de manuales del PALTEX. Es evidente el aumento de los índices de utilización y adquisición de los libros preparados; a finales del año, el número de títulos publicados por el PALTEX ascendió a 231.

En relación con el programa de becas se siguió trabajando para convertirlo en un instrumento de apoyo a los países, mediante la capacitación en el propio país o en el exterior. Se aspira, además, a que este valioso recurso se utilice como un elemento adicional para contribuir a alcanzar los requerimientos y llenar las necesidades cualitativas y cuantitativas del personal calificado para el desempeño de las funciones específicas necesarias. El Cuadro 1 muestra la distribución de las becas concedidas durante 1992, por país o región de origen de los becarios y por país o región de estudio.

El Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP) continuó llevando a cabo actividades que se enmarcan, por un lado, dentro de las prioridades programáticas del Programa Regional, y, por otro, dentro de las necesidades señaladas por su Consejo Técnico Asesor y la Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica. Para ello contó con el proyecto subregional financiado por el Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA), que opera con fondos provenientes del Gobierno de Dinamarca.

La difusión de información científica y técnica continuó mediante la publicación de la

revista trimestral *Educación médica y salud*, y de la Serie "Desarrollo de Recursos Humanos" que en 1992 produjo tres volúmenes importantes, todos ellos relacionados con áreas de conocimiento y trabajo que el Programa promueve en la Región (la crisis de la salud pública, la planificación estratégica de los recursos humanos, y la salud internacional como tema de debate).

Administración de recursos humanos

La prioridad concedida por el Programa a la capacitación avanzada en el desarrollo de los recursos humanos se fundamenta en la convicción de que es indispensable promover en los países un mayor reconocimiento de la necesidad de coordinar el proceso de desarrollo de los recursos humanos y de fortalecer el liderazgo en este campo, así como capacitar a personal especializado, privilegiando los aspectos gerenciales y de perfeccionamiento educativo. En ese marco se realizó en la Escuela de Salud Pública de Rio de Janeiro, Brasil, el Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos, mediante un esfuerzo conjunto de cinco instituciones educativas latinoamericanas y bajo la coordinación de la OPS/OMS. El curso contó con la participación de 30 funcionarios de instituciones educativas y de salud de la Región.

Continuó el avance en el diseño de sistemas de información sobre recursos humanos. Con ese fin se instrumentaron estudios en México y Paraguay, en colaboración con la OMS. Asimismo se dio apoyo a los países en el montaje gradual de la infraestructura para llevar a la práctica la propuesta respectiva, elaborada en 1991, que tiene como fin reforzar la capacidad de análisis cuantitativo y cualitativo en relación con los procesos de desarrollo de recursos humanos para propiciar y fortalecer la formulación de la política en este campo, en cada uno de los países.

La Organización llevó a cabo un estudio de la situación de la investigación sobre recursos humanos, y convocó a un Grupo de Consulta al que se le asignó la responsabilidad de revisar las prioridades establecidas en

Cuadro # 1. Becas concedidas en las Américas, por país o

País de origen del becatario	País de estudio											
	Antillas y Guayana Francesas	Argentina	Barbados	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Dominica	Ecuador	Estados Unidos
<i>Américas</i>												
Antigua y Barbuda	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antillas y Guayana Francesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antillas Neerlandesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	2	-	12	-	-	-	1	-	-	1	2
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Barbados	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Bolivia	-	-	-	1	-	5	1	2	1	-	-	-
Brasil	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	2
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Colombia	-	1	-	5	-	1	-	-	-	-	-	2
Costa Rica	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	2
Cuba	-	1	-	4	6	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	5	-	-	-	-	16	-	-	2
Dominica	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	2	-	-	2	-	1	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	-	-	-	3	-	2	2	-	1	-	2	-
Jamaica	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7
México	-	2	-	7	-	-	-	-	1	-	-	2
Nicaragua	-	-	-	1	-	1	2	7	6	-	-	1
Panamá	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	9	-	-	-	-	1	-	-	-
Perú	-	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	-
República Dominicana	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Territorios Británicos	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	4
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	2
Uruguay	-	4	-	11	-	-	-	-	1	-	-	2
Venezuela	-	-	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-
Subtotal	3	11	1	79	14	13	13	11	32	2	3	36
<i>Otras regiones</i>												
Africa	-	-	-	22	9	-	-	-	-	-	-	30
Asia Sudoriental	-	-	-	-	6	-	-	6	-	-	-	112
Europa	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	10
Mediterráneo Oriental	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	20
Pacífico Occidental	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	96
Total	3	11	1	101	50	13	13	17	32	2	3	304

*Las cifras incluyen becarios que probablemente visitaron más de un país.

región de origen de los becarios y por país o región de estudio, 1992.¹

en las Américas										Otras regiones de estudio					
Guatemala	Jamaica	México	Nicaragua	Panamá	Perú	Suriname	Territorios Británicos	Trinidad y Tobago	Uruguay	Venezuela	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Total
-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	25
-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
1	-	2	1	-	-	-	-	-	4	-	-	1	-	-	19
1	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	14
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	1	2	13
1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	12
-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	1	-	-	11
-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	1	30
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	25
-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	-	1	8
-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
21	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
1	-	3	-	-	1	-	-	-	3	3	-	-	-	-	21
-	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	53
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	15
4	-	11	-	11	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	58
-	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	11
-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	7
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
-	1	-	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	8
-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
-	6	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	14
-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	9
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	19
-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	-	-	12
38	79	37	1	15	1	1	1	6	40	13	3	22	2	4	481
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	124
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
38	79	37	1	15	1	1	1	6	40	13	3	22	2	4	813

1985 y de replantear dichas prioridades a la luz de las nuevas necesidades.

Los trabajos tendientes a construir una base cognoscitiva y metodológica alrededor del concepto de planificación estratégica, aplicado a recursos humanos, continuó con éxito. Se realizaron talleres y seminarios sobre el tema en ocho países, y se finalizó la preparación del libro *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*.

Se amplió sustancialmente la cobertura de los trabajos de capacitación del personal de los servicios de salud mediante el desarrollo de una propuesta de educación permanente que la OPS/OMS impulsa desde hace varios años. La propuesta educativa se ha articulado con la capacitación para el desarrollo de los servicios de salud a nivel local en varios países, y con el fortalecimiento de acciones de salud pública, epidemiología y gerencia, en otros. En Colombia, Cuba, Honduras y Nicaragua se inició un trabajo en colaboración entre las instituciones educativas y los Ministerios de Salud, para el perfeccionamiento y la profundización conceptual y metodológica de la propuesta.

Formación de recursos humanos

La Organización intensificó su cooperación con grupos de trabajo y de consulta en el campo de la educación médica, como un área crítica de pensamiento y acción ante las expectativas y las incertidumbres respecto a los sistemas de atención médica que prevalecerán en la Región durante el resto de la década. También se inició una investigación sobre práctica y educación médica, se prestó colaboración técnica (que incluyó la participación de funcionarios del Programa) en reuniones y congresos de educación médica a nivel nacional y regional, y se inició un proceso tendiente a configurar la posición de la Organización y de las escuelas de medicina de la Región sobre el trabajo médico y la formación de los profesionales ante los cambios sociales y económicos que se están produciendo en el mundo. Este asunto será el tema central de la Conferencia Mundial de Educación

Médica que tendrá lugar en Edimburgo en agosto de 1993. La Organización se propone, con dicho proceso, propiciar la reflexión y el debate en las escuelas de medicina de la Región, con el fin de establecer lineamientos que orienten el trabajo de formación médica en el futuro.

Los países tienden a reevaluar la situación del sector de enfermería como recurso fundamental para el desarrollo de las políticas y estrategias de salud. En consecuencia, también en este campo la Organización persigue redefinir el papel que desempeña el personal de enfermería ante los nuevos desafíos sociales y económicos que presenta la salud en las Américas. Las instituciones formadoras de personal de enfermería abordaron el tema, e incluso llevaron a cabo, por tercera vez, un coloquio regional de investigación para identificar las líneas de trabajo que deben ser reexaminadas, así como el papel que corresponde a las escuelas en este contexto, con las implicaciones curriculares y operativas que ello conlleva.

La OPS/OMS continuó dándole fundamental importancia al proceso de concienciamiento político y científico sobre áreas críticas y vacíos en el campo de la salud pública y su evolución en América Latina, a fin de promover la formulación de lineamientos que orienten las decisiones necesarias. Con ese fin continuó el proceso de revisión de las bases conceptuales (la teoría), redefinición de los marcos y modos de trabajo (la práctica) y reorientación de las acciones de formación en salud pública. Las actividades relevantes en ese sentido pueden sintetizarse así: la iniciación de acciones para propiciar el debate sobre el tema, a nivel regional, subregional y nacional; la preparación, publicación y difusión de *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (Publicación Científica de la OPS No. 540), que plantea el problema y propone alternativas de trabajo, y, con la participación de instituciones nacionales que forman y emplean personal, la conducción de experiencias interprogramáticas que incorporan progresivamente los acuerdos y conclusiones de la reunión inicial (Nueva Orleans, EUA, 1991) y los derivados de las reuniones de los grupos de trabajo ad hoc.

Finalmente, en un esfuerzo interprogramático se apoyó el desarrollo del VII Programa de

Formación en Salud Internacional. Nueve profesionales participaron en el Programa, elevándose así a 63 el número de salubristas procedentes de 18 países de la Región que han compartido las experiencias de cooperación de la OPS, tanto en la Sede como en los países, y que han contribuido a la construcción del concepto y de la práctica de la salud internacional.

APOYO DE LA INFORMACION SOBRE SALUD

Publicaciones oficiales y técnicas

En colaboración con otros programas técnicos, el Programa de Publicaciones editó numerosas publicaciones durante el año; los libros y las revistas periódicas incluyeron una gran cantidad de temas científicos y técnicos de interés para la Organización (Cuadro 2).

De acuerdo con los mandatos constitucionales, el *Informe Anual del Director, 1991* se publicó en español e inglés, así como los Informes Finales de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Entre las actividades de copublicación del Programa merecen destacarse las siguientes: con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, la edición en español del Informe de la Cirujana General sobre el Tabaquismo en las Américas y las ediciones en español e inglés de un estudio por países sobre tabaco y salud; con la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la edición en español de la 15ª edición de *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*; con la Fundación Interamericana, las ediciones en español e inglés de *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe*, y con la OMS, la edición en español de *Cirugía en el hospital de distrito: obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología*.

El Programa reforzó la importancia que la Organización otorga a la excelencia técnica y a la administración del conocimiento al publicar varios libros relacionados con estudios al respecto: la edición en inglés de *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*, *Investigaciones*

sobre servicios de salud: una antología (ediciones en español e inglés), y *La investigación en salud en América Latina: estudio de países seleccionados*. El Programa también realizó su propia serie de comunicación biomédica con la edición en español de la obra de Richard Riegelman y Robert Hirsch *Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica*.

Para dar apoyo a la evaluación de las tendencias de salud y la respuesta que le da el sector, el Programa continuó publicando las ediciones en español e inglés del anuario *Estadísticas de salud de las Américas*, y publicó un análisis detallado, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*.

Durante el año en la serie de Cuadernos Técnicos aparecieron estudios sobre biología y control de vectores, entre ellos temas tales como flebotomos y *Anopheles albimanus*, y comenzó el trabajo en muchos otros.

La serie Comunicación para la Salud se considera cada vez más como un mecanismo para llegar a un mayor número de lectores, inclusive funcionarios de salud y de otros sectores. En 1992 se publicaron en español e inglés títulos sobre mortalidad materna y ancianos.

Las revistas principales de la Organización, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (mensual), el *Bulletin of the Pan American Health Organization* (trimestral) y *Educación médica y salud* (trimestral) ofrecieron a los lectores abundante información sobre salud pública internacional y trataron una serie de actividades nacionales y multinacionales de investigación, así como de programas e iniciativas de la OPS/OMS. Los temas principales fueron salud maternoinfantil, el ambiente y la salud, y el control de las enfermedades no transmisibles e infecciosas, en especial el cólera y el SIDA. El perfil biográfico de Salvador Mazza se añadió a los que ya se han publicado sobre líderes del campo de la salud pública en el *Bulletin* y en el *Boletín* (Carlos Finlay, Carlos Chagas, William Gorgas y Daniel Carrión).

Los esfuerzos tendientes a garantizar el mejor rendimiento de las inversiones de la Organización en su Programa de Publicaciones incluyeron la preparación de un módulo

Cuadro 2. Libros y revistas editados por el Programa de Publicaciones de la Organización, 1992.

Número de serie	Título
<i>Publicaciones Científicas</i>	
530	Ethics and Law in the Study of AIDS
531	Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica
534	Investigaciones sobre servicios de salud: una antología
534	Health Services Research: An Anthology
535	Cirugía en el hospital de distrito: obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología
536	Tabaco o salud: situación en las Américas
536	Tobacco or Health: Status in the Americas
538	El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Decimoquinta edición
539	Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe
539	Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean
540	La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate
540	The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate
542	Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1992
542	Health Statistics from the Americas. 1992 Edition
543	La investigación en salud en América Latina: estudio de países seleccionados
<i>Documentos Oficiales</i>	
249	Informe Anual del Director, 1991
249	Annual Report of the Director, 1991
253	Informes finales. 108ª y 109ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS. XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS. XLIV Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 108th and 109th Meetings of the PAHO Executive Committee. XXXVI Meeting of the Directing Council of PAHO. XLIV Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
<i>Cuadernos Técnicos</i>	
33	Flebótomos: vectores de leishmaniasis en las Américas
34	Bionomics and Control of <i>Anopheles albimanus</i>
<i>Comunicación para la Salud</i>	
2	Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa
2	Prevention of Maternal Mortality in the Americas: Prospects for the 1990s
3	La salud de los ancianos: una preocupación de todos
3	Health of the Elderly: A Concern for All
<i>Otras publicaciones</i>	
	Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud
	Pro Salute Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud
	Pro Salute Novi Mundi: A History of the Pan American Health Organization
	Annotated Bibliography on Health and Tourism Issues
<i>Publicaciones Periódicas</i>	
	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (mensual)
	Bulletin of the Pan American Health Organization (trimestral)
	Educación médica y salud (trimestral)

computadorizado para la revisión por árbitro que permite la selección oportuna y eficiente de material que publica el Programa; la utilización de servicios de traducción, edición y composición tipográfica en los países de la Región a un costo muy reducido, y un sistema competitivo de licitación para la impresión de los libros.

El Programa culminó su labor del año con la escritura y publicación de la historia de la Organización a lo largo de sus 90 años en el libro *Pro Salute Novi Mundi*, en español e inglés. La historia revisa la manera en que la Organización ha coordinado la acción internacional para hacer frente a los problemas más importantes de salud pública y examina los programas más notables así como las orientaciones que la Organización ha adoptado en el transcurso de los años. Asimismo, analiza el crecimiento y la evolución de la Organización desde sus comienzos —a través de las dos guerras mundiales y los períodos de expansión y de crisis socioeconómica— hasta nuestros días, cuando la salud en el desarrollo constituye el empeño importante de la institución.

La Unidad de Distribución y Ventas trata de llegar al número más amplio posible de lectores para diseminar las publicaciones de la Organización por medio de una extensa distribución gratuita que incluye a las Representaciones de la OPS/OMS en los Países y sus centros de documentación, los organismos especializados de las Naciones Unidas, autoridades de salud, instituciones que prestan atención de salud, escuelas biomédicas y bibliotecas, asociaciones profesionales y revistas. Esta distribución gratuita se inicia por pedido de las unidades técnicas de la OPS/OMS y tiene por objeto llegar a aquellas instituciones y grupos especiales que se encuentran particularmente interesados en una publicación determinada. Durante 1992, la Unidad distribuyó 48 219 copias de cortesía de 34 nuevos libros, lo que representó un aumento de 55% en el número de títulos y 86% en el número de copias distribuidas en relación con 1991.

La Unidad mejoró la distribución general de las tres revistas principales de la Organización al distribuir más de 200 000 ejemplares en 1992.

Durante el año aumentó el número de pedidos de copias gratuitas de publicaciones de la Organización, principalmente debido a recortes presupuestarios en las instituciones nacionales y docentes, bibliotecas y entidades privadas. Unas 300 000 publicaciones y revistas se distribuyeron gratuitamente en 1992. Las suscripciones de intercambio de revistas de la Organización por otras revistas biomédicas aumentó durante el año a 158, lo que representó un aumento de 44% en relación con 1991. Personal nacional y funcionarios de las Representaciones de la OPS/OMS en los Países colaboraron en la puesta al día de las listas de distribución del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* en Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Honduras, México, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Además, la Organización trabajó en la coordinación, reestructuración y expansión de las listas de distribución de varios programas técnicos. Se promovieron las publicaciones de la OPS por medio de la preparación y distribución de listas de publicaciones y folletos promocionales, exposiciones y exhibiciones en conferencias. En 1992 la OPS participó en 21 exposiciones en seis países.

Además, se enviaron ejemplares de las publicaciones científicas de la OPS a los editores de 240 revistas biomédicas para su reseña.

Para aprovechar al máximo la porción pagada de la distribución de las publicaciones, se descentralizaron las actividades de venta a fin de facilitar la compra de publicaciones de la OPS en el lugar donde se encuentran los interesados. La Organización estableció relaciones de venta en nueve países, y también otorgó generosos descuentos a los Ministerios de Salud, instituciones docentes y librerías. Continuó la estructura de precios en dos niveles, así como el acuerdo de ventas con la OMS.

Información científica y técnica

Con respecto a los servicios de información bibliográfica, la Biblioteca de la Sede continuó promoviendo el acceso a nueva tecnología y la transferencia de información, y compartiendo

los recursos principalmente con los programas de la Sede, los centros de documentación de las Representaciones de la OPS/OMS en los Países, las bibliotecas de los centros panamericanos, BIREME y la Biblioteca de la OMS.

Una vez más, la Biblioteca proporcionó servicios de referencia, investigación y diseminación selectiva de información, y facilitó la entrega de documentos, el acceso a banco de datos relacionados con salud y la aplicación de nuevos mecanismos de comunicación. Para mantener al personal de la OPS/OMS al día sobre la tecnología disponible, la Biblioteca comenzó la distribución semanal de información de bibliografía reciente contenida en 1 800 revistas del mundo entero. La colección de la Biblioteca aumentó como resultado de los intercambios y donaciones. Como parte de un proyecto que tiene por objeto registrar la memoria técnica de la OPS, se indizaron todos los artículos del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, desde 1922 hasta 1992, y se distribuyó una versión impresa de ese índice. PAHO/INFO, el catálogo computadorizado de la Biblioteca, se siguió perfeccionando, y durante el año se le añadieron 10 700 citas de material referente a la salud pública y temas afines de todo el mundo.

La Biblioteca colaboró con los programas técnicos de la Sede para promover el concepto de indización cooperativa, el uso de MICROISIS y la metodología elaborada por BIREME. Se aceleró el acceso a los bancos de datos de la red local de la Organización (LAN) disponibles en la Biblioteca, especialmente los que están en CD-ROM; esto ha creado conciencia en el personal de la OPS/OMS en cuanto a las nuevas fuentes de información. La Biblioteca realizó el control de calidad de 3 500 registros indizados en la base de datos de la memoria técnica de la OPS/OMS y dio apoyo a la preparación de banco de datos sobre legislación de salud; parámetros, y mujer, salud y desarrollo.

La Biblioteca también ayudó a las oficinas de la OPS/OMS en los países a elaborar sus propios bancos de datos; proporcionó manuales, directrices, aplicaciones de programas, adiestramiento y asesoría técnica, y agregó 2 300 citas

a la memoria técnica de la OPS. Además, se añadieron 1 341 títulos de revistas al catálogo unificado de la OPS de revistas y serie de publicaciones. La Biblioteca ofreció asistencia técnica al INCAP y al CEPIS para mejorar su sistema de información, y continuó colaborando con BIREME mediante la indización de documentos de la OPS para LILACS CD-ROM, la participación en el catálogo unificado regional (SeCS), y la publicación del PAHO/INFO completo dentro de este disco compacto.

Información y asuntos públicos

La Organización realizó diversas actividades de comunicación social para ayudar a los países a hacer llegar importante información de salud a sus respectivas poblaciones usando los medios regionales y nacionales de comunicación. Se establecieron servicios de información y asuntos públicos en varias Representaciones de la OPS/OMS y se formó una red de periodistas especializados en salud y ciencias en las Américas como resultado de una serie de talleres y seminarios.

En cumplimiento de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS, particularmente los de importancia clave, como son la promoción de la salud y la comunicación social, de acuerdo con lo señalado en las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994, la Organización siguió ampliando sus actividades y ofreciendo apoyo en comunicaciones a los programas técnicos, y difundió información con éxito a un público numeroso.

La epidemia de cólera que azotó a América Latina produjo un marcado aumento de las solicitudes de información y por ende de las actividades en los medios de comunicación, sobre todo de educación y adiestramiento. Con la ayuda de un proyecto de dos años, por un monto de US\$ 2 millones financiado por el Reino de los Países Bajos, la Organización estableció un programa en gran escala de información sobre el cólera y trabajó en el fortalecimiento de una red regional de medios de comunicación que ayudó a

vigorizar las actividades de información sobre salud en las Representaciones de la OPS/OMS. En el primer año de operaciones, la Organización también proporcionó fondos para 10 proyectos de comunicación social sobre el cólera —uno en Belice, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Suriname y Venezuela, respectivamente, y dos en el Perú— para ayudar a los países a lanzar actividades de comunicación destinadas a reducir el número de víctimas del cólera. Estos proyectos, seleccionados entre 88 propuestas por un comité asesor multidisciplinario, son realizados por organizaciones no gubernamentales, los Ministerios de Salud y las Representaciones de la OPS/OMS. La Organización también reunió más de 250 muestras de materiales didácticos sobre el cólera, como carteles, volantes, rotafolios, diapositivas, videos y guiones sonoros.

Se amplió la aplicación de la estrategia que sigue la Organización con respecto a los medios de comunicación, que incluyó la promoción de la información sobre salud y la realización de una serie de seminarios para periodistas en Barbados, Costa Rica, Ecuador y Guatemala; los seminarios agruparon a más de 100 periodistas especializados en salud y ciencias, que trabajan en la televisión, la radio, periódicos y revistas de unos 18 países. Se estableció un premio OPS para informes sobre salud presentados en los medios de comunicación de los países del Caribe y que se extenderá a toda la Región.

Se siguió realizando un activo programa de extensión centrado en los medios de comunicación mediante el suministro de materiales de carácter general y para determinados programas adaptados particularmente para periódicos, revistas y la televisión; la provisión de servicios de expertos para programas de entrevistas por televisión; y la respuesta del personal a las indagaciones de los medios de comunicación. Las Representaciones de la OPS/OMS en Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Perú y Venezuela, y la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe con sede en Barbados, tienen periodistas que trabajan estrechamente con las autoridades nacionales para proporci-

onar al público información sobre salud de varias maneras, incluso mediante suplementos de salud en periódicos populares, artículos, entrevistas sobre el cólera y otros temas transmitidos por televisión y radio, y otros materiales de difusión producidos localmente o en la Sede.

La Organización siguió empleando los medios de comunicación para incluir en las noticias información sobre las reuniones técnicas y científicas, difundir información al público y multiplicar el efecto de esas reuniones mediante el logro de mayor visibilidad y prestigio para los programas nacionales y regionales. Se prestó apoyo para la reunión del Grupo Asesor Técnico del Programa Ampliado de Inmunización en Rio de Janeiro, y se colaboró en la publicación de información sobre las campañas contra el sarampión, la erradicación de la poliomielitis y la inmunización universal. La Organización colaboró también con el Club Rotario Internacional, el UNICEF, los Centros para el Control de Enfermedades (Estados Unidos de América) y el Grupo de Trabajo en Supervivencia Infantil en la elaboración de estrategias conjuntas de comunicación para apoyar la erradicación de la poliomielitis.

La Organización ayudó a centrar la atención en asuntos de salud en la Región de las Américas por medio del apoyo de los medios de comunicación para actividades regionales e internacionales, como la Expo '92, donde millones de visitantes a la Feria Mundial de Sevilla, España, vieron películas y exposiciones, y leyeron folletos sobre la OPS/OMS y el Sistema Interamericano.

Se trabajó también en la movilización de recursos para la iniciativa de Comunicación para la Salud por medio del Comité de Desarrollo de la OPS, formado por representantes de alto rango de los sectores privado y no gubernamental. Los subcomités de inmunización, abuso de drogas, abastecimiento de agua y nutrición y telecomunicaciones del Comité se concentraron en la búsqueda de recursos y apoyo para proyectos determinados.

También se prestó apoyo a los programas de la OPS/OMS para preparar publicaciones que no sean técnicas ofreciendo material gráfico

elaborado con los últimos adelantos y ayuda en la redacción, el diseño y la preparación de los dibujos. La actualización de los programas y del equipo de computación permitió una preparación más profesional de los textos, ilustraciones, gráficos y diseños. El boletín *La OPS ahora* siguió publicando reseñas sobre actividades programáticas con las que se mantuvo informado de las noticias importantes al personal de la OPS/OMS en la Sede y en los países.

La celebración una vez más de días especiales para recalcar el trabajo de la OPS y la OMS, como el "Día Mundial de la Salud" (7 de abril), el "Día Mundial del SIDA" (1 de diciembre) y el "Día Mundial sin Tabaco" (31 de mayo), siguió siendo una parte fundamental del trabajo de la Organización y ofreció apoyo a los medios de comunicación, publicaciones, carteles, información básica, exhibiciones, material fotográfico y videos en cuatro idiomas. También se elaboraron otros productos, incluso materiales gráficos, exposiciones, videos y publicaciones a manera de apoyo directo a la Organización y a determinadas unidades técnicas.

La producción de videos de la OPS/OMS siguió atendiendo las necesidades de las dependencias de la Sede, los centros técnicos como el INCAP y el CEPIS y proyectos especiales como la Expo '92; su número fue de unos 20 en español, inglés, francés y portugués. Asimismo, la Organización continuó proporcionando películas ("B-roll") para ser transmitidas por televisión en reportajes sobre inmunización, SIDA, cólera y otros temas por cadenas de noticias como CNN, Univisión, USIA, BBC y otras.

La Organización produjo fotografías para varias exposiciones sobre el trabajo de los programas técnicos, celebraciones especiales y empleo en los países. Se recopiló, preparó y distribuyó material fotográfico en la medida en que aumentó la demanda de fotografías de alta calidad descriptivas de las condiciones de salud en las Américas. Además de la cobertura fotográfica de unos 25 acontecimientos especiales en Washington, D.C., en 1992 se prepararon exhibiciones para muchos otros, incluso la celebración del 90º aniversario de la OPS en su trabajo en pro de la salud de las Américas. También se

facilitaron fotografías para 11 publicaciones de la Organización y otras externas, incluso periódicos y revistas, y a varios grupos y organizaciones nacionales e internacionales.

En lo que respecta a información al público, se tramitaron más de 3 000 solicitudes de información, cifra que representa un aumento considerable en relación con 1991, y hubo una creciente demanda de material sobre cólera, SIDA e inmunización.

FOMENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

El Programa de Fomento y Desarrollo de la Investigación es responsable del desarrollo de la tecnología de salud, de la investigación y preparación de vacunas, y del desarrollo y promoción de la investigación. Estos tres campos de actividad se centran en tres componentes principales: la organización de la ciencia y la tecnología de salud, el desarrollo de la infraestructura y la coordinación del programa de trabajo de la Organización en materia de investigación y desarrollo. Los proyectos que se llevaron a cabo durante 1992 se resumen a continuación.

En el campo del desarrollo de la tecnología de salud, el proyecto "Convergencia", una actividad que tiene por objeto dar apoyo a la integración regional del desarrollo de la tecnología de salud, concluyó el 14 de noviembre de 1991 el ciclo de reuniones subregionales que se efectuaron en Barbados, Ecuador, Guatemala y Uruguay, y celebró una reunión regional en Santiago, Chile, en julio de 1992, con 127 participantes de 24 países. En un principio, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Sistema Económico Latinoamericano (SELA) colaboraron con la organización en esta actividad. Para fines de julio de 1992, también colaboraron la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

El número de acuerdos bilaterales y multilaterales, y de proyectos que emanaron de reuniones subregionales, llegó a 249 al final del

ciclo de reuniones. En la reunión regional se prepararon los borradores de ocho proyectos multilaterales a nivel regional sobre temas tales como: productos biológicos, medicamentos, rehabilitación y sistemas de información, así como varios proyectos subregionales y acuerdos bilaterales. El seguimiento de estos acuerdos y la movilización de recursos para la puesta en marcha de los proyectos regionales será de la responsabilidad de una comisión multiinstitucional que ha nominado a la Organización como su secretaría técnica.

La implantación del Sistema Regional de Vacunas o SIREVA, tal como se le conoce comúnmente en toda la Región, representa una importante actividad para la investigación y preparación de vacunas. SIREVA incluye todas las fases de la elaboración de vacunas, desde los estudios epidemiológicos hasta la producción piloto y pruebas de campo. Inicialmente se escogió la preparación de cinco vacunas: contra *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella typhi*, dengue y cólera. Se calcula que el costo de SIREVA ascenderá a US\$ 150 millones en un período de 10 años: un tercio se asignará al fortalecimiento de la infraestructura científica y técnica de los países, y el resto, a la elaboración y evaluación de productos.

Para cada vacuna se preparó un plan maestro que fue sometido a revisión técnica por los comités permanentes de revisión, que se establecieron para asegurar la solidez técnica y científica de cada uno de los planes maestros y para vigilar su ejecución. Como primera fase de la preparación de una vacuna contra *S. pneumoniae* se diseñó un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de serotipos de esta bacteria en la Región, el cual se llevará a cabo en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, Jamaica y México. La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) ha dado fondos a la Organización para dicho estudio. Por medio de un acuerdo al que llegaron la Organización y el Gobierno de México se estableció en ese país un centro regional de coordinación del SIREVA. Los fondos que la Organización recibió de la Fundación Rockefeller financiarán parte de las operaciones del centro en su primer año.

Las actividades de promoción y desarrollo de la investigación que dan apoyo a la formulación de políticas, el desarrollo de la infraestructura para áreas de investigación específicas y la promoción de proyectos de investigación merecen mención especial. A raíz de una solicitud hecha por el Comité Asesor en Investigaciones de Salud (CAIS) de la OPS en 1991, se convocó a un comité ad hoc de sus miembros para redactar un documento sobre política de investigación y desarrollo para la Región. Ese comité se reunió en 1992, preparó un borrador del documento y encargó a la secretaría del CAIS que lo escribiera. El comité ad hoc revisará la primera versión del documento; posteriormente, todos los miembros del CAIS lo analizarán durante su XXIX Reunión que se celebrará en el verano de 1993.

Con los resultados de un estudio sobre la situación de la investigación en salud en Argentina, Brasil, Cuba, México y Venezuela se preparó el libro titulado *La investigación en salud en América Latina: estudio de países seleccionados*, (Publicación Científica de la OPS No. 543), que se distribuirá ampliamente por toda la Región.

El subcomité de biotecnología del CAIS se reunió en la ciudad de México en el Instituto de Investigación Médica de la Universidad de México en enero. Además de revisar el progreso alcanzado por los proyectos sobre biotecnología que están en marcha con el financiamiento de la Organización, el subcomité trató otros temas tales como la participación de la Organización en actividades relacionadas con el proyecto del genoma humano, estableciendo una relación efectiva entre las iniciativas de la Organización en este campo y aquellas de otras instituciones del sistema de Naciones Unidas (PNUD, ONUDI, UNESCO), y la necesidad de disponer de tecnología innovadora en los laboratorios de investigación de la Región así como de capacitar investigadores en su uso.

La presidenta del mencionado subcomité de biotecnología representó a la Organización en la Primera Conferencia Sur-Norte sobre Genoma Humano que se celebró en Caxambu, Brasil, en mayo. El Consejo Directivo Regional de la Red Latinoamericana de Biotecnología

auspiciada por el PNUD se reunió en diciembre en Buenos Aires, Argentina, y aprobó un programa de cursos para 1993 que recibirá el financiamiento del PNUD a través de la Organización.

Las políticas de ajuste económico adoptadas por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, y el surgimiento de prácticas más democráticas en los gobiernos de la Región, precisan que la Organización comience a cuestionar de manera más sistemática y a analizar el papel del Estado en el desarrollo de la salud. En noviembre se celebró en Washington, D.C., una reunión de conocidos y calificados científicos expertos en ciencias políticas y sociales, a fin de preparar los términos de referencia para promover la investigación en este campo. Las propuestas de proyecto, como es el caso de otras propuestas que reciben el apoyo del Programa de Subvenciones para Investigación de la Organización, serán cuidadosamente revisadas de acuerdo con el proceso instituido por la Organización a partir del 21 de febrero de 1985.

En 1992 la Organización otorgó la cifra de US\$ 401 840 para la ejecución de 34 proyectos de investigación en la mayoría de las áreas prioritarias del Programa de Subvenciones para Investigación. Entre 1986 y 1992 el Programa proporcionó los fondos para 214 proyectos, por un monto total de aproximadamente US\$ 3,5 millones.

En preparación para la XXIX Reunión del CAIS, la Secretaría del Comité comenzó a hacer los arreglos para realizar encuestas sobre los cinco temas siguientes: enseñanza y práctica de la investigación en escuelas de salud pública de América Latina; impacto del Programa de Subvenciones para Investigación en las instituciones de investigación y en los investigadores; estudio cuantitativo y cualitativo de las actividades de investigación de los centros panamericanos; uso del sistema de arbitraje para el control de calidad de los proyectos de investigación, y uso del sistema de arbitraje para el control de la calidad de las publicaciones científicas.

CAPITULO V

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

INTRODUCCION

Durante 1992 la Organización siguió promoviendo la aplicación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS/OMS en el cuatrienio 1991-1994 destacando la estrategia de descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS). Los esfuerzos continuaron centrándose en las líneas de acción de mayor impacto para el desarrollo articulado de los programas de cooperación técnica en materia de alimentación y nutrición; salud ambiental incluida la salud de los trabajadores; salud materno-infantil y planificación familiar; control de las enfermedades transmisibles; promoción y protección de la salud; enfermedades crónicas, y salud pública veterinaria. A través de las Representaciones de la OPS/OMS en los Países se continuó dando particular apoyo al desarrollo de los programas de prevención y control del cólera y se coordinaron las actividades de los programas relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

ALIMENTACION Y NUTRICION

Además de seguir las mencionadas orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, la política de la Organización en materia de alimentación y nutrición se identificó con las resoluciones de la 45ª Asamblea Mundial de la Salud sobre este campo. En dichas resoluciones se instó a los Estados Miembros a establecer mecanismos coordinadores que fomenten e integren las actividades para combatir la carencia

de micronutrientes (Resolución WHA45.33), y se urgió a los Gobiernos a implantar a nivel nacional las metas operacionales proclamadas en la Declaración de Innocenti (Florenia, Italia, 1990) sobre el fomento de la lactancia natural, a poner en práctica el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y a establecer la legislación que asegure su cumplimiento (WHA45.34).

La XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1992) aprobó el Plan de Acción para la Eliminación de la Deficiencia de Vitamina A de las Américas, urgió a los Gobiernos Miembros a formular los planes de acción nacionales respectivos y pidió al Director que proporcione la cooperación técnica necesaria para fortalecer la capacidad de los países a fin de que puedan cumplir la meta propuesta de eliminar la avitaminosis A como problema de salud pública en la Región para el año 2000 (Resolución XVI).

Durante 1992, la Organización brindó apoyo directo a todos los países por medio del Programa de Alimentación y Nutrición y de sus dos centros especializados: el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Dentro de su objetivo general de colaborar con los Gobiernos Miembros en la identificación, adaptación, desarrollo y evaluación de métodos apropiados para la promoción, logro y mantenimiento de un óptimo estado nutricional para toda la población, el Programa dio particular atención al fortalecimiento del componente de alimentación y nutrición en atención primaria de salud destacando la participación comunitaria; al desarrollo de la capacidad científica y técnica de los países en

materia de alimentación y nutrición; a la identificación de indicadores y métodos para el control del estado nutricional de la mujer embarazada; a la planificación de estrategias para eliminar los trastornos causados por la carencia de vitamina A y de yodo y para controlar la anemia por carencia de hierro; al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional para su utilización en los procesos de planificación y programación; a la colaboración con la Red Operativa Regional de Instituciones en Alimentación y Nutrición, centros colaboradores de la OMS y organismos de cooperación internacional y bilateral, y al control de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta y los estilos de vida.

La información más reciente muestra una disminución bien marcada en la prevalencia de la desnutrición proteinoenergética en ciertos países, mientras que en otros permanece estacionaria. Sin embargo, a pesar de esa aparente reducción global, existen regiones y focos de pobreza y marginalidad social donde la prevalencia sigue siendo dos o tres veces más alta que los promedios nacionales. Con el fin de encontrar solución a este problema, la Organización continuó dando apoyo a los países para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, la herramienta indispensable para identificar las áreas geográficas y los grupos de población que sufren malnutrición en cualquiera de sus formas, así como para planificar y programar acciones relevantes. Conjuntamente con el INCAP se llevó a cabo un taller sobre el empleo de la información de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional para la toma de decisiones y se colaboró con el UNICEF en la ejecución de otro taller en Nueva York para coordinar las actividades de vigilancia nutricional durante la década de los noventa; con el UNICEF y el INCAP se elaboraron guías metodológicas para los censos de talla en escolares, y con el Banco Mundial y el UNICEF se identificaron los indicadores para vigilar el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en 1990.

Además de la persistencia de la desnutrición en ciertas áreas, se observa un aumento en la

prevalencia de exceso de peso y obesidad, que no se limita a las clases sociales altas, sino que incluso es mayor en las clases media y baja, y más marcada en las mujeres. Además, hay un incremento en la prevalencia y mortalidad por algunas enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y la nutrición, tales como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

Con la participación del INCAP se convocó a una reunión sobre dieta y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, en la que participaron 10 centros miembros de la Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición.

Con el apoyo de la FAO, en la ciudad de México y en Kingston, Jamaica, se llevaron a cabo dos seminarios preparatorios para la Conferencia Internacional sobre Nutrición que se realizó en Roma, Italia, en los cuales se formularon las declaraciones de América Latina y el Caribe y los planes de acción subregional que orientaron el quehacer en el campo alimentario y nutricional. Veinte países de la Región participaron en la Reunión Preparatoria (Ginebra) a la Conferencia Internacional sobre Nutrición.

La Conferencia Internacional sobre Nutrición aprobó la Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción, cuyas estrategias y acciones, que coinciden plenamente con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS/OMS para 1991-1994, incluyen la incorporación de objetivos, consideraciones y componentes nutricionales en las políticas y programas de desarrollo; el mejoramiento de la seguridad alimentaria en el hogar; la protección al consumidor mediante un mejoramiento de la calidad e inocuidad de los alimentos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas; la atención a los grupos de escasos recursos económicos y nutricionalmente vulnerables; la prevención de la carencia de micronutrientes específicos; la promoción de dietas apropiadas y estilos de vida saludables, y la evaluación, análisis y vigilancia de la situación nutricional. En el marco de las actividades preparatorias para dicha Conferencia, la OPS/OMS dio apoyo a talleres de trabajo en Argentina, Perú y la República Dominicana, en donde se analiza-

ron los problemas prevalentes y las estrategias conducentes a la formulación de planes nacionales de alimentación y nutrición. Asimismo, la OPS/OMS cooperó con el Ecuador en la revisión y ajuste de los programas de ayuda alimentaria, y en la implantación del plan nacional de nutrición. Con apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS, el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" de México inició un estudio sobre los efectos de la crisis económica y los ajustes estructurales sobre la nutrición en grupos urbanos de bajos ingresos. La OPS/OMS también participó en misiones conjuntas de apreciación de proyectos del Programa Mundial de Alimentos en Bolivia, El Salvador y la República Dominicana.

En el campo de la carencia de micronutrientes, la Organización colaboró con el UNICEF, el Gobierno de Bélgica y el Consejo Consultivo Internacional para los Desórdenes por Deficiencia de Yodo en el desarrollo del programa subregional andino para el control de los trastornos por carencia de yodo. En Colombia, la OPS/OMS promovió y estableció un comité de lucha contra el bocio endémico y formuló una propuesta de proyecto sobre vigilancia epidemiológica y control de calidad de la yodación de la sal, y en el Perú colaboró en una evaluación del programa nacional de control del bocio endémico, que identificó la necesidad de revisar la estrategia del mercadeo social para promover el consumo de la sal yodada. En Chile se dio apoyo para hacer un diagnóstico de la situación sobre profilaxis de la deficiencia de yodo.

En colaboración con la AID (EUA), el Instituto Internacional de Ciencia y Tecnología y el Proyecto de Apoyo de Campo sobre la Deficiencia de la Vitamina A, la Organización preparó planes nacionales para el control de la deficiencia de la vitamina A en Bolivia, Ecuador y Perú, y, con la activa intervención del INCAP, inició la formulación de los mismos planes en Panamá y la República Dominicana.

Con la participación de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, la OPS/OMS realizó un taller subregional sobre el control de la anemia por carencia de hierro, revisó la versión preliminar del Plan

Regional y formuló las bases de los planes nacionales de acción.

En educación y comunicación social sobre alimentación y nutrición, la Organización colaboró en la realización del IX Congreso Latinoamericano de Nutricionistas-Dietistas que se celebró en La Paz, Bolivia, y en la publicación del "Directorio de carreras de nutrición y dietética en América Latina" y de las "Pautas para planificar y realizar estudios sobre formación y desempeño del nutricionista-dietista en América Latina". El CFNI llevó a cabo en Jamaica un taller de capacitación sobre métodos rápidos de evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas en materia de alimentación.

En nutrición materno-infantil, la OPS/OMS colaboró en el diseño de un estudio sobre enseñanza de la lactancia materna en escuelas de ciencias de la salud; llevó a cabo una reunión con los principales investigadores de un proyecto sobre metas y análisis de datos de antropometría materna, y colaboró en el diseño de un protocolo para un estudio multicéntrico sobre validación de indicadores para la vigilancia del estado nutricional de la madre y su aplicación en el hogar. Además, participó en tres reuniones con el UNICEF sobre indicadores para evaluar el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

SALUD AMBIENTAL

En 1992 la salud ambiental adquirió especial relevancia con motivo de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED-92), de la celebración del Año de la Salud de los Trabajadores, y de la situación de emergencia generada en los países por la epidemia de cólera.

Las actividades llevadas a cabo por el Programa de Salud Ambiental de la Organización para atender la demanda tuvieron en cuenta los objetivos y metas establecidos en las orientaciones estratégicas y prioridades de la Organización. Fueron realizadas 214 misiones de cooperación técnica por personal de la Sede, los inge-

nieros asignados a las Representaciones de la OPS/OMS en varios países, así como por los profesionales del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), en Lima, Perú, y el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), en Metepec, México.

Se registraron importantes adelantos en la mejora de la calidad del agua potable y en la disposición sanitaria de las excretas. El CEPIS y el personal de la Sede trabajaron coordinadamente para dar apoyo a la instalación de sistemas de desinfección, la mejora de las plantas de tratamiento y distribución de aguas, así como a programas educativos para la comunidad. También se incorporó la consideración de la calidad del agua en las actividades relacionadas con salud y turismo; control de enfermedades diarreicas; higiene de los alimentos; comunicación social, y capacitación de recursos humanos.

Especial atención se dio a la difusión de los compromisos establecidos en la UNCED-92 y de su significado para el sector salud. Asimismo, se colaboró con el Parlamento Latinoamericano y el Parlamento Centroamericano en la formulación de legislación general sobre salud, medio ambiente y salud de los trabajadores.

Se siguió fortaleciendo la coordinación con otros programas de la Organización que inciden en la salud ambiental. En la formulación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y en las actividades relacionadas con el Año de la Salud de los Trabajadores se trabajó con casi todas las unidades de la OPS/OMS.

La movilización de recursos constituyó una estrategia esencial para la entrega de cooperación y para canalizar recursos a los países. Durante el año 35 proyectos se mantuvieron activos gracias al financiamiento del BID, el Banco Mundial, el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), el PNUD, los Gobiernos de Brasil, Canadá, Colombia, España y los Países Bajos, los países nórdicos, instituciones gubernamentales de varios países, universidades y fundaciones.

En relación con la emergencia provocada por la epidemia de cólera, se organizaron reuniones sobre prevención y control de la enferme-

dad; se elaboraron propuestas para cinco proyectos sobre medidas de salud ambiental a ese respecto; y se asesoró a todos los países de la Región en la preparación de especificaciones para la compra de equipos y materiales para la desinfección y vigilancia de la calidad del agua potable.

Se siguió dando atención especial a la capacitación de recursos humanos. Durante el año se realizaron 275 cursos cortos con un total de 10 280 participantes y se continuó brindando apoyo a los programas de formación a nivel de graduación y de posgrado. En el plano regional, se realizaron varias actividades con el fin de proporcionar los elementos básicos para mejorar la enseñanza y la investigación en ingeniería sanitaria y ambiental, y para promover la cooperación entre las instituciones docentes. La Organización continuó colaborando en el desarrollo institucional de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), así como en el fortalecimiento de su División de Educación, Capacitación y Adiestramiento. También se dio apoyo a la organización y desarrollo del programa técnico del XXIII Congreso de la AIDIS, que tuvo lugar en La Habana, Cuba, en noviembre, y en el que participaron 850 profesionales de varios países de la Región.

En el año se concluyeron seis proyectos de investigación relacionados con el medio ambiente que contaron con el apoyo financiero de la OPS/OMS; se mantuvieron activos siete proyectos y se avanzó en el análisis de cuatro nuevos proyectos. El CEPIS realizó investigaciones sobre tratamiento y reuso sanitario de aguas residuales y efectividad de las lagunas de estabilización en la eliminación de patógenos, inclusive *Vibrio cholerae* 01, que provocó la epidemia de cólera en el Perú en 1991. En relación con los riesgos por exposición a materias tóxicas, los principales temas de investigación abordados se refirieron a la exposición y efectos para la salud del plomo y contaminantes atmosféricos en México, los plaguicidas en Cuba y el mercurio en el Brasil.

El proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA) participó

activamente en la coordinación de las labores con instituciones de esa subregión, principalmente el Parlamento Centroamericano y la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo.

En cuanto a diseminación de información, el Programa de Salud Ambiental preparó 82 publicaciones y en los países se publicaron 85 documentos, principalmente informes de estudios y actividades nacionales. Se continuó fortaleciendo la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPDISCA) y el Sistema de Información del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECOLINE).

Con respecto a la coordinación externa, el Año de la Salud de los Trabajadores ofreció una buena oportunidad para colaborar con una gran cantidad de instituciones, entre ellas gremios de trabajadores, centros colaborantes, representantes de la prensa, de empresas oficiales y particulares y organismos internacionales (OIT, Banco Mundial, UNICEF y PNUD). Hubo una excelente coordinación con la Organización de los Estados Americanos (OEA), principalmente en actividades relacionadas con turismo y salud de los trabajadores. Asimismo, se colaboró con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) en cuanto a turismo y salud, legislación ambiental y control de la contaminación de mares mediterráneos, y con el UNICEF se coordinaron acciones conjuntas en abastecimiento de agua y saneamiento para 1993. También se trabajó con el Banco Mundial y el BID en la formulación y ejecución de proyectos regionales y nacionales, y con el Banco Mundial y el Gobierno de los Países Bajos en el diseño y preparación de un modelo computadorizado de evaluación de impactos ambientales.

Abastecimiento de agua y saneamiento

La epidemia de cólera, que afectó a numerosos países de la Región, confirmó dramáticamente la prioridad programática que asigna la

OPS/OMS a la calidad del agua potable. Esta emergencia demandó atención prioritaria del Programa de Salud Ambiental, que preparó y distribuyó documentos técnicos y dio apoyo a los países para planificar y ejecutar medidas ambientales para la prevención y el control del cólera.

Por otra parte, en varios países la Organización promovió y apoyó la monitoría y el control de la calidad del agua, tanto en los sistemas de distribución como en las fuentes de abastecimiento. Como parte del proyecto MASICA y con el respaldo financiero del Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) se puso en marcha un proyecto de conservación de los recursos hídricos y vigilancia de la calidad del agua potable.

Se continuó promocionando a los sistemas de tratamiento y reuso de aguas residuales como una tecnología apropiada que permitirá incrementar la baja cobertura de tratamiento existente. Se espera que con el empleo de esa tecnología disminuirán los niveles de riesgo para la salud debidos principalmente a fuentes de abastecimiento de aguas contaminadas, uso indiscriminado de aguas residuales sin tratamiento previo en la agricultura y, en general, a la contaminación de cuerpos de agua superficial que reciben descargas de aguas residuales. Cabe destacar el inicio de la búsqueda de tecnologías apropiadas para el tratamiento de las aguas residuales de los centros de atención de salud. A ese respecto se diseñó y construyó un sistema de recolección y tratamiento para el Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo, Perú, en el cual se ha aplicado una estrategia de separación de residuos tratando de manera especial el agua residual peligrosa por su carácter infeccioso.

El uso eficiente del agua se ha transformado también en un aspecto prioritario, dada la crisis económica y la escasez y deterioro de la calidad de este recurso. Con apoyo del CEPIS y de la GTZ, México y los países de Centroamérica, Belice, Panamá y la República Dominicana han desarrollado programas de uso eficiente del agua, experiencia que se aplicará a los países andinos por medio del CEPIS y la colaboración de la GTZ.

LA OPS/OMS preparó y diseminó ampliamente información sobre la evaluación regional del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Asimismo, se publicó y distribuyó la Declaración de Puerto Rico, que incluye recomendaciones sobre la preparación de planes nacionales de abastecimiento de agua y saneamiento, y se elaboraron y enviaron a las Representaciones de la OPS/OMS en los Países guías para la preparación de dichos planes nacionales.

La Organización colaboró con el UNICEF en el desarrollo de programas de extensión de la cobertura y de monitoría de la calidad del agua y del saneamiento. Se realizaron talleres sobre el tema en Costa Rica, Guatemala y Jamaica. Asimismo, se realizó un taller conjuntamente con el UNICEF en La Habana, durante el Congreso de la AIDIS, para examinar estrategias de colaboración para la extensión de la cobertura. Se participó también en la implantación en América Latina y el Caribe del Sistema de Información de Apoyo Externo a los Países y del Sistema de Monitoría de Agua y Saneamiento de la OMS/UNICEF.

La OPS/OMS continuó con su política de dar apoyo al desarrollo institucional de los organismos responsables de los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado; durante el año se colaboró con los proyectos de este tipo en Brasil, Costa Rica, Honduras y México. Por medio del proyecto MASICA, se formularon otros proyectos de desarrollo institucional y educación ambiental. El CEPIS inició un programa de capacitación de recursos humanos, con apoyo de la Comunidad Económica Europea, para las empresas de agua potable y saneamiento en 10 países de la Región. También evaluó sistemas de agua potable para zonas marginales de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú, y desarrolló metodologías para la vigilancia comunitaria de la calidad del agua y de los servicios que incluyen desinfección con métodos simples y a nivel casero. Asimismo, elaboró guías para la gestión comunitaria de los servicios con miras a fortalecer la capacidad local, y materiales educativos a fin de involucrar a la comunidad en la gestión de proyectos de saneamiento básico.

Control de los riesgos relacionados con el medio ambiente

Se organizaron varias reuniones regionales, subregionales, nacionales y locales para concientizar a autoridades, instituciones y grupos sociales de la necesidad imperiosa de que en el proceso de desarrollo se tengan en cuenta los aspectos ambientales y la promoción de la participación social en la solución de los problemas del medio ambiente. En coordinación con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, la OEA, el Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y otros programas de la Organización, se desarrollaron actividades como el Simposio Regional de Evaluación y Manejo a Nivel Local de los Riesgos Ambientales para la Salud, la Conferencia sobre Ecología y Salud para la subregión centroamericana y la reunión del Parlamento Latinoamericano previa a la UNCED-92. Participaron en ellas los sectores público y privado, parlamentarios, organismos no gubernamentales, así como entidades representativas de la comunidad. Se inició un proceso para incorporar la comunicación social y la educación para la salud como elementos facilitadores de la participación social en la solución de los problemas ambientales.

La OPS/OMS promocionó y participó en numerosas actividades interprogramáticas para facilitar y asegurar la incorporación de las intervenciones ambientales integradas a nivel local. Con el fin de intensificar la introducción de la atención al medio ambiente en las comunidades, se preparó un documento donde se propone una metodología especializada para preparar perfiles ambientales locales, que se empezó a aplicar en cinco poblados de Argentina, Ecuador, Guatemala, México y la República Dominicana.

El ECO continuó la diseminación de normas y metodologías para evaluar los peligros y riesgos para la salud de la exposición a sustancias químicas peligrosas y a plaguicidas, y el CEPIS y el ECO brindaron apoyo a los países para establecer normas y regulaciones para el control de la calidad del aire y de los recursos hídricos.

El ECO siguió reforzando los programas nacionales de seguridad de las sustancias químicas y colaboró con 20 gobiernos en la formulación, puesta en práctica y evaluación de 41 proyectos locales. También participó en la producción de guías, criterios y materiales educativos sobre evaluación de riesgos y vigilancia epidemiológica mediante la publicación y divulgación de documentos técnicos y material educativo. El CEPIS produjo y diseminó manuales técnicos, sobre temas gerenciales y económicos en relación con la evaluación y el manejo de sustancias tóxicas en aguas superficiales, emisiones submarinas para la disposición de aguas negras en ciudades costeras, eutroficación en lagos cálidos tropicales, clasificación de residuos peligrosos y su disposición en rellenos de seguridad.

La Organización siguió cooperando en la validación del modelo computadorizado INVENT para estimar la cantidad de contaminantes, y al respecto realizó una encuesta en más de 140 industrias de Lima y Callao en el Perú. También se han diseminado modelos matemáticos para la evaluación y el control de contaminantes.

Prosiguieron en tres países 13 proyectos de investigación sobre temas vinculados con la exposición a agentes químicos y sus efectos en la salud. Con el apoyo de la Agencia para la Protección del Ambiente (EUA) y el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (OMS), se concluyeron estudios sobre posibles líneas de investigación en relación con metales, plaguicidas, contaminación atmosférica y solventes.

A raíz de la epidemia de cólera, se ha generado una capacidad de diagnóstico y vigilancia ambiental en el laboratorio del CEPIS, especialmente en cuanto a agua y alimentos. Esta experiencia ha sido difundida a nivel regional a través de seminarios y conferencias.

La OPS/OMS también brindó apoyo a los programas de control y vigilancia de la calidad del agua, utilizando técnicas de tratamiento de agua potable con alto contenido de materia soluble. Asimismo, se desarrolló una tecnología de bajo costo para la medición del cromo y

el sulfuro en aguas residuales de la industria de la curtiembre.

Residuos sólidos e higiene de la vivienda

La Organización colaboró con la mayoría de los países de la Región en el área de residuos sólidos y se puso énfasis en la elaboración de planes maestros y nacionales. A nivel regional y subregional se continuó con la estrategia de lograr el intercambio de experiencias entre países, promover la formación de asociaciones civiles de instituciones y personas relacionadas con el aseo urbano, y fomentar la cooperación entre países. Ejemplos sobresalientes al respecto fueron la celebración de un simposio en Cuba, una reunión centroamericana sobre aseo urbano, y la cooperación entre Guyana y Trinidad y Tabago, y Cuba y Chile.

En lo referente al desarrollo de recursos humanos, se realizaron 20 cursos y seminarios, con 545 participantes. Durante el año, la OPS/OMS preparó y diseminó normas y criterios para la operación de rellenos sanitarios manuales y elaboró seis documentos técnicos a nivel de los países.

Con respecto a residuos hospitalarios, se continuó promoviendo en Centroamérica, conjuntamente con la CEE, el proyecto que incluirá el estudio y la provisión del equipo para resolver el problema de residuos de hospitales en todas las ciudades capitales. También se siguió difundiendo el documento "Consideraciones sobre residuos de hospitales en América Latina", y con la participación del CEPIS y el apoyo de la GTZ se realizaron estudios sobre este tema en cuatro países.

Se continuó impulsando el desarrollo y uso de tecnologías apropiadas, entre las que se destacan las relativas a recolección de residuos con vehículos de tracción manual o animal y el relleno sanitario manual, ambas promovidas por el CEPIS.

En cuanto a higiene de la vivienda, se realizó la primera Conferencia sobre Salud en la Vivienda en las Américas, que se preparó con-

juntamente con el Centro Cooperante de Salud en la Vivienda de la Universidad de Nueva York, en Búfalo. Unos 80 participantes de nueve países de la Región asistieron a la conferencia, en la cual se discutieron las bases para guiar las actividades futuras de la OPS/OMS sobre este asunto.

Salud de los trabajadores

La difusión de la iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores" y la Declaración de Washington, firmada el 26 de febrero de 1992, generaron acciones políticas regionales y subregionales, mandatos del Consejo Directivo, y el apoyo de diversos organismos y sectores a este programa. Se promovió el trabajo cooperativo interagencial en cumplimiento de las líneas de acción recomendadas en la Resolución XIV de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990). Se ha logrado despertar en los países un considerable interés en el desarrollo de planes y políticas nacionales, así como en la revisión de la legislación con respecto a la salud de los trabajadores. La OPS/OMS llevó a cabo una serie de actividades a nivel regional, subregional y nacional, las cuales contaron con la participación de los sectores de salud, trabajo, seguridad social, las comisiones parlamentarias, representantes de los trabajadores y empresas públicas y privadas.

La Organización colaboró con las autoridades en la mayoría de los países, con los comités nacionales y con grupos interprogramáticos en la preparación de planes y proyectos para el desarrollo de la salud de los trabajadores, y contribuyó a la movilización de recursos externos. Asimismo asesoró a los países andinos, centroamericanos y del Caribe en la preparación de planes subregionales y colaboró con la OEA para asesorar a los Ministros de Trabajo. Se brindó apoyo a las actividades dirigidas a la incorporación del área de salud de los trabajadores en los servicios de salud, atención primaria y en los SILOS, y se promovió la reorientación de los programas de salud ocupacional en las instituciones de seguridad social.

Durante el año se continuó estimulando la expansión de los centros colaboradores de la OMS en salud ocupacional; cinco centros más se habilitaron durante el año. También se reforzó la difusión de información y la capacitación en salud de los trabajadores mediante la formación de especialistas, la apertura de nuevos cursos de posgrado y el adiestramiento de personal de salud en este tema. También se prepararon y difundieron dos guías sobre vigilancia epidemiológica de factores de riesgo ocupacional y condiciones de salud de los trabajadores.

SALUD MATERNOINFANTIL

Los niños, los adolescentes y las mujeres —especialmente las de edad fértil— se encuentran entre la población de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social. Estos grupos, que en 1992 totalizaron 70,6% de la población de la Región de las Américas, constituyen los destinatarios principales de las actividades que lleva a cabo el Programa de Salud Maternoinfantil de la Organización.

El Programa orientó la cooperación técnica de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Octavo Programa General de Trabajo de la OMS, las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de los Cuerpos Directivos de la OPS, y las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS para el cuatrienio 1991-1994. Además, hizo hincapié en las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, adoptadas por los gobernantes de más de 150 países del mundo.

En función de esas metas se fomentó la estrategia de cooperación interinstitucional basada en el "Memorandum de Colaboración Interagencial" firmado en septiembre de 1991 por la OPS/OMS, el UNICEF, el FNUAP, el BID y la AID (EUA). Durante 1992 se logró la adhesión del Banco Mundial, y a finales del año se encontraba en negociación la participación de la UNESCO, la FAO y el PNUD. La cooperación interinstitucional, además de movilizar un mayor número de recursos, permitió canalizar la cooperación hacia el logro de las metas por

medio de actividades conjuntas. En este sentido, la Organización promovió la realización en Brasilia de una reunión de evaluación del estado de los planes nacionales de acción para el cumplimiento de las metas acordadas en la mencionada Cumbre Mundial, con la participación de 121 delegados de 28 países de la Región, entre los que se contaron legisladores, viceministros y funcionarios de alto nivel de los ministerios nacionales.

A estas actividades se sumaron otras que promovieron la salud de la mujer, del niño y del adolescente en las agendas políticas nacionales, subregionales e internacionales. La labor de la Organización en este campo trascendió los ministerios de salud y se orientó hacia la seguridad social, los parlamentos y otros sectores del gobierno y extragubernamentales, dando impulso a la elaboración de planes y acciones de desarrollo nacional y a la cooperación técnica entre los países de la Región.

Merecen destacarse la importancia que la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS le dio al programa de salud integral del adolescente (Resolución XVIII) y al PAI (Resolución VII), y la elaboración, por parte de los Gobiernos Miembros, de los planes nacionales de acción para el cumplimiento de las metas acordadas en la Cumbre en Favor de la Infancia. Todos los países incorporaron metas de reducción de la mortalidad infantil y materna, de la desnutrición, de la mortalidad y la morbilidad por neumonía, de las enfermedades diarreicas, del sarampión y del tétanos neonatal, así como el aumento de la cobertura de la inmunización, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, el control de la salud de las embarazadas y la atención institucionalizada del parto, la promoción de la lactancia materna y la planificación familiar. A finales del año los países estaban preparando planes operativos para alcanzar dichas metas e iniciando su ejecución.

La Organización trabajó con grupos de expertos en la creación y actualización de normas técnicas sobre salud de la mujer, vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, SIDA en las madres y los niños, planificación familiar e infecciones respiratorias agudas. También

realizó esfuerzos para la difusión y utilización de las normas en los países, con diferente grado de éxito.

Con referencia a las infecciones respiratorias agudas, a fin de año solo dos países carecían de normas para el manejo de casos, y cinco habían hecho planes para actualizarlas. Todos los países de la Región han adoptado las recomendaciones técnicas de la OPS/OMS para su control, 20 países cuentan con un plan operativo nacional y personal capacitado para su gestión, 24 llevan a cabo las acciones de control a nivel de los SILOS, y 22 ya tienen establecido el perfil de las infecciones respiratorias agudas en el país.

Siguiendo las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, la OPS/OMS contribuyó a la reorganización del sector salud y apoyó los procesos de descentralización y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, centrandose las acciones en los grupos más vulnerables: la población rural y urbana marginal que vive en la pobreza, los niños de la calle y en circunstancias especialmente difíciles, los adolescentes en situaciones peligrosas y las mujeres con embarazos de alto riesgo.

La Organización hizo hincapié en los cambios de comportamiento y la adopción de conductas favorables para la promoción y el cuidado de la salud, no solo en el plano individual sino también en el comunitario, especialmente dentro de los grupos organizados de mujeres. Para ese fin promovió la utilización de la comunicación social y la educación para la salud en forma simultánea.

En cuanto a la administración del conocimiento, la OPS/OMS colaboró con las autoridades nacionales en la generación y difusión de información en los campos de demografía, salud perinatal, salud de la mujer, del niño y del adolescente, y planificación familiar. Para ello preparó 157 publicaciones de las cuales distribuyó más de 100 000 ejemplares. También capacitó a 10 331 personas de toda la Región por medio de cursos y talleres, y desarrolló investigaciones operativas y epidemiológicas y sistemas de información. Entre estos se destacan el Sistema Informático Perinatal (que en 1992 procesó 650 000

nacimientos), el diseño del Sistema Informático del Niño, la prueba de campo de la base de datos del Programa Regional de Salud Materno-infantil, el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, la base regional de datos sobre el control de las infecciones respiratorias agudas y la de control de enfermedades diarreicas que incluye el perfil del programa nacional de control de 25 países, el Sistema de Vigilancia para Erradicación de la Poliomielitis (base de datos notificados semanalmente por más de 21 000 unidades de salud de la Región), y el sistema de datos sobre morbilidad y mortalidad por determinadas enfermedades inmunoprevenibles.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) realizó 30 investigaciones del tipo intervención/acción, la mayoría de ellas en colaboración con varios centros, y desarrolló, puso a prueba y distribuyó tecnología apropiada, como por ejemplo las cintas obstétricas y neonatales, el estetoscopio fetal, el equipo para resucitación y la incubadora de transporte. Por otra parte, la Organización realizó investigaciones sobre enseñanza de lactancia materna, enseñanza de salud reproductiva y mortalidad materna, y estudios de esquemas alternativos de servicios tales como casas de parto y hogares maternos. Dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la Organización realizó nueve proyectos, entre los que se destacan un estudio sobre la contribución de la campaña de erradicación del poliovirus salvaje al fortalecimiento de la infraestructura de salud, y otro sobre las áreas de riesgo de tétanos neonatal. Además, en siete países concretó 11 estudios sobre prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en los servicios de salud y en el hogar, y realizó un seminario regional sobre investigaciones operativas de las infecciones respiratorias agudas para analizar protocolos de aplicación a nivel local.

La Organización hizo hincapié en la movilización institucional, trabajando conjuntamente con una gran cantidad de entidades, desde importantes centros de investigación y prestigiosas universidades hasta modestas organizaciones no gubernamentales de nivel local, lo que redundó en una

mayor sustentación y difusión de las actividades de la Organización.

En cuanto a la movilización financiera, en 1992 la OPS/OMS recibió aproximadamente US\$ 4 millones de los Países Bajos, el Gobierno de Italia, la Fundación W.K. Kellogg, el UNICEF y el FNUAP para programas de salud materno-infantil y planificación familiar en toda la Región. A finales del año se encontraban en proceso de negociación otros tres proyectos regionales con el FNUAP, uno con el UNICEF para la Subregión Andina y cinco con la Corporación Carnegie para la frontera entre los Estados Unidos y México. Por su parte, el CLAP manejó cuatro proyectos extrapresupuestarios con fondos de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Fundación W. K. Kellogg y la Fundación Wellcome, por más de US\$ 1,2 millones. En el PAI, los principales donantes fueron la AID (EUA), la Asociación Canadiense de Salud Pública, el UNICEF, el Club Rotario Internacional y el BID, quienes contribuyeron con aproximadamente US\$ 5 millones. A esto se agregaron otras fuentes no tradicionales de financiamiento provenientes de los países. En materia de control de las infecciones respiratorias agudas, el UNICEF dio apoyo para actividades regionales y de país, y la AID (EUA) y organizaciones no gubernamentales, para actividades en los países. Los Países Bajos contribuyeron con recursos financieros para contratar los servicios de un experto en Jamaica y para la difusión del boletín *Noticias sobre IRA*, y el Gobierno de Finlandia aportó US\$ 244 000 para el control de las infecciones respiratorias agudas en Nicaragua. La Organización trabajó en proyectos relacionados con las enfermedades diarreicas, apoyados por la AID (EUA), el Programa de Investigación de Introducción de Tecnología (PRITECH), Agua y Saneamiento para la Salud (WASH: Water and Sanitation for Health, EUA), la Academy for Educational Development (EUA) y el Banco Mundial.

Pese a restricciones presupuestarias, la OPS/OMS avanzó en el logro de las metas del Programa de Salud Materno-infantil. Entre ellas se destacan que ha pasado más de un año desde que se notificó el último caso confirmado de polio-

virus salvaje en la Región, en agosto de 1991, y que en los países de habla inglesa del Caribe se implantó uno de los sistemas de vigilancia más sofisticados del mundo. Estos logros aceleran el camino hacia otros objetivos, tales como la eliminación del tétanos neonatal y del sarampión. Además, se consolidaron las líneas de trabajo establecidas para el crecimiento y desarrollo del niño, entre las que cabe mencionar la amplia cobertura lograda en la evaluación de los servicios de salud materno-infantil con metodología adaptada a los SILOS en más de 20 países, y la iniciación de actividades para el mejoramiento de la salud mental del niño y la prevención del maltrato infantil. En salud del adolescente, los países han demostrado un interés creciente que se traduce en la demanda de cooperación técnica específica y en el alcance de las metas establecidas para el desarrollo de tecnología y recursos humanos y el trabajo en redes institucionales. En salud de la madre se logró una importante movilización de recursos a nivel regional, subregional y de país, y se avanzó en la elaboración de modelos alternativos de atención. Además, se ha generado una mayor conciencia sobre el problema de la mortalidad materna que, junto a la experiencia acumulada en la formulación de planes y en la vigilancia epidemiológica, permitirá en un futuro cercano un avance significativo en la ejecución del plan regional para reducir la mortalidad materna.

Los esfuerzos realizados en el control de las enfermedades diarreicas han sido muy importantes para la prevención de defunciones por diarrea y cólera, y para una mejor atención de los pacientes de ambas enfermedades. Entre los frutos de este esfuerzo se destacan el establecimiento de las directrices para los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas en 19 países, el mejoramiento de la producción y el control de la calidad de las sales de rehidratación oral, la capacitación de personal de los servicios de salud y de docentes universitarios, y la expansión del establecimiento de las Unidades Comunitarias de Rehidratación Oral y Saneamiento.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Durante el año, la Organización continuó cooperando técnicamente con los países en las actividades de prevención y control de las enfermedades transmisibles y en el fortalecimiento de los servicios para que los programas de control de las enfermedades transmitidas por vectores, la lepra y otras enfermedades víricas y parasitarias pudieran ejecutarse con mejor eficiencia y eficacia.

En cuanto a la prevención y control del dengue, la OPS/OMS siguió promoviendo actividades para reforzar los laboratorios de diagnóstico en los países de Centroamérica, suministró reactivos de referencia para diagnóstico a los laboratorios de toda la Región, y trabajó en la versión preliminar de una guía para el control de esa enfermedad. La guía fue revisada durante la reunión subregional sobre el dengue celebrada en el Brasil, en la que participaron funcionarios de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay, y expertos de los Estados Unidos y de la OMS. Además, la OPS/OMS brindó asesoramiento al programa de control del dengue en el Ecuador, particularmente sobre la vigilancia epidemiológica de la enfermedad y el control de *Aedes aegypti*, colaboró en la revisión de las normas para la prevención y el control del dengue en El Salvador, y cooperó en el diseño y ejecución de las actividades operativas para el control de esa enfermedad de acuerdo con el plan trinacional para áreas limítrofes entre El Salvador, Guatemala y Honduras.

La OPS/OMS siguió dando apoyo a proyectos piloto de vacunación contra la hepatitis B en áreas hiper e hipoendémicas de la Región, colaboró en un ensayo de la fase IV de la vacuna contra el virus Junín, que se hace en la Argentina, y cooperó con Venezuela para obtener un mejor conocimiento de la epidemiología, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la fiebre hemorrágica venezolana, producida por el virus Guanarito.

La Organización también dio apoyo a la ejecución de un taller en la Argentina sobre el control de la calidad de la sangre para transfusión con el fin de evitar la infección por el VIH,

hepatitis y *Trypanosoma cruzi*; en el mismo participaron profesionales de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay. El tema también se discutió en una reunión realizada en Colombia, en la que participó personal de organismos oficiales y organizaciones no gubernamentales responsables por la transfusión de sangre en Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela.

Con financiamiento del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, se reforzaron varias instituciones de Brasil (4), Guatemala (1), México (2) y Venezuela (2), con el fin de mejorar su capacidad para llevar a cabo investigaciones y capacitación en epidemiología, entomología y parasitología. La OPS/OMS colaboró en una reunión en la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil, sobre el desarrollo y análisis de protocolos para la investigación de campo, como parte del programa sobre la Red de Instituciones en Apoyo de la Investigación de Campo (FIEDLINCS) del Programa Especial.

Con financiamiento del Comité Directivo para el Control de la Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), del Programa Especial, la Organización trabajó en tres protocolos multicéntricos. También colaboró con el Brasil en la elaboración de un proyecto para la evaluación de la atención de los pacientes de lepra en los servicios de salud en un área urbana endémica del país. Con Venezuela cooperó en la revisión de los protocolos de investigación sobre control y eliminación de dermatosis tropicales (lepra, leishmaniasis, oncocercosis y otras), y trabajó en proyectos de investigación para la producción de una vacuna contra la leishmaniasis. Además, dio apoyo a la preparación de proyectos sobre la interacción de la lepra y el virus del SIDA en el Brasil, sobre los factores de riesgo de la malaria en el Brasil y Venezuela, y sobre las consecuencias que la malaria pueda producir en las embarazadas en el Ecuador. La Organización también brindó apoyo al programa de pequeños subsidios para investigaciones sociales y económicas en enfermedades tropicales, que el Programa Especial financia en la Región.

Además de elevar el interés de los Gobiernos Miembros por el incremento de la tuberculosis en la Región, la OPS/OMS contribuyó al reforzamiento de los respectivos programas nacionales de control. La tuberculosis es un problema vigente y de real trascendencia pública. Esta situación es evidente por el mantenimiento o lento descenso de las tasas de prevalencia, y por la incidencia elevada que se agravó recientemente debido a la diseminación del VIH. Varios países con problemas graves de tuberculosis, entre ellos Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú, han intentado obtener en los últimos años estadísticas de morbilidad actualizadas y dignas de crédito para su uso adecuado. En su lucha contra la tuberculosis, la OPS/OMS hizo hincapié en la organización de laboratorios para el control de la calidad del diagnóstico, en el equipamiento, en la formación de redes locales y regionales, y en la capacitación de personal. También contribuyó a la creciente aplicación del concepto de que los encargados de laboratorios deben compartir responsabilidades con los médicos y el personal de enfermería en la aplicación del programa contra la tuberculosis. El apoyo brindado por la OPS/OMS para mejorar la capacidad local de mantenimiento y reparación de microscopios por medio de talleres en Guatemala y Perú permitió recuperar docenas de aparatos que estaban inutilizados.

La Organización puso énfasis en la promoción del control integrado de las enfermedades transmitidas por vectores. Con ese fin, además de contribuir a aminorar el uso de sustancias químicas, la OPS/OMS promovió el ordenamiento del medio, el control biológico, la educación sanitaria y la participación social para el control de las enfermedades transmitidas por vectores en Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Uruguay y los países del Caribe. También colaboró en la capacitación de más de 1 200 personas en las áreas de epidemiología y entomología, principalmente a nivel comunitario, intermedio y universitario, en la mayoría de los países de la Región, y promovió investigaciones operativas sobre diferentes opciones de intervención dirigidas al control de las enfermedades

transmitidas por vectores en Colombia, Guatemala, México, Nicaragua y Venezuela.

En las Antillas Neerlandesas (Bonaire) se dio apoyo al inicio de un programa de acción comunitaria contra insectos y roedores; en Aruba se realizó la evaluación del programa de control del *Aedes aegypti*; en Trinidad y Tabago se colaboró en la definición de intervenciones en agrosistemas de arroz en relación con el control de enfermedades transmitidas por vectores, y en Barbados se organizó un programa de control de roedores.

Con el apoyo de la Organización se llevó a cabo la primera reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa del Cono Sur para eliminar el *Triatoma infestans* e interrumpir la transmisión de *T. cruzi* por transfusión de sangre. Los países elaboraron el programa nacional para 1992-1995, así como el cronograma de actividades y el plan de acción para 1992. En la mayoría de los países, la voluntad política para la interrupción de la transmisión de la tripanosomiasis americana se reflejó en la provisión de fondos locales para realizar las acciones de prevención y control. Asimismo, se hizo un análisis del régimen legal vigente durante 1960-1991 de los bancos de sangre y de las disposiciones que han hecho obligatorias las pruebas de laboratorio para detectar las enfermedades transmitidas por transfusión de sangre en América Latina.

Dentro del contexto del proyecto subregional para el control de la malaria en los países de Centroamérica, se desarrolló un proceso de capacitación del personal de salud y de actualización de los propios programas, con el fin de fortalecer los conocimientos técnico-gerenciales y de participación social para facilitar la descentralización de actividades y la aplicación de la estrategia de atención primaria en los sistemas locales de salud (SILOS). Se realizaron además cursos sobre epidemiología de la malaria y participación comunitaria en varios países, y se promovieron cursos y talleres con un enfoque similar en Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

A pesar de las limitaciones de los programas nacionales de malaria, se ha logrado definir la

utilización de los mismos en el desarrollo de los SILOS. Además, se han introducido las actividades de prevención y control de esa enfermedad en la programación local en Centroamérica, Belice y Panamá. Esto implica la actualización del personal sectorial bajo el concepto de educación permanente, así como la redefinición de las actividades del programa a nivel central.

La Organización dio apoyo al establecimiento de un sistema de información epidemiológica computadorizada para la Dirección de Endemias Rurales en Venezuela; en Colombia trabajó en la revisión de un sistema de información del programa de malaria; en el Brasil cooperó en la ejecución de un plan de acción para la prevención y el control de esa enfermedad, y en los países de Centroamérica cooperó con el nivel central de cada uno de ellos en la implantación de los planes de descentralización operativa, técnica y administrativa, y en las actividades de supervisión y promoción comunitaria.

En 1992 se llevó a cabo la Reunión Interregional para las Américas, como actividad previa para la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo. En esa reunión, realizada en Brasília, participaron representantes de 21 países que cuentan con programas de control de la malaria, y representantes de otras Regiones de la OMS en donde la enfermedad constituye un problema significativo. La mecánica de la reunión facilitó la incorporación de elementos de ecología, ambiente, demografía, economía y organización social en los posibles modelos de acción local dirigida al control. Se hicieron recomendaciones de orden político, legislativo y macroeconómico, y se identificaron técnicas destinadas a mejorar el análisis de la información, a promover la investigación, a desarrollar la capacitación del personal del sector salud y a mejorar la educación para la salud con un enfoque multisectorial. Además, se propuso estimular que las acciones se realicen por medio de los sistemas locales de salud. Una reunión previa realizada con la participación de los nueve estados de la Amazonia de Brasil, en los que existe una mayor prevalencia de malaria, generó el compromiso de evaluar las condiciones de descentralización de los programas en esa zona.

La Organización participó en la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo, realizada en Amsterdam, Holanda, en la que los Gobiernos y los agentes de salud y de desarrollo de la comunidad mundial se adhirieron a la lucha contra esta enfermedad. En esa Conferencia se solicitó a la OMS que dirija las actividades de apoyo a nivel mundial en lo que se refiere a esa actividad.

La OPS/OMS puso énfasis en la promoción de la investigación en cuanto a la capacidad resolutive de los servicios de salud, tema importante para determinar las necesidades de reforzamiento de los sistemas locales de salud. Con ese propósito, en México se llevó a cabo un seminario del que derivó la elaboración de tres propuestas concretas de investigación sobre la capacidad resolutive de los servicios de salud para el control de la malaria (dos de Colombia y una de México).

Dentro del contexto de la iniciativa para la eliminación de la oncocercosis se constituyó formalmente y entró en operación el Consejo de Planeación Estratégica, bajo la coordinación de la OPS/OMS y en estrecha colaboración con los países endémicos, en el que participan organizaciones no gubernamentales tales como la Fundación Ceguera de los Ríos, la Fundación Internacional para el Cuidado de los Ojos, la Fundación Helen Keller, Misión Christian de la Ceguera, Comité de Expertos en Mectizán, Merck Sharp & Dohme y la AID (EUA), así como organizaciones no gubernamentales a cargo de acciones de control de la oncocercosis en los países.

En 1992 se integró un grupo especial de trabajo sobre la caracterización epidemiológica de la oncocercosis, que actuó como grupo asesor ad hoc del Consejo de Planeación Estratégica para la estandarización de procedimientos en los países endémicos. En reuniones celebradas en Guatemala y México se acordó realizar acciones cooperativas con unidad de criterio teórico y metodológico en la zona de Huehuetenango en Guatemala y del Soconusco en México. Reuniones semejantes se llevaron a cabo en Colombia y Ecuador, y en Brasil y Venezuela, también con la participación de organizaciones no gu-

bernamentales. Durante las visitas del grupo asesor a Colombia y Venezuela también estuvieron presentes funcionarios de los Ministerios de Salud de Brasil y Ecuador, respectivamente, lo que permitió sentar las bases para la formulación de los planes de acción binacionales correspondientes. Como resultado de la reunión binacional entre Colombia y Ecuador, se elaboró un plan de acción para eliminar la oncocercosis en Colombia (foco de López de Micay) y realizar un estudio en una zona fronteriza con el Ecuador (Nariño), a fin de identificar las localidades endémicas y llevar a cabo las acciones de control correspondientes. Con la participación de la OPS/OMS se reunió en Atlanta, Georgia (EUA), un grupo especial de trabajo sobre educación para la salud y comunicación social, en el que participaron representantes de la Fundación Ceguera de los Ríos, la Fundación Internacional para el Cuidado de los Ojos, la Fundación Hellen Keller, los Servicios Médicos Internacionales para la Salud, el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo, la AID (EUA), los CDC (EUA) y universidades de Colombia, Estados Unidos (Harvard) y México, así como funcionarios de los Ministerios de Salud de Argentina y México. El informe final incluyó guías para la correcta planificación, desarrollo y ejecución de actividades sobre educación para la salud y la comunicación social, dentro de los planes binacionales mencionados. Estas guías se sometieron a la consideración de los representantes acreditados de los países donde la oncocercosis es endémica y fueron revisadas por la Segunda Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis que se llevó a cabo en el Ecuador.

La Organización preparó el Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra de las Américas, el que fue aprobado por la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Resolución XV) en 1992. Con ese propósito se movilizaron recursos financieros, institucionales y humanos. La OPS/OMS contribuyó además a la realización de una reunión para eliminar la lepra de Centroamérica, en la que participaron Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En ella se obtuvo el consenso

de los países en cuanto a la adopción del tratamiento multimedicamentoso, y a la necesidad de darle prioridad al problema a nivel político y de formular estrategias y planes de acción a nivel regional y nacional con el fin de eliminar esa enfermedad para el año 2000. A finales del año los países de Centroamérica, Ecuador, México, Panamá y Uruguay ya habían preparado sus planes de acción y en ellos ya había consenso sobre la adopción del tratamiento multimedicamentoso; sin embargo, cada uno de esos países todavía estaba por ajustar dichos planes a los recursos disponibles. En México se creó un comité nacional asesor de alto nivel para coordinar el programa de lepra. Conjuntamente con la unidad de la OMS de lucha contra la lepra y la Gerencia Nacional de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Salud del Brasil, la Organización planificó la realización de una serie de cursos de capacitación gerencial para los responsables de los programas de control de la lepra a nivel regional y distrital, utilizando como material de referencia los módulos de la OMS traducidos al portugués. La OPS/OMS colaboró con el Brasil en su esfuerzo por descentralizar las actividades de los programas estatales, y promovió encuestas epidemiológicas en todos los países de la Región.

En relación con las treponematosiis no venéreas, la Organización cooperó en el diseño de una encuesta seroepidemiológica sobre el pian, seguida de la capacitación de personal de atención primaria. La misma se realiza en comunidades indígenas de la etnia yaruro en la región de Riecito, Apure, Venezuela. El objetivo es detectar casos y contactos asintomáticos, darles tratamiento, definir las características de los grupos de riesgo y capacitar a personal de atención primaria para el mantenimiento de las acciones de control. A finales del año se llevaban a cabo estudios similares en Brasil, Colombia y Ecuador.

Dado el gran interés que tienen los Gobiernos en interrumpir la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), durante el año se realizaron numerosas actividades de control de estas enfermedades. Se prepararon y distribuyeron por la Región pautas para el tratamiento y algoritmos para el tratamiento sim-

plificado de pacientes con ETS, para uso por parte de especialistas y proveedores de atención primaria de salud. La revisión de los informes de vigilancia de las ETS en Chile, Haití y Uruguay; los análisis de los datos disponibles sobre sífilis y gonorrea en cada país de la Región, y el adiestramiento de profesionales en vigilancia epidemiológica en dos talleres subregionales allanaron el camino para mejorar las actividades de vigilancia de las ETS en 1992. Por otra parte, el reconocimiento de la interacción de la infección por el VIH y otras ETS resultó en renovados esfuerzos regionales para fortalecer los programas de control de estas enfermedades en los Países Miembros, especialmente en Bahamas, Haití, Jamaica, Martinica, la República Dominicana y el Caribe Oriental.

COLERA

En 1992 se presentaron casos de cólera en 20 países de la Región, es decir, en cinco más de los que notificaron la enfermedad en 1991 (Cuadro 3). El total ascendió a 353 810 casos, cifra que representa 85% del total notificado a la OMS en el mundo entero, aunque existe una gran probabilidad de subregistro en otras regiones. Con excepción de dos, todos los países infectados en 1991 tuvieron más casos en 1992, en parte porque durante todo el año 1992 hubo cólera en la mayoría de los países después de su introducción a mediados y finales de 1991. El Perú fue el país más gravemente afectado, con una tasa de 952 casos por 100 000 habitantes; le siguen Bolivia y Ecuador, con 304 y 296 casos por 100 000 habitantes, respectivamente. Guatemala y El Salvador también tuvieron elevadas tasas de la enfermedad. Los países más afectados notificaron brotes de cólera en todos los departamentos y provincias, particularmente en las ciudades de Lima, Perú, y Guayaquil, Ecuador. La enfermedad se propagó con la misma intensidad en las zonas rurales y en las urbanas.

Pese a la elevada incidencia de casos de cólera, se comprobó que la velocidad de propagación se redujo, sobre todo en el segundo

semestre del año. Además, varios informes mostraron reducción de la incidencia de otras enfermedades diarreicas, por ejemplo, de fiebre tifoidea, como resultado de las medidas de control adoptadas para prevenir el cólera. Ninguno de los países y territorios insulares del Caribe se infectó.

En 1992 se notificaron solo 2 396 defunciones por cólera, lo que da una tasa de letalidad de 0,6%, muy inferior a la de 1,0% observada en 1991. Sin embargo, al excluir al Perú, que representó un tercio de las defunciones pero casi el 60% de todos los casos, la tasa de letalidad fue de 1,0% en 1992. Seis países tuvieron tasas de 2% o más.

Las Representaciones de la OPS/OMS trabajaron estrechamente en las actividades de prevención y control del cólera en todos los Países Miembros. La cooperación técnica comprendió desde apoyo para vigilancia básica y notificación de los casos de la enfermedad hasta diseño de proyectos específicos de intervención para controlarla. La Organización siguió produciendo y divulgando información sobre el cólera, incluso publicaciones sobre su diagnóstico, tratamiento y control. Varios programas y centros de la OPS/OMS proporcionaron cooperación técnica y financiera a los Países Miembros para controlar y prevenir la enfermedad, y limitar su impacto. Dichos programas fueron parte de la

Cuadro 3. Casos de cólera en las Américas, 1991-1992.

País	Primer informe	No. acumulativo		1992	
		1991	1992 ^a	Hospitalizaciones	Defunciones
Perú	23 de enero de 1991	322 562	212 642	79 093	727
Ecuador	1 de marzo de 1991	46 320	31 870	28 339	208
Colombia	10 de marzo de 1991	11 979	15 129	...	158
Brasil	8 de abril de 1991	2 101	30 054	18 764	359
Estados Unidos de América	9 de abril de 1991	26	102	...	1
Chile	12 de abril de 1991	41	73	31	1
México	13 de junio de 1991	2 690	8 162	1 719	99
Guatemala	24 de julio de 1991	3 674	15 395	6 666	207
El Salvador	19 de agosto de 1991	947	8 106	3 219	45
Bolivia	26 de agosto de 1991	206	22 260	10 099	383
Panamá	10 de septiembre de 1991	1 178	2 416	1 260	49
Honduras	13 de octubre de 1991	11	384	329	17
Nicaragua	12 de noviembre de 1991	1	3 067	632	46
Venezuela	29 de noviembre de 1991	13	2 842	1 095	68
Guayana Francesa	14 de diciembre de 1991	1	16	4	0
Costa Rica	3 de enero de 1992	0	12	8	0
Belize	9 de enero de 1992	0	159	45	4
Argentina	5 de febrero de 1992	0	553	61	15
Suriname	6 de marzo de 1992	0	12	...	1
Guyana	5 de noviembre de 1992	0	556	38	8
Total		391 750	353 810	151 402	2 396

... No se recibieron datos.

a Al 10 de junio de 1993.

labor del Grupo de Trabajo sobre el Cólera, de alcance regional, que se reunió mensualmente para coordinar las actividades de la Secretaría. Además, hubo reuniones trimestrales con otros organismos internacionales con objeto de coordinar la respuesta a la epidemia de cólera.

El Programa Regional de Control de las Enfermedades Diarreicas ofreció cooperación técnica, material y financiera, y colaboró con varios organismos internacionales en la realización de cursos de adiestramiento y talleres sobre tratamiento de casos de diarrea y cólera para médicos generales, pediatras, enfermeras, personal auxiliar y la comunidad. Se hicieron encuestas de establecimientos de salud con servicios de tratamiento de casos en cuatro países y se incorporó un elemento de evaluación rápida y determinación de la eficacia en relación con el costo en el protocolo de encuesta de la OPS/OMS sobre establecimientos de salud. Se promovió la integración del control del cólera en los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas en todos los países.

El Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias coordinó las actividades de fortalecimiento de la vigilancia del cólera y las investigaciones prácticas. También se encargó de coordinar la ejecución de un proyecto de la OPS/OMS y el BID para el control del cólera por un monto de US\$ 3,8 millones, que cubrió el costo de cursos, servicios de consultores, actividades de vigilancia, mejora de los laboratorios y actividades de salud ambiental e inocuidad de los alimentos en 23 países.

El Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud colaboró con los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) en la preparación de un manual estándar de laboratorio para el diagnóstico del cólera, la coordinación de la ayuda para ampliar la competencia de los laboratorios nacionales, y la compra de materiales de laboratorio y suministros para varios países.

Se prestó mucha atención a la mejora de la calidad del agua, ya que esta es un importante medio de infección en varios países. El Programa de Salud Ambiental y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) ayudaron a las autoridades

nacionales con sistemas de desinfección del agua en escalas pequeña y grande, y con métodos de vigilancia de la calidad del agua. La preparación de desinfectantes del agua *in situ* y el uso de recipientes de diseño apropiado son medidas prometedoras para controlar la enfermedad en las zonas rurales y las comunidades pequeñas. Se celebraron seminarios y cursos regionales y nacionales sobre asuntos de salud ambiental relacionados con el control y la prevención del cólera, y se preparó y distribuyó una gran cantidad de material didáctico.

La inocuidad de los alimentos es otro elemento indispensable del control del cólera. El Programa de Salud Pública Veterinaria proporcionó cooperación técnica con el fin de dotar a los países la capacidad necesaria para analizar los alimentos, vigilar las enfermedades transmitidas por los alimentos, inspeccionar los alimentos y educar al consumidor. En varios países se realizaron actividades tendientes a reducir los riesgos de transmisión que representan los vendedores ambulantes de alimentos.

Con una generosa subvención del Reino de los Países Bajos, la Oficina de Información y Asuntos Públicos patrocinó seminarios regionales de comunicación sobre el cólera, estableció un centro de distribución de materiales de comunicación social y financió 10 proyectos de comunicación social sobre la enfermedad. Dicha Oficina sigue proporcionando información sobre el cólera a los medios de comunicación y al público.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) trabajó con sus 19 países miembros para evaluar el riesgo de la enfermedad y prepararlos para su posible introducción en ellos. También colaboró con Belice y Guyana en la investigación de su primer brote. Como parte de la asistencia humanitaria dada a Haití, el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre ayudó a establecer y costear un proyecto de preparativos para el cólera en el que se abordaron aspectos fundamentales relacionados con prevención y recursos en caso de epidemia.

En 1992 se terminó en Colombia un ensayo práctico de una nueva vacuna experimental con-

tra el cólera, financiado por el Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional, con asistencia técnica de la Oficina de Coordinación de Investigaciones; están en marcha otros ensayos en Colombia y México.

Desde que apareció el cólera por primera vez en la Región en 1991, la OPS/OMS ha ayudado a movilizar más de US\$ 21 millones provenientes de organismos internacionales y bilaterales para actividades de intervención y control. La Oficina de Coordinación de Relaciones Externas de la OPS/OMS desempeñó una función importante en dichas actividades.

El cólera sigue siendo una grave amenaza para la Región e indudablemente desencadenará epidemias en varios países en 1993 y los años subsiguientes. Habrá que hacer todo lo posible por abstenerse de adoptar una actitud de complacencia con respecto a la enfermedad y de aceptar su presencia en la Región, y realizar en cambio actividades coordinadas y vigorosas para eliminarla.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Hasta el 31 de diciembre de 1992 se habían notificado más de 600 000 casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud; un análisis de la situación regional mostró que más de un cuarto de millón de esa cifra, o sea 58% del total, correspondió a casos notificados por países de las Américas. Estimaciones conservadoras indican que el número actual de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Región es de alrededor de 2,5 millones: 1 millón en América del Norte y 1,5 millones en América Latina y el Caribe. En años recientes, en más y más países se ha visto un cambio importante de la epidemia, que de estar concentrada predominantemente en la población masculina homosexual y bisexual ha pasado a afectar a la heterosexual, con el consiguiente incremento del número de casos de SIDA y de infecciones por el VIH en mujeres y niños. La

razón entre hombres y mujeres sigue siendo alta en algunos países de la Región: en el Cono Sur y la Subregión Andina, el número de hombres afectados es mayor que el de mujeres en una proporción de 12,6:1; sin embargo, en otros países, principalmente en el Caribe y América Central, esa razón se está acercando rápidamente a 1:1. Aunque el VIH se transmite sobre todo por medio de las relaciones sexuales, los datos preliminares de seroprevalencia revelan la creciente importancia del uso de drogas por vía intravenosa como forma de transmisión en algunos países. Por tanto, en Argentina, Brasil y Uruguay, en algunas comunidades puede estar infectado más del 50% de los toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa. Todavía no se ha eliminado la transmisión por medio de las transfusiones sanguíneas en la Región, y algunos países notifican que el análisis de la sangre donada no ha alcanzado una proporción satisfactoria. La distribución de casos de SIDA en las Américas según las últimas estadísticas acumulativas se indica en el Cuadro 4.

En resumen, la situación del SIDA y de la infección por el VIH en las Américas es grave y puede empeorar; a medida que aumenta el número de personas infectadas y sintomáticas, los servicios sociales y de salud se verán cada vez más sobrecargados. Sin embargo, varias pruebas fehacientes han permitido demostrar que es posible introducir cambios de conducta en pro de la salud y que las intervenciones especiales destinadas a personas que suelen adoptar comportamientos de alto riesgo son eficaces en función del costo para disminuir la transmisión del VIH. También es evidente que otras enfermedades de transmisión sexual tratables amplían la posibilidad de transmisión del VIH. Por tanto, al reducir la prevalencia de esas otras enfermedades por medio de programas de control bien diseñados, los países pueden disminuir mucho la propagación del VIH. Además, el fortalecimiento de los servicios de laboratorio y una vigorosa promoción del análisis de toda la sangre donada han ampliado la posibilidad de evitar, aunque no del todo, la transmisión sanguínea en la mayoría de los países de la Región. Por último, el reconocimiento de que la lucha con-

tra el SIDA no debe restringirse al sector salud ha fomentado en muchos países de las Américas una estrecha y eficaz colaboración intersectorial entre los organismos públicos y privados, los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Hacienda y las instituciones de seguridad social.

Los objetivos generales del Programa Regional de la OPS/OMS sobre el SIDA para el cuatrienio 1991-1994 son reducir las tasas de transmisión sexual del VIH en la Región, eliminar la transmisión del VIH por medio de transfusión de sangre y hemoderivados en todos los países de las Américas, fortalecer la atención integral de los pacientes con SIDA y las personas infectadas por el VIH, y fomentar las investigaciones directamente utilizables en los programas nacionales de prevención del SIDA. Para alcanzar estos objetivos y fortalecer los programas nacionales de SIDA en los Países Miembros, en el Programa Regional se siguieron empleando estrategias regionales de vigilancia, promoción de la investigación, difusión de información, cooperación técnica directa, movilización de recursos, adiestramiento y coordinación internacional.

Durante 1992, los resultados previstos de esas estrategias y de las actividades del Programa Regional incluyeron el fortalecimiento de la

capacidad administrativa regional y nacional para ejecutar los programas nacionales de SIDA; la promoción de la cooperación interprogramática e interinstitucional; la mejora y el fortalecimiento de los sistemas regionales y nacionales de vigilancia; el desarrollo de recursos humanos para la planificación, evaluación, diseño y realización de encuestas sobre comportamiento; la prestación de servicios de atención prolongada y orientación; el fortalecimiento de los laboratorios nacionales de referencia, y la continuación de proyectos de investigación realizados con arreglo al contrato suscrito entre el Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas (EUA) y la Organización.

A continuación se resumen las principales actividades de cooperación técnica del Programa Regional de la OPS/OMS sobre el SIDA en 1992. A fines de 1991 se hicieron planes multisectoriales a mediano plazo para un "segundo ciclo", junto con los Gobiernos de la República Dominicana y de los países de habla inglesa del Caribe. Este proceso se amplió en 1992 para incluir a El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En noviembre se organizó una reunión en el Paraguay para que los administradores de los programas nacionales de SIDA de 10 países de América del Sur tuvieran

Cuadro 4. Distribución de casos de SIDA en las Américas, según las últimas estadísticas acumulativas.

Transmisión	América del Norte (%)	América Latina (%)	Caribe (%)
Hombres homosexuales			
o bisexuales	60	51	24
Heterosexuales	6	21	67
Transfusión sanguínea	3	8	<1
Uso de drogas			
por vía intravenosa	23	15	<1
Perinatal	2	2	8
Otros factores conocidos	6	3	<1
Total	100	100	99

la oportunidad de analizar sus adelantos y comenzaran a preparar sus respectivos planes para 1993. Los administradores de la subregión del Caribe se reunieron con los representantes locales de organizaciones multilaterales y bilaterales para analizar los aspectos operativos de la ejecución de programas en esa subregión.

En 1992 se siguieron produciendo materiales educativos y organizando actividades de adiestramiento, incluidos dos talleres de orientación sobre el VIH en las Antillas Neerlandesas y Aruba en los que se emplearon innovadores métodos interculturales. De particular importancia fue la convocación de una conferencia mundial sobre los jóvenes de la calle realizada en el Brasil en septiembre, en la que se abordaron asuntos claves sobre el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Se amplió el activo apoyo prestado por la OPS/OMS para el fortalecimiento institucional y la creación de redes entre organizaciones no gubernamentales en el ámbito nacional. Con ese fin, la Organización apoyó y participó en una reunión subregional en América Central y otra en el Cono Sur. También colaboró en la realización de un tercer seminario para las personas con SIDA en América Latina y el Caribe, que tuvo lugar en octubre, y en varios acontecimientos nacionales.

En total, en 1992 se prestaron 58 semanas-consultor de servicios de cooperación técnica directa a los Países Miembros, entre ellas 12 semanas para gestión y administración, 15 para vigilancia, 17 para educación, promoción de la salud e investigaciones, y 14 para fortalecimiento de laboratorios. Los funcionarios regionales e interpaíses dedicaron más de 72 semanas a prestar servicios directos *in situ* a los programas nacionales de SIDA en su campo de especialización profesional, y se canalizó un total de US\$ 9,1 millones por medio de la OPS/OMS para apoyar la ejecución de las actividades de los programas nacionales de SIDA.

Una evaluación interna del programa reveló que la administración del Programa Regional de la Organización mejoró al definirse más claramente los objetivos, estrategias y funciones del personal regional. Más del 90% de las

actividades programadas se completaron a tiempo y, pese a las demoras, se aceleró la corriente de recursos para cooperación técnica. La creación y el uso de instrumentos de vigilancia financiera y programática permitieron que los programas nacionales presentaran sus informes más oportunamente, y la cooperación y coordinación entre los funcionarios regionales y nacionales de la OPS/OMS y sus homólogos nacionales mejoraron como resultado de varias reuniones subregionales.

El reconocimiento de que la epidemia del SIDA y del VIH es un problema a largo plazo ha llevado a aceptar la necesidad de planear actividades a mediano plazo y el hecho de que la campaña contra el SIDA debe ser un programa permanente, integrado y sostenible. Los primeros programas nacionales de control del SIDA organizados y ejecutados con carácter urgente tuvieron un enfoque predominantemente vertical. El Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA y el Programa del SIDA en las Américas han tomado medidas concretas para ayudar a los programas nacionales a ampliar sus métodos de programación y establecer vínculos con otros programas, como los de salud materno-infantil y planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y salud de los adultos. Estos vínculos ayudarán a garantizar la continuidad e integración de las actividades de lucha contra el SIDA.

Se acentuó cada vez más la participación nacional en la programación de actividades relacionadas con el SIDA. La campaña contra el SIDA exige que los países adquieran un sólido compromiso y asignen recursos nacionales a este campo prioritario. Al mismo tiempo, debe haber equilibrio entre los requisitos de las actividades de las campañas del SIDA, por una parte, y las necesidades de atención de salud y prevención de enfermedades distintas, por otra. Sin duda, la mayor proporción de los recursos asignados a las actividades de control del SIDA es nacional; se estima que el aporte del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA a los programas nacionales representa cerca del 20% de los desembolsos del dinero proveniente de fuentes nacionales e internacionales.

La iniciativa de buscar la participación de las organizaciones no gubernamentales y los programas nacionales del SIDA, la ejecución de actividades interinstitucionales e interprogramáticas por el Programa Mundial y el Programa del SIDA en las Américas, la introducción de equipos multidisciplinarios y la orientación interprogramática de los mismos con el fin de que puedan ofrecer cooperación técnica para formular y ejecutar los programas nacionales del SIDA son ejemplos del empeño puesto en garantizar una amplia programación regional y nacional de la campaña contra el SIDA.

Desde el comienzo del programa hasta 1992, la OPS/OMS, con la colaboración del Programa Mundial, ha movilizado un total de US\$ 50 millones de la OMS y otros donantes. Estos fondos se han distribuido para apoyar actividades en 35 países y en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), y otras de alcance regional. Entre 1987 y 1992, 67% de esos fondos se distribuyeron directamente a los países.

Con el fin de garantizar la continuidad de la cooperación externa, los países deben compartir su capacidad para vigilar los aspectos técnicos y financieros de las actividades del programa, con objeto de que puedan informar sobre los logros, adelantos y dificultades correspondientes a las autoridades nacionales y entidades de cooperación. En consecuencia, puesto que la disponibilidad de otros recursos está vinculada a informes periódicos de la marcha de las actividades y a la capacidad local para la movilización bilateral de recursos dentro del país, la OPS/OMS seguirá apoyando a los países en el fortalecimiento de esas dos actividades. Quedan muchas otras dificultades por resolver, entre ellas la búsqueda de formas de mejorar asuntos tan divergentes como la participación de las organizaciones no gubernamentales, el cambio de la conducta sexual, la promoción del uso y el suministro de condones, la cobertura del público en general a través de los medios de comunicación y otros, el diseño de programas de información y educación para los jóvenes e intervenciones dirigidas a la prostitución, la reducción del efecto de las enfermedades de transmisión sexual y de la propagación sangui-

nea del VIH, que incluye transmisión por medio de agujas y jeringas contaminadas, y el traspaso de los límites sectoriales para combatir el SIDA en todos los estratos de la sociedad.

PROMOCION DE LA SALUD

El Programa de Promoción de la Salud dio un impulso muy importante a la implantación de las estrategias de promoción de la salud y de utilización de la comunicación social en la cooperación técnica prestada a los países. La promoción de la salud es parte esencial de la respuesta a los problemas que sufre la Región, complicados por el deterioro de las condiciones socioeconómicas y ambientales de la poscrisis económica y las nuevas situaciones de salud condicionadas por la industrialización, la urbanización acelerada y el envejecimiento de la población. Para su implantación dentro de la cooperación técnica a los países, se organizaron diversas actividades de difusión de información y capacitación de personal y se incrementó el conocimiento de los aspectos conceptuales y metodológicos de la promoción de la salud entre el personal de todas las unidades de la Organización por medio de discusiones técnicas sobre el tema y una amplia distribución de documentos.

Se realizaron cursos y seminarios internacionales de capacitación en los aspectos metodológicos de la promoción de la salud con el apoyo del Gobierno de España en Bolivia (octubre-noviembre) y con el Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social en México, D.F. (septiembre).

Se movilizaron con éxito los recursos técnicos y políticos, especialmente para el desarrollo de movimientos a nivel local tendientes a crear comunidades más saludables en varios países. Así, se progresó en el fortalecimiento de la participación comunitaria y en la búsqueda de formas de trabajo intersectoriales que favorecen las intervenciones para la promoción de la salud.

Se destacan las iniciativas de municipios saludables en Argentina, Colombia, Cuba, Chile, México y Venezuela, dentro de las cuales se están desarrollando proyectos específicos de

intervenciones para la promoción de la salud con el fin de introducir cambios en los estilos de vida no saludables y en las conductas de riesgo relacionadas con problemas prevalentes y que además incluyen otras modificaciones para crear ambientes saludables. Esta filosofía se expuso en el Encuentro OPS/OMS/EURO sobre Ciudades y Municipios Saludables llevado a cabo en septiembre en Sevilla (España), así como en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en noviembre en Santafé de Bogotá (Colombia). Esta última constituyó un hito en el ámbito latinoamericano por cuanto la Declaración aprobada por todos los países participantes se centra en el logro de la equidad en salud a través de la promoción de la salud.

En cuanto a la comunicación social en salud, se avanzó en la capacitación de recursos humanos de diferentes sectores y se concretaron los mecanismos para modificar currículos con el fin de introducir los temas de salud en la formación de comunicadores sociales. Por otra parte, continuó el análisis de las necesidades de información en los programas y actividades de promoción de la salud; con este objeto se organizó en la Sede el Centro de Información para la Promoción de la Salud.

En cuanto a la prevención y control de enfermedades no transmisibles, la Organización siguió promoviendo y colaborando en el desarrollo de intervenciones integradas para lograr cambios de comportamiento que faciliten la adopción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Tales intervenciones se están llevando a cabo en el contexto de los sistemas locales de salud (SILOS) en Manizales (Colombia), Cienfuegos (Cuba), Valdivia (Chile), Zacatecas (México) y Baruta (Venezuela), y se pretende que se integren paulatinamente en proyectos de municipios y comunidades saludables para extenderlos progresivamente a nivel nacional.

La OPS/OMS participó en la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular de Victoria, Canadá, y en la formulación de la declaración y las recomendaciones de dicha Conferencia con el lema "Cerrando la Brecha: Ciencia y

Política en Acción". Además, el Programa Regional trabajó con el INCAP para desarrollar investigaciones y otras actividades destinadas a modificar la dieta como factor de riesgo en las enfermedades no transmisibles en cuatro países. También participó en la iniciativa interagencial conjunta de la OMS, la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos y el Banco Mundial para adoptar una estrategia mundial de prevención de las enfermedades cardiovasculares.

En relación con el cáncer, las actividades se concentraron en la mejora de los registros de cáncer de varios países y en la coordinación de los ya existentes en Argentina, Barbados, Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala y la República Dominicana. Igualmente se dio apoyo al fortalecimiento de los programas de control de cáncer de cuello uterino en Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras y la República Dominicana; este problema sigue siendo uno de los más serios en cuanto al control del cáncer en la mayoría de los países de la Región.

La diabetes empieza a figurar como causa importante de morbilidad en algunos de los países, como Argentina, México y Uruguay. El costo de la atención adecuada de la enfermedad y las limitaciones que produce colocan a esta enfermedad entre los problemas más gravosos para los presupuestos de atención médica. La OPS/OMS participó en el Congreso Latinoamericano de Diabetes que se realizó en la Argentina en octubre, donde se hizo hincapié en el manejo epidemiológico y educativo de la enfermedad.

Con respecto a la salud de los ancianos, con el apoyo del Centro Internacional del Envejecimiento (Denville, New Jersey), la OPS/OMS y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) organizaron en noviembre en Chile un taller sobre formulación de políticas de atención a los ancianos del cual emanó un pronunciamiento de consenso sobre este crucial tema. La Organización, conjuntamente con el CIESS, dictó en julio un seminario en México, D.F. sobre atención social de la tercera edad. Se completó la revisión de los artículos que constituirán la publicación *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*, que se empezará

a editar en 1993. Además se publicó (en español e inglés) y se distribuyó el folleto *La salud de los ancianos: una preocupación de todos* (Serie Comunicación para la Salud. No. 3), que ha tenido una importante acogida en varios países de América Latina y Europa; una universidad de España ha solicitado el permiso de la Organización para reimprimirlo con ilustraciones propias de ese país. Durante 1992 se inició la evaluación de los hogares de ancianos en Chile, y se sentaron las bases para realizar una evaluación similar en Venezuela en 1993.

En la prevención de accidentes se trabajó con los enfoques de promoción de la salud y se obtuvieron resultados muy satisfactorios. Por ejemplo, en la Argentina se pusieron en marcha en dos provincias tres proyectos de comunidades seguras, bajo la coordinación del Comité Federal de Prevención de Accidentes y con apoyo de las autoridades provinciales, municipales, escolares, universitarias, de la industria y del comercio, así como la comunidad en general, y se introdujo al Congreso Nacional un proyecto de ley sobre prevención de accidentes. La OPS/OMS preparó un libro sobre prevención y control de accidentes de tránsito que se publicará en 1993 con motivo del Día Mundial de la Salud, cuyo tema es la prevención de accidentes, traumatismos y violencias, y participó activamente en la preparación de la II Conferencia Mundial sobre Prevención y Control de Accidentes, que tuvo lugar en Atlanta, en mayo.

En cuanto a prevención y tratamiento de trastornos mentales y neurológicos, la cooperación técnica de la Organización se concentró en las actividades tendientes a reestructurar la atención psiquiátrica usando diversas estrategias de efectividad comprobada. Estas incluyeron, entre otras, los esfuerzos para adaptar la formación de los especialistas a las necesidades y demandas que surgen al integrar la atención de salud mental en la atención primaria en el contexto de los SILOS. También trabajó en la conformación de un grupo crítico de investigadores que por medio de estudios epidemiológicos y de servicios de salud apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica con datos

válidos y confiables que permitan una toma racional de decisiones. Asimismo, la Organización generó y difundió información sobre los cambios que se intenta lograr en la atención psiquiátrica, particularmente en el nivel preventivo primario, donde las acciones están menos desarrolladas. Continuaron los esfuerzos que se realizan para consolidar una red de centros colaboradores, instituciones internacionales, regionales y nacionales, de profesionales y de usuarios, así como de técnicos interesados en coordinar la cooperación que se presta a los países.

Para la prevención y el control del alcoholismo y el uso indebido de drogas la Organización trabajó junto con el Programa de la OMS sobre Uso Indebido de Sustancias, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), el Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura de la OEA y el Programa Hubert Humphrey de la Universidad Johns Hopkins (EUA), para fortalecer la cooperación técnica en lo que respecta a prevención, promoción de salud para jóvenes e investigación epidemiológica para dar apoyo al diseño de programas y a la formulación de políticas para hacer frente a la farmacodependencia. Durante el año se le dio prioridad a los programas regionales vinculados a los sistemas de vigilancia epidemiológica y al estudio de las características del consumo en grupos de riesgo. Asimismo, se puso énfasis en la coordinación entre los sectores de educación y salud para ejecutar acciones de educación preventiva a nivel escolar y comunitario. Estos enfoques se dirigen a la población infantil y juvenil, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales y de centros colaboradores idóneos. Se fomentó también el apoyo al nivel político local e internacional. En Colombia y la República Dominicana se llevaron a cabo dos talleres de educación para la prevención de la farmacodependencia en los que participaron expertos regionales, puntos focales de los sectores salud y educación y organismos no gubernamentales. En los talleres se preparó un plan para Centroamérica y otro para la Subregión Andina sobre este tema. Para la implantación de los proyectos nacionales se

logró el apoyo del BID y del Gobierno del Canadá. También se logró consolidar un grupo de expertos que con el apoyo de investigadores de las Universidades Johns Hopkins y Columbia (EUA) y del Instituto Nacional del Uso Indebido de Drogas (EUA) elaborará guías metodológicas que servirán para proyectos nacionales y la cooperación entre países.

Las actividades de tabaco o salud se centraron en la ejecución del Plan Regional de Acción para la Prevención y el Control del Tabaquismo, con la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo, la Asociación Americana contra el Cáncer (EUA) y la Unión Internacional contra el Cáncer. La OPS/OMS le dio especial importancia a la celebración del "Día Mundial sin Tabaco" en todos los países de la Región; participó activamente en la organización, desarrollo y movilización de recursos para la Octava Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud en Buenos Aires en abril; colaboró con la Oficina de la Cirujana General de los Estados Unidos en la preparación de su informe de 1992 *Tabaquismo y salud en las Américas*, y concluyó y difundió el informe de la OPS sobre *Tabaco o salud: situación en las Américas* (Publicación Científica de la OPS No. 536), que describe el problema y los programas de prevención y control en más de 40 países y otras unidades políticas de la Región. Además, la Organización trabajó con el Instituto Nacional del Cáncer (EUA) para adaptar y evaluar la efectividad de la aplicación en América Latina de métodos de intervención antibabáquica cuyo impacto ya fue medido con ensayos clínicos en los Estados Unidos.

En cuanto a salud ocular, en todos los países de América Latina y gran parte del Caribe se identificaron y motivaron líderes nacionales y locales en el campo de la oftalmología comunitaria, que participaron luego en el Primer Congreso Latinoamericano de Prevención de la Ceguera, celebrado en julio en Guatemala. Los resultados obtenidos en el Congreso fueron muy satisfactorios y a raíz del mismo se logró una mayor movilización de recursos por parte

de los organismos internacionales de cooperación financiera hacia los programas de prevención de la ceguera. Asimismo, la OPS/OMS estimuló la coordinación y cooperación interagencial, con la que se logró concretar algunos proyectos específicos, e inició la organización de cursos sobre oftalmología preventiva y salud pública para países en desarrollo.

SALUD PUBLICA VETERINARIA

El Programa de Salud Pública Veterinaria ha estructurado y desarrollado sus proyectos en base a las políticas y mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS, en donde se reflejan las necesidades de cooperación técnica de los países en cuanto a protección de alimentos y control y erradicación de las zoonosis y de la fiebre aftosa. Estas políticas y mandatos han sido promovidos para formular en los países los correspondientes planes nacionales y además para darle impulso a las iniciativas regionales y subregionales de salud.

Mediante la movilización social y la articulación intersectorial, la OPS/OMS continuó promoviendo políticas sobre el control del uso de plaguicidas y siguió desarrollando sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos y de las zoonosis en zonas urbanas. En base a estas prioridades, se realizó en Jamaica un seminario subregional de salud pública veterinaria para los países de habla inglesa del Caribe, en el que se trató de la contaminación ambiental resultante del uso de plaguicidas en la producción animal y en la agricultura.

Se siguió utilizando la experiencia obtenida durante la ejecución del programa contra la fiebre aftosa para orientar las acciones en relación con el control de la calidad sanitaria de la producción pecuaria que excluye los contaminantes químicos.

La Organización siguió colaborando con Bolivia y Perú en el desarrollo de los proyectos sobre conservación y reproducción de primates no humanos en su hábitat natural. Dichos proyectos han resultado útiles para la salud

pública mediante la investigación biomédica, el desarrollo de vacunas, en particular contra la hepatitis A y la malaria, estudios de comportamiento social y control de calidad de fármacos y biológicos, entre otros.

Los Ministerios de Salud le dieron un lugar prioritario a los programas nacionales de protección de los alimentos para reforzar el análisis de laboratorio e inspección, la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos y la educación del consumidor, especialmente ante la epidemia de cólera. Asimismo, orientaron sus actividades para poner a disposición del consumidor alimentos sanos, inocuos y de calidad nutricional apropiada. Las actividades de protección de alimentos contribuyen no solo a mejorar la salud pública, sino también tienen implicaciones directas en el sector económico. La extensa utilización de productos químicos en la producción de alimentos constituye motivo de alarma debido a la posible presencia de residuos químicos nocivos. Esta situación ha impulsado a los países, con la colaboración de la OPS/OMS, a revisar la legislación, las normas y la tecnología para adecuarlas a los nuevos procesos de producción de alimentos y para buscar alternativas tecnológicas que reduzcan los riesgos de contaminación química en los alimentos. La OPS/OMS colaboró con varios países en la organización del control sanitario de la venta ambulante de alimentos para que la manipulación, distribución y conservación de los mismos se realicen de tal manera que se reduzcan los riesgos de contaminación.

Por medio de acciones conjuntas con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE), los países del Istmo están desarrollando procesos de producción local de alimentos sanos con el fin de mejorar la disponibilidad de los mismos y evitar riesgos a la salud.

La OPS/OMS ha tomado el liderazgo para contribuir con los países en el control y eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación. Es así como la rabia urbana está en proceso de eliminación y la erradicación de la fiebre

aftosa continúa consolidándose en las Américas. Asimismo, los gobiernos han tomado la decisión política de erradicar la tuberculosis bovina y de controlar la teniasis y la cisticercosis. Los países del Cono Sur continúan haciendo esfuerzos para erradicar la hidatidosis.

En 1992 se colaboró en la vigilancia y el control de las zoonosis ocupacionales (brucelosis, tuberculosis, ántrax y leptospirosis) en trabajadores agropecuarios; el desarrollo de programas de seguridad y bioseguridad en laboratorios, centros de investigaciones y centros de animales de laboratorio; y el desarrollo de actividades interprogramáticas para el control del uso de plaguicidas en la producción animal y en la agricultura.

Paralelamente la Organización continuó haciendo estudios para desarrollar técnicas de diagnóstico adecuadas para diversas zoonosis que actúan como agentes patógenos oportunistas en individuos inmunocomprometidos.

El compromiso de la Organización para orientar acciones de promoción de la salud y fomento de estilos de vida saludables constituyó una oportunidad más para utilizar la estrategia del enfoque de riesgo y caracterización de ecosistemas en base a grupos de individuos. Se utiliza esta estrategia para la erradicación de la fiebre aftosa, la eliminación de la rabia, y la protección de los alimentos.

Se continuó la identificación de riesgos para la salud en zonas turísticas asociados con enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades diarreicas (incluidas las transmitidas por alimentos), alteraciones del comportamiento (alcoholismo y drogadicción), accidentes y enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

La Organización cooperó activamente en la capacitación de recursos humanos, en la que se puso énfasis en la promoción y el fortalecimiento de las prioridades programáticas regionales en materia de salud pública veterinaria. Durante 1992 se capacitaron en diversos cursos 2 211 funcionarios de 27 países.

Debido a la crisis económica por la que atraviesan los países, y de conformidad con la política de la Organización, se siguió dando

prioridad a la movilización de recursos financieros y humanos. Como resultado de estas gestiones, se logró la asignación de más de US\$ 2,4 millones para los programas regionales y nacionales de salud pública veterinaria.

Se coordinaron y realizaron actividades conjuntas con organismos internacionales de cooperación técnica, con instituciones de los Estados Unidos, y con organizaciones no gubernamentales. Asimismo, en Cancún, México, se realizó la Conferencia Interamericana sobre Protección de Alimentos y Turismo, que contó con la participación de 22 países y delegados de los sectores salud, turismo, agricultura y economía.

La movilización de la cooperación técnica entre países, que se llevó a cabo por medio de acuerdos bilaterales y multilaterales, continuó dando muy buenos resultados para aunar esfuerzos y recursos contra la rabia y la fiebre aftosa en las zonas fronterizas. Argentina y Chile establecieron un acuerdo de cooperación para la eliminación de la hidatidosis. En igual forma, los países productores de vacunas anti-rábicas colaboraron con donaciones a aquellos con limitaciones financieras y de producción de biológicos.

Protección de los alimentos

Se continuaron las actividades para promover y consolidar los programas integrados de protección de los alimentos en los países, que involucran mecanismos para la coordinación intersectorial e interinstitucional, la revisión y actualización de la legislación, y el uso coordinado de los recursos nacionales existentes.

Con el propósito de unificar criterios sobre normas vigentes en aspectos de protección e higiene de los alimentos, se llevaron a cabo reuniones internacionales de importancia, como la Consulta Técnica entre la OPS/OMS y la FAO sobre Inocuidad y Comercialización de Alimentos frente a la Epidemia de Cólera, realizada en el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) en abril, y la consulta técnica entre la OPS/OMS, la FAO y el Organismo Internacio-

nal de Energía Atómica sobre el uso de la irradiación de los alimentos como medida de salud pública, realizada en octubre en la Sede de la OPS en Washington, D.C.

Debido a la situación del cólera, la OPS/OMS prosiguió con la actualización y el desarrollo de los procedimientos para el diagnóstico de *Vibrio cholerae* en los alimentos. En este sentido, con la colaboración de la FAO, la AID y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, EUA), se continuaron los cursos iniciados en 1991 sobre el análisis microbiológico de *V. cholerae* en los alimentos. En colaboración con la FAO, se participó en dos cursos sobre la aplicación del método de análisis de riesgos y puntos críticos de control para inspectores de pescado en Chile y Panamá. Asimismo, se dictó un curso sobre este tema en México para los profesionales nacionales.

Se continuó el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos y se publicó una guía para su adopción por los países.

En enero de 1992 se dio comienzo a las actividades del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), creado en noviembre de 1991, mediante un acuerdo firmado entre la OPS/OMS y el Gobierno de la Argentina. Este Instituto proveerá cooperación técnica a los países para fortalecer los servicios de inspección de alimentos y de análisis microbiológico y de residuos químicos. También prestará servicios de referencia para diagnóstico, producción y control de calidad de biológicos en zoonosis prioritarias, como la rabia, la tuberculosis, la brucelosis, la leptospirosis, la hidatidosis y la teniasis/cisticercosis.

Zoonosis

La OPS/OMS continuó colaborando con los países de América Latina en el desarrollo de los programas contra la rabia en las ciudades prioritarias. La incidencia de la rabia en el ser humano ha disminuido gracias al reforzamiento de la atención médica en los servicios locales de salud, a la vacunación canina masiva en las

ciudades, y a los componentes educativos de los programas nacionales dirigidos a grupos vulnerables y al público en general.

En vista de la situación de la rabia en las Américas y del progreso alcanzado en los programas de los países, se aprobó el Plan de Acción 1993-2000 para la Consolidación de la Eliminación de la Rabia en las Américas, el cual extiende el programa a conglomerados humanos de menor tamaño.

A solicitud de la Comunidad Económica Europea (CEE), se evaluó el proyecto sobre la eliminación de la rabia urbana en Centroamérica, que confirmó los progresos de los programas de lucha contra la rabia en 1988-1991, particularmente en Belice, Costa Rica, Honduras y Nicaragua. Fueron significativos otros resultados alcanzados con este proyecto, en especial la movilización de la comunidad, la articulación intersectorial y la cooperación entre países que ha servido de puente para otras acciones en salud. Con el fin de darle continuidad a este proyecto se logró una contribución del Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND) para un nuevo proyecto de dos años que fortalecerá los programas nacionales y consolidará la eliminación de la rabia en Centroamérica.

En colaboración con la Fundación Rockefeller, la OPS/OMS, colaboró con el laboratorio VECOL de Colombia en un proyecto de transferencia de tecnología en producción y control de calidad de vacuna antirrábica para uso humano y animal producida en células VERO.

En base a las recomendaciones de un grupo técnico que se reunió en México en noviembre de 1991, se elaboró un plan de acción para la erradicación de la tuberculosis bovina en las Américas, Fase I, en donde se definen las estrategias regionales y procedimientos técnicos. Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Jamaica, México, Panamá, Paraguay y Venezuela iniciaron la revisión de la situación de la tuberculosis bovina con miras a adoptar estrategias regionales de prevención y erradicación.

La OPS/OMS continuó apoyando los programas para la eliminación de las zoonosis para-

sitarias prioritarias. Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, México y Venezuela continuaron reforzando sus programas locales contra la teniasis/cisticercosis. Asimismo, la Organización continuó cooperando en los programas de control de la hidatidosis en Argentina y Chile, y colaboró con el Uruguay en la constitución de un grupo de trabajo que organizará el programa nacional integrado de lucha contra esta enfermedad.

Se colaboró en la evaluación externa del proyecto de primatología del Perú, en el que se ha venido trabajando desde 1976 con la cooperación de la OPS/OMS. Esta evaluación servirá para trazar nuevas líneas de acción en los próximos años, y para movilizar recursos. Se continuaron las gestiones legales para organizar y establecer el proyecto de primatología de Bolivia, y se realizaron estudios de las zonas naturales para seleccionar el lugar en que se ubicaría el proyecto.

La OPS/OMS elaboró una metodología y formuló las instrucciones correspondientes para hacer un análisis prospectivo de la enseñanza de la salud pública veterinaria en las Escuelas de Medicina Veterinaria. A fines de 1992, 59 escuelas de 11 países de la Región participaban en el estudio.

Fiebre aftosa

La OPS/OMS continuó proporcionando cooperación técnica al programa de erradicación hemisférica de la fiebre aftosa. Los países de Centroamérica, Norteamérica, el Caribe, además de Chile, Guyana, la Guayana Francesa y Suriname, así como la Patagonia Argentina y el Urubá Chocoano en Colombia continuaron exentos de la fiebre aftosa. El Uruguay alcanzó 31 meses sin presentar focos de la enfermedad.

En la mayoría de los países, los servicios veterinarios, al igual que los demás servicios oficiales, han sido afectados por la crisis económica mundial. Sin embargo, ha sido posible lograr avances significativos en la lucha contra la fiebre aftosa debido al desarrollo y fortalecimiento de las unidades locales de atención vete-

rinaria y a la activa participación de los productores pecuarios en todas las etapas.

En el Cono Sur, la OPS/OMS, a través del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), tuvo una activa participación en la elaboración del plan quinquenal de lucha contra la fiebre aftosa, 1993-1997, de la Argentina y del Programa Regional de la Cordillera Central de ese país, y siguió cooperando con el proyecto de vigilancia epidemiológica y adiestramiento de personal en la provincia de Entre Ríos. Además, continuó colaborando en la coordinación del Convenio de Cooperación Técnica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa en los países de la Cuenca del Plata, en la que se incorporó la región oriental del Paraguay, y con el Convenio de Cooperación Técnica con el Uruguay.

En la Subregión Andina se colaboró en la formulación de los programas nacionales. Con el Perú se cooperó en la organización de un

programa para declarar exento de fiebre aftosa el sur del país, y con Bolivia para definir políticas de control y erradicación de la enfermedad en el oriente del país.

En la zona amazónica, PANAFTOSA participó en la elaboración del plan para el programa de fiebre aftosa del Brasil en los próximos años. Asimismo, promovió y participó en la elaboración del plan de erradicación de la fiebre aftosa en el estado de Roraima y en el plan de prevención en Guyana. Con ese fin se ha colaborado en el desarrollo de un estudio epidemiológico en la zona fronteriza entre Brasil y Guyana, para evaluar los riesgos de introducir la enfermedad en este último país.

PANAFTOSA continuó desarrollando una investigación básica en biogenética del virus de la fiebre aftosa, que le servirá a los países para mejorar la metodología de diagnóstico, los sistemas de vigilancia y, en particular, para el mejoramiento de las vacunas existentes.

CAPITULO VI

ADMINISTRACION

En 1992, la Oficina de Administración siguió prestando pleno apoyo en su esfera de competencia a la Sede y a todas las oficinas en los países. Además de las actividades ordinarias de apoyo pertinentes, la Organización introdujo varias iniciativas para mejorar sus operaciones administrativas. Algunas de las actividades se señalan a continuación.

El contrato de seguro de enfermedad del personal (vigente a partir del 1 de diciembre de 1991), suscrito con una entidad comercial de seguro médico que tramita reclamaciones dentro de los Estados Unidos de América, estuvo en vigor durante todo el año 1992. Se logró su principal objetivo, que es reducir los costos de atención de salud que deben sufragar el personal y la Organización. Se obtuvieron resultados muy satisfactorios con la estricta vigilancia de las operaciones contractuales por la Organización y el contratista.

El Director estableció un Comité General de Comunicaciones como mecanismo para mejorar la eficiencia operativa del trabajo conducente a la creación del sistema de comunicaciones de la OPS.

En 1992 se siguió ampliando el sistema de administración financiera de las Representaciones y prácticamente se completó su instalación. Su funcionamiento está estrechamente vinculado a la puesta en marcha del nuevo sistema de información financiera y administrativa de la OPS (FAMIS), que terminará de instalarse en 1993.

PRESUPUESTO Y FINANZAS

En 1992 el ingreso total disponible para todos los programas de la OPS/OMS, excluidas

las transferencias al Fondo de Igualación de Impuestos, ascendió a US\$ 246 561 209, en comparación con US\$ 238 102 817 en 1990, el primer año del bienio anterior. Las cuotas para financiar el presupuesto ordinario de la OPS ascendieron a US\$ 71 214 190 en 1992. En 1990 las cuotas ascendieron a US\$ 63 869 000. La recaudación de las cuotas de los Gobiernos Miembros ascendió a un total de US\$ 71 953 750 en 1992, del cual se trasladaron US\$ 2 749 000 aproximadamente al Fondo de Igualación de Impuestos, lo que dejó un saldo de US\$ 69 204 750 para cumplir con los compromisos de los programas.

Los ingresos varios provenientes de inversiones y de otras fuentes de ingresos de la Organización fueron de US\$ 5 860 000 en 1992, en comparación con US\$ 7 738 091 en 1990. Aunque hubo más fondos para inversión en 1992, los ingresos por intereses se redujeron por la drástica baja de las tasas de interés en las oportunidades de inversión a corto y largo plazos.

El monto de los gastos de los fondos fiduciarios fue de US\$ 40 702 146 en 1992, en comparación con US\$ 44 186 424 en 1991. Sin embargo, el número de proyectos ejecutados por la OPS con fondos fiduciarios aumentó en 1992.

El Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización siguió prestando asistencia financiera a los Gobiernos Miembros para la compra de vacunas esenciales en 1992. Los gastos sufragados con ese fondo especial aumentaron a US\$ 16 952 881 durante el año. La Organización también siguió ayudando a los Gobiernos Miembros a adquirir suministros y equipo para actividades relacionadas con la salud, y el costo de las compras efectuadas con arreglo a este programa especial fue de US\$ 4 174 786.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) son financiados conjuntamente por la OPS/OMS y los países participantes de la subregión del Caribe. Los gastos totales de los programas del CFNI fueron de US\$ 1 260 200 en 1992 y la situación financiera general de este Centro mejoró durante el año. Los gastos totales de los programas del CAREC fueron de US\$ 3 661 488 en 1992; los ingresos provenientes de la recaudación de cuotas se redujeron a US\$ 959 660 durante el año, lo que debilitó mucho la situación financiera del Centro. El gasto total del INCAP ascendió a US\$ 7 024 766 en 1992 y el de las actividades de los fondos fiduciarios a US\$ 5 044 325. La situación financiera del INCAP mejoró mucho en 1992 por causa de mayores ingresos y de la reforma de sus prácticas de administración financiera.

SERVICIOS GENERALES Y GASTOS DE OPERACION EN LA SEDE

La Sede, por intermedio del Departamento de Conferencias y Servicios Generales, presta servicios de conferencias, interpretación simultánea y traducción. El Departamento es también el punto focal para el manejo de los fondos asignados para las operaciones del edificio de la Sede de la Organización y el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles.

Durante 1992, la OPS/OMS organizó o ayudó a organizar 430 reuniones celebradas en la Sede. Además, proporcionó servicios de conferencias a 35 reuniones patrocinadas por otras instituciones. Se prestó particular atención a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo, la 109ª y 110ª Reuniones del Comité Ejecutivo, la 18ª y 19ª Reuniones del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, y la 13ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Estas reuniones exigieron la contratación de revisores, traductores, redactores de actas y personal de apoyo por un total de 460 días-hombre.

Los programas de traducción mecánica de propiedad de la Organización se trasladaron con éxito de la computadora central a las microcomputadoras. Esta tarea, iniciada a fines de 1991, entrañó la adaptación de los programas de traducción y el diseño de nuevas interfaces para la representación visual y actualización de los diccionarios computadorizados. Se instalaron versiones de los sistemas de traducción del español al inglés (SPANAM) y del inglés al español (ENGSPAN) empleables en microcomputadoras en la red local de la Sede, que la unidad de traducción de la OPS/OMS utiliza regularmente. A comienzos de 1993 se facilitarán esos programas a otras dependencias de la Sede y las Representaciones de la Organización.

Los continuos esfuerzos hechos por encontrar medios de reducir los costos de las comunicaciones entre las Representaciones en los Países y la Sede han dado varios resultados favorables. La OPS/OMS emplea extensamente un programa computadorizado de correo electrónico para el intercambio rápido y económico de datos y mensajes entre las Representaciones en los Países y la Sede. El costo de este servicio de correo electrónico es sufragado por la Sede, que paga una tarifa con descuento. La OPS/OMS ha comenzado a utilizar los nuevos servicios ofrecidos este año por el Servicio Postal de los Estados Unidos de América para la entrega de cartas, documentos y otros materiales impresos de una forma más rápida y menos costosa.

PERSONAL

A fines de 1992 el personal de la OPS/OMS ascendía a 1 046 empleados (más 38 temporeros), en comparación con los 1 040 (más 55 temporeros) que trabajaban a fines de 1991. Aproximadamente 50% del personal de planta estaba asignado a puestos en los países. El número de funcionarios permanentes y su distribución permaneció sin cambio alguno desde el año precedente. El porcentaje de mujeres en puestos profesionales aumentó de 28% en 1991 a 29% en 1992. Asimismo, el número de mujeres asigna-

das a puestos de la categoría P.4 o superior aumentó, y representaban 50% de la fuerza laboral femenina en la categoría profesional para fines de 1992, en comparación con la cifra de 48% en 1991.

En 1992, como en años anteriores, los consultores a corto plazo y los asesores temporeros constituyeron una parte importante de la fuerza de trabajo de la Organización. Los datos disponibles indican que se realizaron 1 737 gestiones en la Sede para efectos de contratación de consultores y asesores temporeros en 1992; esta cifra incluyó a 1 119 personas de 56 nacionalidades, quienes aportaron 49 603 días de trabajo. Casi todos los consultores y asesores temporeros se ocuparon primordialmente de la planificación de proyectos o programas, lo que refleja la tendencia observada en años precedentes; en grado mucho menor estos expertos trabajaron en sistemas de información gerencial y administración general (véase el Cuadro 5).

Durante el año, 269 expertos fueron contratados como profesionales nacionales en 33 sitios; esta cifra contrasta con los 236 funcionarios internacionales en las categorías profesionales que trabajaron en los programas de la Organización en los países. Cerca de la mitad de los funcionarios asignados a los proyectos de cooperación técnica eran profesionales nacionales; su número ha aumentado rápidamente en los últimos años y es posible que aumente todavía más.

La información relativa a otros mecanismos contractuales, tales como los acuerdos de contratación de servicios que utilizan las Representaciones de la OPS/OMS en los Países y los centros multinacionales, es fragmentaria. Esto se debe mayormente a problemas administrativos para la recolección de datos.

Con respecto a la clasificación de puestos y administración salarial, la Organización continuó transformando su estructura de clasificación de puestos/salarios en los países en un sistema unificado de siete niveles. Se revisaron todos los puestos asignados a las Representaciones de la OPS/OMS en Argentina, Ecuador,

Perú y Venezuela; en algunos casos la conversión incluyó análisis integrales de nuevas estructuras de trabajo y revisión individual de todos los puestos. Se siguió trabajando en la formulación de criterios, políticas y procedimientos de clasificación de puestos y compensaciones, y se vigilaron los sistemas nacionales de personal de apoyo en la Representación de la OPS/OMS en el Brasil, así como en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). La Organización también comenzó a revisar y a diseñar un sistema mejorado de computación del personal.

Asimismo se prestaron una serie de servicios de personal y gestión para el desarrollo y capacitación del personal en toda la Organización. También se dio asistencia a profesionales nacionales, a residentes del Programa de Salud Pública Internacional y a funcionarios de los Ministerios de Salud asignados a las Representaciones de la OPS/OMS en los Países.

COMPRAS

La Oficina de Compras adquirió suministros, equipo y servicios para la Sede, las Representaciones en los Países y los proyectos, así como para los Gobiernos Miembros, con arreglo al Programa de Compras Reembolsables y al Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Durante 1992 las compras de la Organización sumaron en total US\$ 57 023 663. Las adquisiciones para los gobiernos ascendieron a US\$ 17 382 340 para el PAI (vacunas y jeringas) y US\$ 3 840 378 para otros programas. Las compras de bienes y servicios para proyectos financiados por la OPS/OMS ascendieron a un total de US\$ 35 800 945. Además, la Organización suministró a los Gobiernos Miembros información sobre la procedencia y los precios de una amplia gama de productos.

Cuadro 5. Número de contratos de consultores a corto plazo y asesores temporeros por nacionalidad y área técnica responsable, 1992.

País de origen	Infraestructura de sistemas de salud	Desarrollo de programas de salud	Otras áreas	Total
Antigua y Barbuda	-	1	-	1
Argentina	54	74	20	148
Australia	-	1	-	1
Barbados	4	-	2	6
Bélgica	-	1	5	6
Belice	-	1	-	1
Bolivia	3	13	1	17
Brasil	55	76	16	147
Canadá	33	26	41	100
Colombia	69	72	38	179
Costa Rica	55	24	14	93
Cuba	27	18	1	46
Chile	38	43	14	95
Dominica	1	-	-	1
Ecuador	5	12	3	20
Egipto	-	1	-	1
El Salvador	18	5	1	24
España	14	21	6	41
Estados Unidos de América	97	135	47	279
Filipinas	-	3	-	3
Francia	-	3	6	9
Ghana	-	4	-	4
Granada	-	1	-	1
Guatemala	30	16	3	49
Guyana	4	10	-	14
Haití	-	1	-	1
Honduras	15	4	-	19
India	-	2	-	2

Cuadro 5. Número de contratos de consultores a corto plazo y asesores temporeros por nacionalidad y área técnica responsable, 1992 (cont.).

País de origen	Infraestructura de sistemas de salud	Desarrollo de programas de salud	Otras áreas	Total
Islas Caimán	-	1	-	1
Israel	-	2	-	2
Italia	1	11	-	12
Jamaica	1	9	5	15
Japón	-	2	-	2
México	21	36	12	69
Nicaragua	19	8	1	28
Nigeria	-	1	-	1
Noruega	-	-	1	1
Pakistán	-	3	-	3
Panamá	15	12	7	34
Paraguay	1	5	-	6
Perú	22	49	14	85
Polonia	-	1	-	1
Reino de los Países Bajos	1	2	1	4
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	4	8	4	16
República Dominicana	31	6	-	37
San Vicente y las Granadinas	1	-	-	1
Santa Lucía	-	1	-	1
Senegal	2	-	-	2
Suecia	-	3	2	5
Suiza	-	4	-	4
Suriname	11	11	2	24
Tailandia	1	1	1	3
Trinidad y Tabago	1	4	-	5
Uganda	1	-	-	1
Uruguay	15	7	1	23
Venezuela	10	25	8	43
Total	680	780	277	1 737

CAPITULO VII

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

INTRODUCCION

Durante 1992 la OPS/OMS continuó trabajando de acuerdo con el hecho de que los programas de países tienen preferencia en la entrega de su cooperación, además de que ha reconocido la importancia permanente y cada vez mayor de los enfoques subregionales. Por ejemplo, tanto los países de América Central y Panamá como los del CARICOM han dado muestra de mayor coherencia, demostrando así que el imperativo político que promueve la cooperación funcional también estimula a los países hacia una mayor colaboración en salud. Durante el año esos países han demostrado asimismo una mayor participación en las iniciativas.

La OPS/OMS continuó colaborando con la Secretaría del Convenio Hipólito Unzué en apoyo de la iniciativa subregional de la Cooperación Andina en Salud, así como también con los Ministros de Salud del Cono Sur para promover la cooperación técnica entre países dentro de su iniciativa. Aun cuando el progreso ha sido lento, en ambas iniciativas se estaban realizando programas importantes de salud.

La aparición del cólera en 1991 provocó un cambio significativo en las actividades de cooperación y demostró, entre otras cosas, la capaci-

dad que tiene la Organización de modificar su programa con rapidez. En 1992 no solo se atendieron las apremiantes necesidades de atención de la emergencia del cólera y se tomaron las medidas inmediatas para corregir algunas de las más serias deficiencias del medio ambiente, sino que la cooperación técnica también se enfocó hacia la búsqueda de soluciones más permanentes que vayan a las raíces mismas de las causas de la epidemia. El ejemplo más concreto a ese respecto fue el establecimiento del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, que se describe en el capítulo III de este informe.

La Organización continuó considerando a los Ministerios de Salud como los interlocutores principales en la programación de la cooperación técnica, a la vez que aumentó su interacción con otros sectores nacionales que ofrecen cooperación. Se instó a los Ministerios de Salud a asumir responsabilidad por la coordinación de todo el apoyo externo al sector. La Organización también trabajó con la OMS para proporcionar cooperación intensiva a los países con mayores necesidades. En las Américas, atención especial se ha prestado a Bolivia y Guatemala.

AREA DEL CARIBE

COOPERACION PARA LA SALUD EN EL CARIBE

Las actividades realizadas y los logros alcanzados en 1992 indican que los países participantes aumentaron su participación en la Cooperación para la Salud en el Caribe. Los Ministros de Salud de varios países asistieron al lanzamiento oficial de las metas y los objetivos, reiteraron la importancia de la iniciativa para el desarrollo de la salud en el Caribe y recalcaron que se había marcado un hito importante con el acuerdo sobre metas de salud específicas logrado entre los países. La iniciativa proporciona un conjunto común de metas en virtud de las cuales los países pueden vigilar los adelantos para el logro de la meta acordada en cada uno de los siete campos prioritarios. Esas metas y objetivos se han convertido en punto de referencia para la planificación nacional de salud y en el marco para evaluar y planificar la cooperación técnica de la OPS/OMS con los países.

El lanzamiento se complementó con una exposición de carteles titulada "Trabajo en común por una salud mejor", que ofreció una visión panorámica de los objetivos y el proceso de la iniciativa y señaló sus objetivos y metas. Los países se beneficiaron al compartir ejemplos de las ayudas visuales empleadas en las actividades nacionales de promoción de la salud para combatir el SIDA. Asistieron al lanzamiento varios médicos jefes y coordinadores nacionales de la Cooperación para la Salud en el Caribe, reunidos para analizar la iniciativa.

En la 13ª Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud en los países de habla inglesa del Caribe celebrada en julio en Barbados se evaluaron las actividades de la iniciativa cumplidas entre 1989 y 1991. Dicha evaluación reveló que había aumentado la cooperación técnica entre los países de la subregión y se habían movilizado recursos a nivel regional e internacional para abordar los campos prioritarios de la iniciativa. Hubo relativa falta de apoyo a las actividades de alimentación y nutrición y control de enfermedades crónicas. En la

Conferencia, los Ministros reafirmaron su compromiso con la iniciativa por ser una importante estrategia de desarrollo de la salud en los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y decidieron convertir las metas y objetivos en planes y programas nacionales y fortalecer la capacidad de administración y evaluación de proyectos. Se fortalecerán los puntos focales de la iniciativa; se consideró que el acuerdo para realizar nuevas actividades de promoción y la posibilidad de incluir a los países de habla francesa en la iniciativa eran indicios del compromiso de los países.

Los campos prioritarios de la iniciativa se emplearon como vehículos para enfocar los asuntos discutidos por los Ministros. Los países decidieron colaborar con la OPS/OMS en cuestiones como la preparación de una carta de promoción de la salud en el Caribe y el análisis y evaluación de los programas actuales de control del SIDA como forma de establecer estrategias comunes para mejorar su eficacia y eficiencia.

El empeño puesto en dar a la salud un lugar más destacado en el programa del sector público se estimuló al abrir la OPS/OMS un concurso subregional por el premio anual a los medios de información, en que se reconocerá el trabajo destacado de los periodistas que informan sobre asuntos de salud y otros afines en el Caribe. Se espera que, con el tiempo, los premios fomenten la presentación de informes sobre salud y la producción de material didáctico para el público, indispensable para que las comunidades y las personas adopten decisiones razonadas sobre su salud. Los primeros premios se concederán en 1993 e incluirán una oportunidad de adiestramiento para periodistas en Washington, D.C.

Se siguieron realizando actividades internacionales de promoción de la iniciativa. En febrero, la OPS/OMS auspició una sesión informativa para los embajadores de los países del Caribe ante la Organización de los Estados Americanos, que incluyó una actualización sobre el estado de la iniciativa y debates sobre la

función de los embajadores en su promoción. Más tarde, en junio, en la 11ª Reunión del Grupo del Caribe de Cooperación para el Desarrollo Económico se examinó la necesidad de concentrarse en los aspectos de salud y educación en sus deliberaciones sobre capital humano y se decidió realizar un estudio concienzudo de los asuntos comunes que afectan la prestación de la atención de salud en el Caribe. Este estudio facilitaría un mayor desarrollo de los servicios comunes y la identificación de oportunidades de cooperación técnica entre los países.

Durante el año se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la aptitud de los funcionarios nacionales y de la OPS/OMS en el Caribe para el diseño de proyectos. Se adiestró a un selecto grupo de funcionarios de salud de Barbados, Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago y de la OPS/OMS en el uso del enfoque basado en el marco lógico de diseño de proyectos.

Se celebraron varias reuniones subregionales de importancia, en que los países discutieron problemas comunes, compartieron experiencias y formularon estrategias generales. Algunos de los temas tratados incluyeron preparativos para situaciones de desastre (al final del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales) y control del SIDA.

Se movilizó una gran cantidad de recursos

en 1992. La Agencia Británica de Desarrollo de Ultramar ha comprometido más de US\$ 1 millón para fortalecer los programas del CAREC en tres campos y establecer un Centro de Recursos para la Promoción de la Salud en la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica. Las actividades de control del cólera se han impulsado con el financiamiento recibido del Gobierno de Italia y del BID, y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) ha financiado un proyecto para mejorar un programa de adiestramiento de fisioterapeutas en la Universidad de las Indias Occidentales en colaboración con la Universidad de McGill del Canadá. El Consejo de Investigaciones Médicas de la Comunidad del Caribe movilizó un elevado monto de fondos para promover y realizar investigaciones sobre servicios de salud en el Caribe.

A nivel nacional las actividades se centraron en la ejecución de proyectos. Se iniciaron los grandes proyectos de cooperación técnica financiados por el BID en Jamaica y Trinidad y Tabago y todos los países comenzaron a participar, en diversa escala, en la fase inicial de los siguientes proyectos subregionales: fortalecimiento de los sistemas de información de Barbados y del Caribe Oriental (BID), fortalecimiento de la infraestructura de salud materno-infantil (Gobierno de Italia) e integración del control de vectores (Gobierno de Italia).

ANTIGUA Y BARBUDA

Durante el año el Gobierno afrontó más problemas de oposición política y disturbios. Continuó la reducción del crecimiento económico iniciado en 1988, con una baja sustancial del turismo, el principal sector de servicio de la economía nacional. Con el reciente establecimiento de un Ministerio de Planificación, se espera acabar de formular una clara estrategia de desarrollo apoyada por amplios planes sectoriales. Los nombramientos del Médico Jefe y del Secretario Permanente de Salud permiten la activa participación del Ministerio de Salud en los ejercicios de planificación sectorial.

Se prestó mayor atención a la protección ambiental, como aspecto vital para incrementar las ventajas del turismo. No hubo cambios en las políticas, estrategias y programas de salud.

La mayor parte de la cooperación internacional provino de organismos de las Naciones Unidas. La cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en los campos de desarrollo de servicios de salud, salud materno-infantil, saneamiento ambiental y control del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La falta de un Médico Jefe de dedicación exclusiva había impedido ejecutar un proyecto

para mejorar la organización y administración de los servicios de salud y ampliar el servicio de salud distrital; ahora se ha propuesto que se evalúe la administración de dichos servicios a comienzos de 1993. Se ha empezado a prestar cooperación técnica para apoyar la formación de una junta administrativa para el Hospital Holberton.

El buen liderazgo de los programas nacionales de salud ambiental y de SIDA/ETS facilitó la ejecución satisfactoria de las actividades pertinentes. Se hizo todo lo posible por maximizar la participación de las organizaciones no gubernamentales en los proyectos de control del cáncer del cuello uterino, SIDA/ETS y el Centro de Orientación Infantil.

El programa de inmunización siguió realizándose bien y, con arreglo al proyecto de salud maternoinfantil, se adiestró a varios médicos y enfermeras en el tratamiento

de infecciones respiratorias.

El proyecto de salud ambiental continuó sin mayores contratiempos. La evacuación de desechos sólidos sigue siendo un problema importante y se ha comenzado a trabajar por modernizar un basurero. Se ha preparado una propuesta para un proyecto de mejora del sistema de evacuación de desechos líquidos para el que se busca financiamiento. También mejoró la cooperación intrasectorial e intersectorial, pero la necesidad de adiestrar funcionarios especializados en medio ambiente es muy superior a lo que ofrece el programa de becas de la OPS/OMS.

La amenaza del cólera llevó a las autoridades nacionales a preparar y ejecutar un amplio plan para combatir la enfermedad. Se celebró un taller sobre técnicas de manipulación de los alimentos para el creciente número de vendedores ambulantes.

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS

La cooperación técnica de la OPS/OMS durante el año se centró en el fortalecimiento de las relaciones de las Antillas y Guayana Francesas con los países vecinos de habla inglesa del Caribe.

La Organización dio apoyo a un seminario de promoción de la salud que tuvo por objeto el análisis de las formas en que se podrían reforzar los programas de promoción de la salud y la utilización de la comunicación social y los medios de comunicación. La OPS/OMS colaboró también en la organización de una conferencia

de la Asociación de Enfermeras Pediátricas en la que presentó dos informes. El Centro de Epidemiología del Caribe proporcionó apoyo técnico en la Cuarta Reunión de Observadores Regionales de Salud.

La cooperación técnica también incluyó la capacitación de citotecnólogos de los países del Caribe Oriental en Martinica, y la puesta en marcha de un proyecto de control de cáncer cervicouterino que cuenta con fondos del Gobierno de Francia.

ANTILLAS NEERLANDESAS Y ARUBA

En las Antillas Neerlandesas (Bonaire, Curazao, Saba, San Eustaquio y San Martín) y Aruba continuaron con el proceso de reformas económicas, que se basa en la liberación de los mercados y en la privatización de las industrias y empresas manejadas por el Estado. Como consecuencia del proceso de ajuste económico y

de la necesidad de optimizar el gasto en salud, se ha puesto énfasis en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), para lo cual la OPS/OMS siguió colaborando con las autoridades. El apoyo a esta estrategia ha sido importante ya que a pesar de la gran inversión en salud, que en algunas de las islas alcanza hasta 15% del

producto interno bruto, todavía se manifiestan enfermedades características de países en desarrollo. En Curazao, donde desde hace varios años se ha utilizado la estrategia de los SILOS, la OPS/OMS colaboró en la puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica. En Aruba la estrategia aún no ha sido adoptada estrictamente, pero el Gobierno tiene la intención de fortalecer la estructura epidemiológica.

La OPS/OMS también prestó cooperación técnica en las áreas prioritarias de saneamiento ambiental, protección de alimentos y lucha contra el SIDA. Para ello se trabajó en la movilización de recursos, la formulación de normas, políticas y planes, el adiestramiento de personal de salud, y el reforzamiento de las investigaciones a nivel local.

En materia de salud materno-infantil, la Organización colaboró en la utilización del método epidemiológico y en el procesamiento y utilización de datos en Curazao y San Martín. Asimismo, por medio del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y con la cooperación de la División Materno-infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, se estableció en Curazao la historia clínica perinatal simplificada y el sistema de información para el crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

En cuanto a la protección de alimentos, la OPS/OMS colaboró con el Gobierno para elaborar programas a fin de hacer frente a una posible presentación del cólera en las islas. Asimismo preparó, en conjunto con el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela, un documento sobre nutrición a ser presentado en la Conferencia Internacional sobre Nutrición en Roma. Con el apoyo de la Organización, funcionarios de los Departamentos de Higiene de Curazao y de San Martín participaron en cursos de principios de epidemiología para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos ofrecidos en Venezuela. Con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas, se llevaron a cabo estudios de análisis de riesgo y puntos críticos de control en dos comunidades de Curazao cuyos resultados serán utilizados como base para la preparación de materiales educativos.

Con el apoyo de la OPS/OMS, un funcionario de Curazao participó en los cursos sobre toma de decisiones a nivel local que se ofrecieron en Venezuela. Asimismo, el Departamento de Epidemiología de Curazao preparó un proyecto de comunicación social en relación con la prevención del cólera en las Antillas Neerlandesas. Las Antillas Neerlandesas y Aruba se han mantenido informadas de la situación del cólera en Venezuela. En el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y en el Instituto Nacional de Higiene de Venezuela, se capacitó personal de las islas de Curazao y Aruba en el diagnóstico del cólera.

Se realizaron cursos de control de enfermedades diarreicas en Curazao, Bonaire y San Martín; funcionarios de salud de Saba y San Eustaquio participaron en el curso de San Martín.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se evaluaron las encuestas de cobertura de vacunación en Curazao, y se revisó el sistema de vigilancia epidemiológica en Curazao, Aruba y San Martín.

En lo que respecta a salud oral, continuó el programa para escolares en Aruba y se propuso a Curazao la realización de un programa similar.

Con respecto a la promoción de la salud, se han obtenido muy buenos resultados, especialmente en el programa de salud y tabaco de Curazao y Aruba. En Curazao, se celebró por segundo año consecutivo el Día de No Fumar, y se dio gran difusión a la propuesta de no fumar en los lugares de trabajo.

El programa de la mujer, la salud y el desarrollo organizó talleres sobre autoestima, y participación y organización de la mujer, tanto en las Antillas Neerlandesas como en Aruba.

En el campo de salud ambiental, la OPS/OMS colaboró con Aruba para establecer el Departamento de Control Ambiental e Infraestructura, y brindó apoyo para la preparación del documento sobre la situación ambiental en las Antillas Neerlandesas que se presentaría a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo.

En cuanto al control de vectores, el mayor avance se logró al establecer en Bonaire el programa de control de roedores e insectos con la

participación de la comunidad, y la continuación del proyecto de control de roedores e insectos en Aruba.

Debido a la alta incidencia del SIDA en las Antillas Neerlandesas y Aruba, la OPS/OMS reforzó el sistema de vigilancia epidemiológica, y colaboró en actividades de prevención de la transmisión sexual, mediante la sensibilización e información a la población y a grupos de riesgo.

Se siguió dando apoyo a la estrategia de cooperación técnica entre países. Además de las actividades ya señaladas, Curazao cooperó con San Martín en relación con los SILOS y la salud materno-infantil. Venezuela cooperó con las Antillas Neerlandesas y Aruba en materia de saneamiento ambiental, preparación para desastres y emergencias y los SILOS, entre otros campos.

BAHAMAS

El programa de cooperación técnica de la Organización en las Bahamas reflejó las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para 1991-1994 y tuvo en cuenta las prioridades de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

En la Representación de la OPS/OMS en el país entró en pleno funcionamiento el Sistema de Administración Financiera de la Organización y se amplió el centro de documentación. Además, el Sistema de Información para la Gestión de la OPS/OMS, que ya se había introducido a los principales hospitales públicos del país, se estaba sometiendo a prueba.

La Organización dio apoyo a los esfuerzos del Gobierno por mejorar la administración de las instituciones de salud; dos asesores subregionales prepararon un informe con las recomendaciones correspondientes, que se presentó a las autoridades locales. A raíz de un seminario sobre descentralización de los servicios de salud celebrado en Gran Bahama, el Representante de la OPS/OMS y algunos funcionarios del Ministerio de Salud visitaron las islas Abaco y Andros para determinar las posibilidades de emplear allí la estrategia de los sistemas locales de salud (SILOS); se ha recomendado el estudio de otras de las Islas Family más extensas con el mismo fin.

Un consultor de la OPS/OMS realizó un estudio de la selección y compra de productos farmacéuticos en las Bahamas.

La Organización patrocinó un taller para enfermeras sobre el sistema de clasificación de pacientes y dos funcionarios nacionales asistie-

ron a otro taller sobre planificación de recursos humanos celebrado en Santa Lucía.

De acuerdo con lo propuesto por un consultor de la OPS/OMS, las Bahamas participarán en un proyecto de Cooperación para la Salud en el Caribe destinado a fortalecer la salud materno-infantil, financiado por el Gobierno de Italia. Además, como parte del trabajo en marcha para promover el tema de la mujer, la salud y el desarrollo, la OPS/OMS ayudó a elaborar un documento sobre la situación de la mujer en las Bahamas.

La OPS/OMS patrocinó un seminario sobre programas de control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas en las Islas Family; se distribuyeron por todo el país manuales y gráficos relacionados con esos programas. Además, el asesor regional evaluó el programa nacional de control de las enfermedades diarreicas.

Un grupo de funcionarios subregionales de la OPS/OMS revisó las actividades del Programa Ampliado de Inmunización en el país y se siguieron suministrando vacunas por medio del fondo rotatorio de la Organización para la compra de vacunas.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) ayudó a analizar los resultados de la encuesta nacional de nutrición, participó en un seminario celebrado en Gran Bahama y, junto con el Ministerio de Agricultura, patrocinó la teleconferencia del Día Mundial de la Alimentación. El Director del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) visitó a las

Bahamas y estudió los componentes de vigilancia, investigación de epidemias y diagnóstico del programa nacional de epidemiología.

En lo que atañe a promoción de la salud, la OPS/OMS celebró reuniones con organizaciones no gubernamentales para fortalecer la coordinación de actividades.

El abuso de alcohol y drogas constituye un grave problema de salud en las Bahamas y se prevé que seguirá siendo un motivo de profunda preocupación a corto y mediano plazos. A comienzos del año tuvo lugar la revisión tripartita final del proyecto de control del alcoholismo financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indevido de Drogas (FNUFUID). La Organización financió un taller sobre prevención de la toxicomanía y enseñanzas pertinentes realizado en Exuma.

Con el fin de apoyar al Gobierno en su empeño en mantener un medio ambiente sano y limpio, la OPS/OMS siguió ampliando su cooperación técnica para respaldar los esfuerzos de las islas por limitar y controlar las repercusiones que tienen las actividades agrícolas, industriales, humanas y otras de desarrollo para el medio ambiente. Es motivo de profunda preocupación el efecto de esas actividades en el turismo, que representa una importante fuente de ingresos, y en los recursos hídricos de las Bahamas.

Se redactó un reglamento de salud ambiental para fortalecer la función ampliada del Ministerio en relación con la diversificación económica, en particular en el sector industrial de Freeport, facilitar la introducción de criterios de salud ocupacional y abordar los problemas relativos a la evacuación de desechos sólidos, peligrosos y tóxicos. También se hizo todo lo posible por mejorar los recursos humanos del Departamento de Salud Ambiental y proporcionar adiestramiento en administración en los distintos departamentos y divisiones.

Terminó la encuesta sanitaria de las Islas Family y se redactó el texto de un programa educativo para inspectores de salud pública y sanitarios. Además, la OPS/OMS colaboró con el Gobierno en la formulación de estrategias de prevención del cólera.

Se emplearon los fondos de una subvención concedida al programa de control de la contaminación de la zona costera para la compra de material de laboratorio y operaciones marinas, que ayudará a vigilar el puerto de Nassau y las zonas costeras contiguas. Los resultados preliminares mostraron una disminución notable del grado de contaminación.

En lo que respecta a desechos sólidos, en las intervenciones de la OPS/OMS se procuró mantener las mejoras logradas en cuanto a técnicas de recolección y evacuación. Se propuso la realización de una amplia encuesta nacional y de un estudio para cuantificar los desechos, a fin de buscar sustitutos del sistema existente, sobre todo en lo relativo a evacuación final. Importantes aspectos de esas actividades consistirían en determinar la cantidad de material reciclable, el interés del público en el reciclaje y la determinación del Gobierno de elaborar proyectos de ley sobre recuperación de recursos. Se prepararon las licitaciones correspondientes y se previó la posibilidad de adjudicar un contrato al sector privado para la recolección de desechos sólidos del medio doméstico.

La Organización dio apoyo al programa nacional de reducción de desastres. Se celebraron talleres subregionales en Jamaica y Barbados y cuatro representantes del Comité Nacional de Desastres de las Bahamas participaron en la reunión del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales celebrada en Jamaica. Cuando las islas septentrionales de las Bahamas fueron azotadas por el huracán Andrew recibieron la cooperación de los funcionarios de la Representación local, dos asesores subregionales y un analista de programas de la OPS/OMS. La Organización donó equipo e insecticidas para el programa de control de vectores en las zonas devastadas de Eleuthera del Norte y más tarde instaló un sistema de computadores para facilitar la utilización de materiales en la fase de reconstrucción.

Se celebró la Semana Nacional del Agua y el grupo de trabajo encargado de organizarla siguió ocupándose de varios problemas relacionados con el control de la calidad y la contaminación del agua. Se modernizó la planta de

tratamiento de Malcolm Park así como el sistema de evacuación en pozos profundos para reducir el riesgo de contaminación en el puerto de Nassau. Concluyeron dos fases de la evaluación del riesgo de contaminación del agua subterránea y la OPS/OMS puso en marcha un programa ampliado de cooperación con la Empresa de Acueducto y Alcantarillado y el Departamento de Servicios de Salud Ambiental.

Siete becarios del país terminaron su adiestramiento en inspección de carne y alimentos, control de vectores, estrategias de tratamiento de agua, aislamiento de *Vibrio cholerae*, preparativos para casos de desastre y salud de los trabajadores.

En lo que respecta a cooperación técnica entre los países, las Bahamas siguieron participando activamente junto con Barbados en el estudio del efecto de las actividades agrícolas en los recursos de agua subterránea.

El SIDA siguió representando un grave problema de salud en las Bahamas. Durante el año se desplegaron mayores esfuerzos para ampliar la cooperación técnica prestada en ese campo a las Islas Family y Nassau sirvió de centro de movilización de recursos. Se evaluó la distribución local de condones y el administrador nacional del programa presentó los resulta-

dos del estudio de seroprevalencia en la VIII Conferencia Internacional celebrada en Amsterdam. Profesionales nacionales de la Representación local de la OPS/OMS también asistieron a la reunión de administradores de programas nacionales del SIDA celebrada en Barbados y a los seminarios sobre la metodología del marco lógico que tuvieron lugar en Trinidad. Dos enfermeras de la comunidad participaron en un taller de orientación en Curazao.

Se creó una asociación para reglamentar y hacer cumplir las prácticas de esterilización de instrumentos utilizados por barberías y peluquerías, a raíz de un seminario sobre el tema auspiciado por la OPS/OMS. Además, se hizo propaganda por la televisión durante los Juegos Olímpicos para informar mejor a la comunidad.

Como parte del empeño puesto en mejorar el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), un consultor contratado por tres meses ofreció seminarios de actualización para el personal de laboratorios clínicos y para enfermeras en el diagnóstico de las ETS en la mujer. Se adiestró a una enfermera de la comunidad en epidemiología de las ETS y un consultor de la OMS visitó a Nassau para analizar las prácticas de tratamiento de los pacientes de SIDA.

BARBADOS

El Gobierno de Barbados siguió ejecutando un programa de ajuste estructural, de conformidad con las negociaciones hechas con el Fondo Monetario Internacional en 1992. Se adoptó un amplio programa económico como parte de la estrategia nacional a mediano plazo para restituir la estabilidad financiera y mejorar las condiciones para la reanudación del crecimiento económico sostenible. El Gobierno tomó medidas para minimizar el impacto del programa de ajuste estructural en el sector salud. Las reducciones efectuadas en el sector público han desacelerado la ejecución de algunos de los programas del Ministerio de Salud esbozados en el actual Plan Nacional de Salud.

En julio, Barbados fue anfitrión de la 13ª Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud en los países de habla inglesa del Caribe. Durante el año se hicieron adelantos en el PAI y no hubo casos confirmados de sarampión. El Gobierno mejoró los sistemas de vigilancia de las enfermedades infecciosas y, dada la amenaza del cólera, intensificó su programa de control de las enfermedades diarreicas. Atención especial se puso en la protección de los alimentos. Continuaron los trabajos para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles.

La cooperación técnica de la OPS/OMS ha aumentado en los últimos cuatro años, según una evaluación realizada por las autoridades

nacionales y la OPS/OMS en 1992. Esta colaboración ha fomentado el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud y la ejecución de los programas prioritarios de Barbados. Como se subrayó en la evaluación, los asuntos críticos para fines de futura cooperación técnica con el Ministerio de Salud incluyen sus sistemas de organización y administración; el establecimiento de sistemas de información; la creación de la capacidad para realizar análisis de situación en el ámbito ministerial; estrategias y tecnología de comunicación social; el desarrollo del proceso de planificación dentro del Ministerio de Salud; programas de intercambio de información para actualizar al personal del Ministerio con respecto a las políticas internacionales, nacionales y subregionales vigentes, y el desarrollo de recursos humanos.

Se adelantó mucho en salud ambiental. La OPS/OMS colaboró con el Gobierno en la terminación de un nuevo relleno sanitario, la introducción de mecanismos apropiados de control de la lixiviación y la mejora de los sistemas de vigilancia de la calidad del agua.

Con la cooperación técnica de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud investigó varias enfermedades de origen desconocido que sufrieron algunos estudiantes de escuela secundaria. La OPS/OMS apoyó al Gobierno en el establecimiento de servicios de rehabilitación de farmacodependientes en el Hospital St. Joseph.

En cuanto a administración de los servicios de salud, se siguió haciendo todo lo posible por mejorar la eficiencia del Hospital Queen Elizabeth, particularmente sus sistemas de información. Hubo indicios de que la productividad y eficiencia en el hospital aumentaron a fines del año. Se adiestró al personal superior especializa-

do en servicios de salud en el uso del sistema del marco lógico para la ejecución y evaluación de proyectos. La OPS/OMS colaboró con estudios preliminares del funcionamiento de las policlínicas y la preparación de manuales de operaciones.

La OPS/OMS apoyó los esfuerzos del Gobierno por fortalecer su base de recursos humanos por medio del programa de becas. En 1992 se hizo hincapié en el adiestramiento del personal de enfermería para los servicios de las policlínicas. También se celebraron sesiones de adiestramiento en planificación de personal de salud durante el año.

El SIDA ha adquirido mayor importancia como causa de defunción en Barbados, y la cooperación técnica de la OPS/OMS dedicó atención preferente a mejorar la administración del programa del Gobierno sobre el SIDA.

Durante 1992, la OPS/OMS apoyó la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización, introdujo un sistema de vigilancia epidemiológica con la ayuda del Centro de Epidemiología del Caribe y elaboró un programa especializado de computación para vigilancia nutricional.

En el campo de las enfermedades transmisibles, la cooperación técnica de la OPS/OMS hizo hincapié también en el establecimiento de sistemas de vigilancia. Se prestó apoyo continuo para la ejecución del programa de prevención del cólera y el plan de acción por medio de adiestramiento extenso en vigilancia y protección de los alimentos. A fines del año había planes para fortalecer la cooperación técnica para el control de las enfermedades no transmisibles. La OPS/OMS apoyó también el empeño del Gobierno en materia de promoción de la salud y cooperó plenamente con los medios locales de información pública.

BERMUDA

En el plan nacional de salud de Bermuda se siguieron acentuando los campos de salud materno-infantil, salud de los niños de edad escolar, servicios comunitarios de atención a los ancianos, salud oral, control de las enfermedades

transmisibles, salud mental y prevención del abuso del alcohol y las drogas. Como se señaló el año pasado, los grupos escogidos para recibir atención especial incluyen las madres y los lactantes, los niños de edad escolar y los ancianos.

La responsabilidad de la planificación, programación, preparación de presupuestos y evaluación en materia de salud compete al Ministerio de Salud y Servicios Sociales. Un comité ministerial mixto de planificación examina los principales gastos en programas de salud pública y servicios sociales, incluso en los presidios y hospitales de la isla. El proceso de preparación del presupuesto se ha descentralizado con el fin de hacer participar más activamente a los administradores de programas en cada localidad. Compete también al Ministerio formular la política general que debe seguir una junta encargada de vigilar el King Edward VII Memorial Hospital y el Hospital Psiquiátrico St. Brendan.

Bermuda ha mejorado mucho el sistema de prestación de servicios de salud, y toda la población tiene servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de aguas negras. En total, 90% de los niños de Bermuda han sido inmunizados contra la difteria, la tos ferina, la poliomielitis y el tétanos y 80%, contra el sarampión. Casi todas las mujeres reciben atención durante el embarazo y el parto. Los niños menores de 1 año y los de edad escolar tienen derecho a

atención médica gratuita y los pacientes mayores de 65 años reciben subsidios que cubren 75% de los costos médicos.

La salud continuó siendo reconocida como un factor de suma importancia para el desarrollo general del país. En vista de eso, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en el desarrollo de servicios de salud, particularmente en el aspecto de prestación.

En materia de desarrollo de recursos humanos, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en el adiestramiento en salud ambiental y enfermedades de transmisión sexual. La Organización apoyó al Gobierno en su empeño por fortalecer la vigilancia epidemiológica y respondió a su solicitud para mejorar sus programas de promoción de la salud.

En el futuro, la cooperación técnica de la OPS/OMS buscará promover y apoyar, dentro de lo posible, el desarrollo y fortalecimiento de actividades de salud tales como la utilización eficaz de la comunicación social, la función de la salud de la mujer en el desarrollo, el financiamiento de la salud, la movilización de recursos y los acuerdos de cooperación entre países vecinos en el sector salud.

CUBA

Tomando en cuenta los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana en las últimas tres décadas, el Ministerio de Salud Pública definió los objetivos, propósitos y directrices para fomentar la salud durante el período 1992-2000. El Gobierno mantuvo las líneas de trabajo y orientaciones para garantizar el cumplimiento del plan alimentario nacional, así como para mejorar la capacidad administrativa y financiera, y definir nuevos acuerdos comerciales y de relaciones bilaterales.

Las orientaciones y recomendaciones emanadas de la evaluación conjunta entre Cuba y la OPS/OMS, realizada en 1991, constituyeron directrices importantes para la entrega en 1992 de la cooperación técnica de la Organización. Entre ellas se destacan la promoción de las

actividades de epidemiología para la prevención y control de enfermedades; la organización de los servicios de salud, con atención especial a la función de las direcciones provinciales y municipales; la consolidación del programa del médico de familia, que es la piedra angular de la atención primaria; el desarrollo del programa de educación para la salud, que promueve la participación activa del individuo, la familia y la comunidad en el cuidado de la salud; la promoción de la participación intersectorial; el proceso de educación permanente del personal de salud; la utilización de los resultados de la investigación para el avance armónico del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo industrial de tecnología, medios de diagnóstico, equipos y medicamentos, y el análisis económico como

componente de gestión para el control del financiamiento y la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Para Cuba, que inició la década de los noventa en lo que se ha denominado un "período especial en tiempo de paz", el desafío más importante en materia de salud consiste en encontrar la senda para continuar el desarrollo y seguir mejorando las condiciones de vida y de salud de la población hacia el año 2000.

Ante este enorme desafío, estimular la promoción de la salud por parte de la sociedad en su conjunto y continuar fortaleciendo el desarrollo científico y técnico del país en las ramas vinculadas a la salud constituyeron directrices estratégicas de acción a las que la OPS/OMS destinó la mayor parte de los fondos ordinarios asignados a la cooperación, y guiaron los esfuerzos en la movilización de recursos extrapresupuestarios.

En 1992, una de las orientaciones estratégicas más importantes para el sector salud fue "la salud en el desarrollo", particularmente en lo que se refiere al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, concentración de las acciones en grupos de alto riesgo, promoción de la salud, administración del conocimiento y movilización de recursos. Durante el año se realizaron importantes esfuerzos encaminados al establecimiento de los sistemas municipales de salud, entendidos como sistemas locales, haciendo hincapié en el desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud, de la programación y administración estratégica, y de la participación comunitaria e intersectorial.

La promoción de la salud, una de las acciones prioritarias de cooperación de la OPS/OMS, se abordó en forma intersectorial y participativa, y tuvo como propósito reducir la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud asociados a la violencia de cualquier tipo, así como los factores que los condicionan.

Las autoridades nacionales, con la colaboración de la OPS/OMS, elaboraron un documento conceptual y operativo que sirvió de base para el segundo taller sobre sistemas de vigilancia de la situación de salud efectuado en marzo.

Como resultado de esta reunión, se obtuvo una metodología para poner en marcha dicho sistema. Se capacitó además al personal interprogramático que cumplió la primera etapa de un estudio relacionado con ese tema.

En materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles, en marzo se realizó el segundo seminario nacional sobre epidemiología y servicios de salud. Asistieron a la reunión 180 representantes de las provincias y centros nacionales, así como funcionarios de la OPS/OMS.

Se llevaron a cabo visitas a México, Nicaragua y Venezuela para intercambiar experiencias y participar en cursos especiales sobre la garantía de la calidad de los servicios de salud y el empleo de la historia clínica enfocada a los problemas de los pacientes. Además se elaboraron normas para la acreditación de hospitales, se inició la aplicación del modelo de registro de hospitales y se realizaron visitas a Barbados, Guyana y Trinidad y Tabago a fin de intercambiar opiniones y criterios para la conformación de redes de hospitales de referencia en América Latina y el Caribe. Asimismo, se continuó un estudio sobre la capacidad física y psíquica de los ancianos.

En salud ambiental, Cuba fue país sede del XXIII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), que tuvo lugar en La Habana en noviembre, y en el que participaron 850 profesionales de varios países de la Región.

Como respuesta a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1991), el Ministerio y la Organización acordaron preparar y efectuar la Primera Reunión Interagencial de Salud Materno-infantil, con el fin de revisar el programa nacional en este campo. Participaron en la reunión el UNICEF, el FNUAP, el PNUD y la OPS/OMS. Los resultados obtenidos sirvieron de base para programar las actividades nacionales en salud materno-infantil para el período 1993-1994.

En cuanto a la economía y financiamiento del sector salud, la OPS/OMS elaboró un documento para el fortalecimiento de los servicios de salud mediante el desarrollo de los sistemas

municipales. Dicho documento se complementó con la realización del primer seminario intersectorial sobre financiamiento del sector salud en situación de crisis y el primer taller de planificación estratégica de recursos humanos.

La OPS/OMS colaboró con la Comisión de Salud de la Asamblea del Poder Popular para organizar una base de datos sobre políticas y legislación en salud, y ayudó en la realización de la primera reunión de la Comisión de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano.

En lo referente al fomento y desarrollo de la investigación, la Organización contribuyó a la elaboración y establecimiento de la política de investigación en salud; coordinó el potencial nacional para fortalecer la capacidad existente y favorecer la formación de recursos humanos, y cooperó en la realización del tercer seminario-taller sobre investigación en salud y desarrollo tecnológico. Este último, además de actualizar los conocimientos y considerar las perspectivas en ese campo, posibilitó la definición de formas de trabajo para que la cooperación técnica de la OPS/OMS se canalice mediante el Comité Asesor Interno del Ministerio de Salud Pública.

En materia de política y desarrollo tecnológico en salud, las autoridades nacionales y la OPS/OMS hicieron planes para revisar la lista básica de medicamentos, el desarrollo de la

industria farmacéutica y la organización de un subcentro de información científica y técnica.

La cooperación técnica entre países fue una de las actividades de mayor importancia para Cuba. En Belice, Guyana y Nicaragua, profesionales de salud cubanos colaboraron en actividades relacionadas con su campo de actividad, y otros expertos nacionales realizaron asesorías sobre vigilancia epidemiológica, enfermedades tropicales y reestructuración de la atención psiquiátrica en la República Dominicana. Con Brasil, Guatemala y Honduras se efectuaron intercambios de documentos y visitas de funcionarios para definir las áreas de cooperación y los términos de referencia para las actividades que se esperan realizar durante 1993.

Tanto la comunicación para la salud como la integración de la mujer en la salud y el desarrollo fueron también actividades prioritarias de cooperación de la OPS/OMS durante el año. En cuanto a lo primero, la OPS/OMS trabajó con las autoridades nacionales para perfeccionar la introducción, reproducción, distribución y utilización de la información científica y técnica, y, con la colaboración de BIREME, analizó el funcionamiento de la red nacional de información. En relación con lo segundo, dio apoyo a la conformación de una Comisión Interprogramática para impulsar el proyecto sobre la mujer, la salud y el desarrollo.

DOMINICA

La situación política general se mantuvo estable y el cambio de Secretario Permanente no afectó la prestación de servicios de cooperación técnica. El Plan Nacional de Salud vigente terminó a fines de 1992; en 1993 se redactará un nuevo Plan, en el que se tendrá en cuenta el análisis de evaluación hecho conjuntamente por las autoridades nacionales y la OPS/OMS.

Los objetivos principales de las políticas de salud siguieron siendo el fortalecimiento del sistema de salud distrital y la integración de los niveles de atención primaria y secundaria, así como el mayor uso de la promoción de la salud para abordar los patrones epidemiológicos cam-

biantes. Se instó encarecidamente a incrementar la eficiencia del uso de recursos, lo que, a su vez, llevó a hacer hincapié en las mejoras administrativas en todos los niveles. Se siguió recalcando el desarrollo de recursos humanos.

En lo que respecta a organización y administración de servicios, el enfoque se centró en las instituciones de atención secundaria. El Hospital Princess Margaret necesita una mejor estructura orgánica y un plan de administración definido.

Pronto terminará la construcción del Hospital de Distrito de Portsmouth y en 1993 se renovará el Centro de Salud Marigot. El Gobierno estudia actualmente la factibilidad de introducir medidas

de recuperación de costos en los hospitales.

La cobertura de atención de salud continuó siendo buena y se puso especial atención a la mejora de la calidad.

El Ministerio siguió trabajando en los planos bilateral y multilateral. El Gobierno de Francia continuó prestando apoyo bilateral y se recalcó constantemente la importancia del aporte de la Comunidad del Caribe y de la OPS/OMS al desarrollo del sector salud.

Durante el año, la OPS/OMS canalizó sus servicios de cooperación técnica por medio de cuatro campos en los que realiza proyectos, a saber, desarrollo de los servicios de salud, salud ambiental, salud materno-infantil, y SIDA/ETS.

Las metas de desarrollo de los servicios de salud incluyeron mejoras de la administración del Hospital Princess Margaret, desarrollo de recursos humanos, promoción de la salud y fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios por medio de un proyecto del BID; el coordinador nacional de dicho proyecto concluyó un período de adiestramiento inicial. Finalizaron los planes para celebrar en Dominica un detallado análisis de sistemas.

En el Hospital Princess Margaret, la cooperación de la OPS/OMS se concentró en el sistema de información para la administración. Los programas de computación elaborados por la Organización se instalaron en el laboratorio, la farmacia y el departamento de preparación de fichas médicas. Además, se comenzó a trabajar en la segunda fase de las actividades destinadas a definir la estructura orgánica apropiada y la formación de grupos. Se revisaron también los manuales de política y procedimientos para los servicios de enfermería.

Con apoyo de la OPS/OMS se concedieron 71 meses-hombre de becas en tecnología de

laboratorio médico, trabajo social, ingeniería de mantenimiento, enfermería de salud pública, inspección de los alimentos dentro del servicio de salud pública y enfermería especializada en anestesiología. A pesar de la gran necesidad de realizar actividades de desarrollo de recursos humanos, el sector salud siguió experimentando dificultades en la movilización de recursos para lograr ese fin.

Concluyó la evaluación conjunta hecha por las autoridades nacionales y la OPS/OMS, en la que se determinó el impacto de la cooperación técnica de la Organización en los últimos cuatro años y se identificaron las prioridades para el programa futuro.

Dentro del programa de salud ambiental, la OPS/OMS apoyó el proyecto de saneamiento de la costa occidental, con el que se busca mejorar las instalaciones de saneamiento básico en las zonas bajas. La epidemia de cólera puso de manifiesto la necesidad de fortalecer el sistema de vigilancia; un funcionario nacional participó en la reunión subregional de la OPS/OMS sobre higiene para prevención y control del cólera. Se aplazó el estudio de clasificación de los desechos sólidos hasta que se pudiera encontrar un asesor.

Se postergó el taller nacional de planificación familiar hasta 1993 por falta de consultores. Se evaluaron los programas de planificación familiar y salud del adolescente.

El Programa Ampliado de Inmunización siguió manteniendo una elevada cobertura y se orientó particularmente a la erradicación de la poliomielitis y del sarampión.

El programa de SIDA/ETS prosiguió razonablemente bien, pese a que los fondos del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA se recibieron con cierta demora.

GRANADA

Puesto que la situación económica del país se deterioró durante el curso del año, el Gobierno realizó sus actividades de salud contra un telón de fondo caracterizado por problemas

fiscales cada vez mayores. Granada realiza actualmente un programa de ajuste estructural, de conformidad con las pautas establecidas por el Fondo Monetario Internacional, para reducir

los desequilibrios macroeconómicos y ahondar las reformas estructurales.

En 1992, el Gobierno inició programas destinados a incrementar la eficiencia del sistema distrital de salud y de los hospitales para que el sector salud pudiera movilizar sus recursos con más eficacia.

En la cooperación técnica de la OPS/OMS se acentuó el desarrollo de los servicios de salud, la salud materno-infantil, la salud ambiental y el control del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. La cooperación técnica se guió por las prioridades señaladas en la evaluación conjunta hecha por las autoridades nacionales y la OPS en 1991. La decadente situación económica obligó al Ministerio de Salud a restar atención a la ejecución de actividades técnicas para centrarse en la contracción del sector público. Pese al clima de incertidumbre, durante el año se lograron algunos adelantos en el sector salud.

En cuanto al desarrollo de los servicios de salud, la OPS/OMS colaboró en la versión final de un plan de salud estratégico, en las actividades gubernamentales de promoción de la salud y en la administración de los servicios distritales de salud. La asistencia técnica de la Organización se concentró en mejorar la administración del Hospital Saint George, particularmente en lo que respecta a archivos clínicos, finanzas y mantenimiento. La OPS/OMS apoyó la administración del hospital generando y analizando datos para atender sus necesidades inmediatas en materia de gestión.

El nombramiento de un especialista en planificación de salud en 1991 indicó la importancia asignada a ese campo por el Gobierno que, en 1992, recaló aún más la necesidad de planificación estratégica. La OPS/OMS ofreció cooperación técnica para fortalecer la preparación de proyectos como medio de mejorar la movilización de recursos. Para apoyar las actividades de planificación del Gobierno, la OPS/OMS patrocinó una serie de talleres sobre planificación de recursos humanos.

La OPS/OMS y el BID colaboraron también en la ampliación de la capacidad administrativa en los distritos. Terminó una evaluación del sistema distrital de salud, y en 1993 se preparará y pondrá

en marcha un programa para fortalecerlo.

La OPS/OMS dedicó mucho tiempo a la preparación de perfiles de nutrición, que apoyarán el establecimiento de un programa de vigilancia nutricional. Cuando se termine de preparar la Carta del Caribe, la Organización intensificará también sus programas locales de promoción de la salud.

En materia de desarrollo de recursos humanos, la Organización concedió 38,75 meses de becas para enfermería, radiografía, laboratorio médico, microscopía de rabia, inspección de salud pública y enfermería especializada en anestesiología. Se modernizaron los sistemas destinados a las enfermeras de atención primaria y a las especializadas en anestesiología.

En el campo de la salud materno-infantil, la OPS/OMS apoyó el restablecimiento del Comité de Salud Materno-infantil. Se empleó mucho en los distritos un manual de salud materno-infantil, preparado y distribuido con la colaboración de la OPS/OMS. Con apoyo de la Organización, el programa de inmunización siguió dando resultados satisfactorios. El Ministerio de Salud continuó avanzando en sus programas de control y erradicación de la poliomielitis y del sarampión. La OPS/OMS participó en la formulación de un estudio para examinar la alta incidencia de ictericia neonatal.

En materia de salud ambiental, la OPS/OMS prestó atención especial a la preparación de un plan básico de evacuación de desechos sólidos, una evaluación del programa de control de la rabia, la protección de los alimentos como forma de combatir la epidemia de cólera y la formulación de una política sobre el medio ambiente. A pedido del Gobierno, la Organización formuló recomendaciones para reestructurar el programa de control de la rabia y ampliar la capacidad técnica del personal en microscopía de rabia. Se adiestró a un técnico durante un taller de seis semanas celebrado en Trinidad y Tabago, y se realizó otro sobre enseñanzas de higiene a los vendedores ambulantes para combatir el cólera.

Se prestó apoyo continuo al programa para controlar el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Los esfuerzos de la OPS/OMS por incorporar el programa a las actividades generales de los servicios de salud prosiguieron sin contratiempos.

GUYANA

Como resultado de las elecciones generales celebradas a comienzos de octubre, el Gobierno cambió por primera vez en más de un cuarto de siglo. Pese al cambio de autoridades, el Gobierno siguió trabajando por la liberalización de la economía, el fomento de la inversión extranjera y una mayor eficiencia de las entidades de propiedad del Estado.

Las siguientes estrategias amplias para el desarrollo del sistema nacional de salud, recientemente adoptadas, se mantuvieron de la forma establecida: la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad (sobre todo las de mortalidad materna e infantil); la reorganización y el fortalecimiento de los servicios de salud y del sistema administrativo, con énfasis en la descentralización; la ampliación de la capacidad de planificación de la salud; el refuerzo del sistema de información sobre salud; la reducción de la incidencia de enfermedades transmisibles como el SIDA y el cólera, y la erradicación de las que muestran una incidencia muy baja; la mejora del estado de nutrición de la población, particularmente de los niños; la mejora y ampliación de los servicios dentales; el fortalecimiento de los programas de salud ambiental, incluidos los de control de vectores; la mejora de los programas de salud pública veterinaria, sobre todo los de vigilancia, manejo pecuario e inocuidad e higiene de los alimentos; la ampliación de los servicios prestados a grupos especiales como los ancianos y los discapacitados, y la mejora de la calidad y accesibilidad de los servicios psiquiátricos.

Para ejecutar esas actividades prioritarias, el Gobierno siguió recibiendo apoyo financiero externo. El proyecto de US\$ 33 millones financiado por el BID para la remodelación de los servicios ambulatorios del hospital público de Georgetown inició su tercer año de operaciones. El Banco Mundial asignó US\$ 12 millones al Programa de Alivio del Efecto Social (SIMAP) para proyectos de salud y nutrición, así como a la rehabilitación de centros de salud. Pese a esos recursos financieros, la escasez de

personal de salud adiestrado y la continua pérdida de trabajadores de salud calificados por causa de la emigración siguieron representando una grave amenaza para la prestación de servicios de salud de buena calidad.

La escasez de personal calificado en el sector salud y la elevada tasa de abandono también afectaron mucho la prestación de servicios de cooperación técnica de la OPS/OMS, por lo que el continuo apoyo de la Organización se hizo más importante.

El programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en Guyana está orientado hacia campos de salud definidos en consultas detalladas con las autoridades nacionales de salud, de conformidad con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994. Estos campos incluyen desarrollo de recursos humanos, desarrollo de servicios de salud, salud ambiental, salud materno-infantil, control de las enfermedades transmisibles, nutrición y cooperación técnica entre países.

El desarrollo de recursos humanos es con mucho el programa de mayor importancia por sus repercusiones para la prestación de servicios de salud en todos los campos programáticos. El programa de cooperación técnica de la Organización concedió importancia al fortalecimiento de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana por medio de preparación de planes de estudio y adiestramiento de profesionales de salud. Se han establecido sistemas de inventario de recursos humanos cuyos datos se emplearán para formular la política y el plan de acción correspondientes.

El desarrollo de los servicios de salud se ha orientado hacia el fortalecimiento del proceso de administración de varios hospitales seleccionados por medio del uso de un sistema computarizado de información para fines administrativos y la capacitación de los administradores de los hospitales en su empleo. Además, la mejora de la División de Estadística del Ministerio de Salud entrañó la introducción de un

sistema computadorizado de manejo de datos y el adiestramiento del personal de estadística. Se desplegó un magno esfuerzo con el fin de crear programas de computación apropiados para el manejo de medicamentos y suministros médicos; el sistema estaba en funcionamiento al finalizar el año. Un sistema paralelo de datos de morbilidad, ya en uso, permitirá emplear un método más racional de selección de medicamentos.

El programa nacional de salud ambiental siguió trabajando en abastecimiento de agua y saneamiento, gestión de desechos sólidos y salud ocupacional. La OPS/OMS colaboró en estas actividades con la mejora del sistema de abastecimiento de agua en comunidades seleccionadas; la creación de métodos apropiados de cloración del agua en las localidades fronterizas afectadas por el cólera (Kopinang y el Distrito del Noroeste); el estudio de la estructura orgánica y la función de la Unidad de Salud Ambiental del Ministerio de Salud con el fin de ampliarla; el empleo de sistemas no convencionales de gestión de desechos sólidos en las comunidades pequeñas; la terminación de un proyecto muy fructífero de recolección de basura en el Municipio de Georgetown; la evaluación del sistema de abastecimiento de agua, tratamiento de aguas servidas y alcantarillado en hospitales seleccionados como parte de la lucha contra el cólera, y la realización de cursos de adiestramiento para mejorar la salud de los trabajadores.

El principal punto de enfoque en el campo de la salud materno-infantil siguió siendo la inmunización. La Asociación Canadiense de Salud Pública financió la segunda fase (tres años) de este proyecto, que se destina a ampliar la cobertura mediante el fortalecimiento de las instalaciones de la cadena de frío, la participación social y el adiestramiento de personal. Se realizó un estudio básico de los servicios nacionales de salud materno-infantil y se tomaron medidas para actualizar el manual existente sobre la salud de ese grupo de población.

El Gobierno de Italia financió un proyecto pancaribeño de salud materno-infantil, en el que participa Guyana. Dicho proyecto permitirá que el país modernice un centro de salud, ofrez-

ca cursos de capacitación en neonatología y realice actividades de educación para la salud con el fin de apoyar el programa de salud materno-infantil.

El programa de control de las enfermedades transmisibles se dedica a fortalecer los servicios de epidemiología del Ministerio de Salud. Se realizaron seminarios de vigilancia en la mayoría de las regiones de salud y se adiestró al personal en el establecimiento de un sistema de epidemiología; estas actividades fueron parte del empeño puesto en combatir la epidemia del cólera. La malaria siguió siendo un problema grave, y el número de casos notificados en 1992 fue de 39 580. Se tomaron medidas para mejorar la administración del programa, revisar los protocolos empleados para el tratamiento de los pacientes y hacer participar al sector privado en la lucha contra la malaria. Se fortalecieron los servicios del Laboratorio de Enfermedades Tropicales con la creación de nuevos procedimientos de laboratorio, la mejora de los existentes y la capacitación del personal de laboratorio.

El control y la prevención del SIDA siguieron constituyendo una actividad importante. En 1992 las autoridades nacionales, con la colaboración de la OPS/OMS, procuraron fortalecer los componentes de educación y orientación; merecen citarse, en particular, las actividades relacionadas con la preparación de currículos que sean aprobados por el cuerpo docente de las escuelas de enseñanza secundaria. Se hicieron planes para modernizar los procedimientos de laboratorio y adiestrar al personal con el fin de poder realizar exámenes de detección del VIH en el ámbito regional (Región VI). Hacia fines del año, se fortaleció la capacidad administrativa del programa nacional del SIDA con la contratación de un educador y los servicios de un consultor a corto plazo.

En el programa de nutrición se abordaron los problemas de salud pública que afrontan los sectores de agricultura y salud. En colaboración con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, la Organización preparó una propuesta para un proyecto de control de la tuberculosis bovina y ofreció apoyo en la lucha contra la rabia animal en la costa de Essequibo,

por medio de capacitación de personal y provisión de suministros. La OPS/OMS colaboró también en la puesta en práctica de la política y del plan de alimentación y nutrición, y en los análisis de datos generados por una encuesta de nutrición realizada por el Organismo de Educación en Ciencias de la Salud, Medio Ambiente y Política Alimentaria de Guyana.

La cooperación técnica entre países siguió constituyendo una importante actividad del Gobierno para tratar de fortalecer los servicios de salud. En ese sentido, la Organización apoyó los arreglos hechos con el Gobierno de Cuba para vigorizar los servicios de enseñanza de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana y los servicios epidemiológicos del Ministerio de Salud. Se celebraron reuniones con las autoridades de salud de Suriname

para planear y realizar trabajos conjuntos de control de vectores y lucha contra el cólera, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y la lepra. También se tomaron medidas tendientes a establecer cooperación binacional con las autoridades de Venezuela para el control de vectores y del SIDA, y con la Administración de Acueducto y Alcantarillado de Trinidad y Tabagó para fines de saneamiento ambiental.

Dado que la escasez de personal calificado en el sector salud pública siguió siendo un problema tan grave para los servicios de salud en cuanto a su capacidad para atender las exigencias nacionales, la OPS/OMS trató de abordar ese problema por medio del desarrollo de recursos humanos, el adiestramiento de personal y la prestación de apoyo "directo".

HAITI

La prestación y administración de los servicios de salud pública siguieron afectadas por las consecuencias del golpe militar de 1991, incluidos la reducción de los programas gubernamentales y el retiro en masa del financiamiento externo. En esas circunstancias, las organizaciones no gubernamentales se convirtieron en las principales proveedoras de servicios de salud por medio de programas de salud comunitarios que cubrieron a grandes segmentos de la población.

El programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en Haití se modificó para apoyar la función de coordinadora interinstitucional de la asistencia humanitaria que desempeña la Organización. Esta asumió un papel cada vez más amplio en los arreglos de asistencia humanitaria en el curso del año. Trabajó estrechamente con las organizaciones no gubernamentales de los niveles central y local para asignar los recursos de los donantes de una manera eficaz; fortalecer la coordinación de las actividades de salud por medio del Comité de Coordinación Interinstitucional; ayudar a formar grupos de trabajo; administrar varias subvenciones del Canadá, la Comunidad Europea y Suiza, y la implantación

de un sistema de distribución de medicamentos y suministros médicos, y crear un banco de datos computadorizados para la prestación de asistencia humanitaria.

Se emplearon fondos ordinarios de la OPS/OMS para financiar cursos de epidemiología y enfermería comunitaria, así como para prestar apoyo al grupo de asistencia humanitaria. Esos fondos se emplearon también para financiar otras actividades de ayuda humanitaria, dadas las dificultades de recaudación de más recursos.

A comienzos de 1992, el personal de la Representación local de la OPS/OMS, que se había reducido mucho, se dedicó estrictamente a coordinar la asistencia humanitaria. Al terminar el primer trimestre se autorizó el regreso de un grupo técnico formado por tres especialistas para prestar apoyo técnico en salud ambiental, salud maternoinfantil, y epidemiología y control de enfermedades. Ulteriormente, el personal se fortaleció más con el regreso de diversos funcionarios, a pedido propio o después de suprimirse las medidas de seguridad impuestas por las Naciones Unidas. El personal de la OPS/OMS mantuvo contactos administrativos

y técnicos con el Gobierno para coordinar el programa de asistencia.

La Organización trabajó con la AID (EUA) y las organizaciones no gubernamentales de Haití para actualizar un análisis de la situación de salud con el fin de poder enfocar mejor sus actividades. El informe se tradujo del francés al inglés y al español. Después del testimonio prestado por el Representante de la OPS/OMS en Haití ante la Comisión sobre el Hambre, de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos de América, se preparó un plan de asistencia humanitaria, que consta de dos partes, y se distribuyó a los países donantes. Dicho plan semestral, cuyo financiamiento ascenderá a un total de US\$ 15 millones, comprendió un programa de asistencia humanitaria mínima en el que se detallaron las necesidades críticas de salud y el apoyo a un conjunto de servicios básicos de salud para la población. El plan fue respaldado por el Programa Interagencial de las Naciones Unidas (ONU) de Ayuda Humanitaria a Haití, y presentado conjuntamente a la comunidad internacional por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la ONU. La OPS/OMS, el UNICEF y el FNUAP colaboraron en la sección de salud de la apelación conjunta de la ONU y la OEA.

El programa de asistencia humanitaria de la OPS/OMS reforzó la provisión de medicamentos esenciales. La Organización colaboró con una organización no gubernamental de Haití y abrió una bodega de suministro y distribución en la que se centralizó el recibo de medicamentos y equipo médico proporcionados como parte de la asistencia humanitaria.

Los proyectos administrados por la OPS/OMS y financiados por la AID (EUA), el PNUD y el FNUAP se reanudaron a condición de que se ejecutaran únicamente por medio de organizaciones no gubernamentales u otras entidades privadas. En lo que respecta al SIDA, la OPS/OMS logró obtener un compromiso y fondos del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA para apoyar un programa básico de prevención y control. La Organización prestó ayuda para la continuación de actividades específicas de salud pública, como control de la tuberculosis, exámenes de detección del VIH, prevención y control del cólera, planificación familiar, inmunización y erradicación de la poliomielitis.

La Representación de la OPS/OMS en Haití soportó sumamente bien la situación existente. A pesar de las dificultades políticas y aun penalidades materiales, fue una de las instituciones más activas del país.

INDIAS OCCIDENTALES BRITANICAS

Los Gobiernos de Anguila, las Islas Vírgenes Británicas y Montserrat han determinado que la salud es un importante elemento de sus objetivos de desarrollo. Se prestó gran atención a la mejora de la administración y planificación de los sistemas de salud, y a la rehabilitación de la infraestructura de las instituciones de atención secundaria de salud. Los tres territorios se concentraron también en la reorganización de la política de salud mental y el fortalecimiento de la relativa al medio ambiente.

Los territorios examinaron varias posibilidades para mejorar la administración de sus sistemas de salud y hospitales. En Anguila, el

Ministerio se propone establecer una estructura administrativa para el hospital recién construido; a pedido del Gobierno, la OPS/OMS presentó diversas posibilidades en cuanto a su estructura orgánica. Se nombró un administrador de servicios de salud como paso inicial para establecer una autoridad de salud en Anguila y, basándose en la experiencia de Anguila, los demás territorios podrían también nombrar otros administradores.

De conformidad con las prioridades nacionales señaladas para los tres territorios, el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS concedió especial importancia al desarrollo de los sistemas de salud, la salud maternoinfantil, la

salud ambiental, y el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

La Organización colaboró en la mejora de la planificación y administración de los sistemas de salud en los tres territorios y prestó particular atención a la administración de los hospitales de Anguila y Montserrat. El desarrollo de recursos humanos también se consideró importante. En lo que respecta al desarrollo de los servicios de salud, una actividad intensa fue la terminación de los planes estratégicos para los tres territorios dependientes. Los planes, financiados por el Gobierno Británico, fueron preparados por la Universidad de Keele en colaboración con la OPS/OMS. La Organización continuó ejecutando el proyecto sobre sistemas de información financiado por el BID.

La OPS/OMS colaboró en la preparación de manuales de política y procedimientos en el campo de la enfermería para vigorizar la administración de los hospitales en Anguila y las Islas Vírgenes Británicas. También apoyó la participación de una persona natural de Montserrat en un taller de planificación de recursos humanos, y colaboró en la actualización de los perfiles de alimentación y nutrición. En materia de salud materno-infantil, ayudó a terminar un manual sobre el tema, que actualmente se emplea en Anguila.

Dentro de las actividades de desarrollo de recursos humanos se concedieron 71,0 meses-

hombre de becas para estudios de enfermería dental, de salud pública y de anestesiología, y para trabajos clínicos de obstetricia y ginecología, medicina y enfermería oftalmológica.

En el campo de la salud ambiental, la OPS/OMS presentó propuestas para el mejoramiento del relleno sanitario de White en Montserrat. En materia de control de vectores, la Organización trabajó con los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) en la preparación de un proyecto de investigación destinado al control biológico de los mosquitos en Anguila y ayudó a redactar un anteproyecto para resolver el problema de los roedores en Montserrat.

Después de la epidemia de cólera, varios funcionarios de cada uno de los territorios participaron en un taller de vigilancia de esa enfermedad y en otro subregional de enseñanzas de higiene para prevenirla. Como parte del programa para mejorar la evacuación de excretas, la OPS/OMS facilitó la creación de un modelo para construir letrinas en Montserrat y colaboró en la entrega de equipo para mejorar las instalaciones del relleno sanitario de Coreto. En el campo del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, ayudó a introducir cambios de política relacionados con los procedimientos de inmigración y los exámenes de detección del VIH. Esos cambios se han puesto en práctica con mucho éxito.

ISLAS CAIMAN

Las Islas Caimán, un territorio dependiente del Reino Unido, comprenden Gran Caimán, Caimán Brac y Pequeña Caimán. Las elecciones generales celebradas en noviembre de 1992 llevaron a un nuevo grupo de Ministros y Parlamentarios a asumir el mando. Durante el año, la economía siguió demostrando un dinámico crecimiento, atribuido principalmente a una pujante industria bancaria, junto con una mayor actividad de las industrias del turismo, los seguros y la construcción.

La atención primaria de salud siguió teniendo máxima prioridad. Los centros de salud y los

dispensarios de los hospitales de este territorio tuvieron como metas principales los programas de salud escolar, control de las enfermedades genéticas y salud dental escolar.

Los dispensarios de salud materno-infantil del Hospital de George Town siguieron dotados de enfermeras prácticas y de salud pública, y contaron con visitas regulares de los médicos. Una enfermera de salud pública del Hospital Faith de Caimán Brac prestó servicios de atención primaria de salud, además de cumplir con sus deberes ordinarios.

El Gobierno lanzó varios programas de

salud preventiva, que incluyen exámenes de detección de diabetes, hipertensión y cáncer de la mama, del colon y del cuello uterino, además de asuntos como abuso de drogas y alcohol, y salud mental. En materia de salud ambiental, siguió acentuando el control de roedores, la vigilancia de la calidad del agua, la inspección de la carne y los alimentos, la vigilancia de los expendios de alimentos y la gestión de los desechos sólidos.

El programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en las Islas Caimán siguió centrán-

dose en el desarrollo de los servicios de salud con el fin de mejorar su prestación y, en definitiva, contribuir al desarrollo general. La Organización también concedió becas para adiestramiento en promoción de la salud en el exterior; mediante el fortalecimiento de la capacidad del personal de salud y de la prestación de servicios de atención, este esfuerzo contribuyó a la reorganización del sector salud. En el campo de la comunicación social, la OPS/OMS patrocinó los servicios de un educador sanitario para apoyar el programa del SIDA en las Islas.

ISLAS TURCAS Y CAICOS

Las Islas Turcas y Caicos, el mayor territorio británico dependiente en el Caribe, tienen una extensión territorial de 499 km² dispersos por una zona de cerca de 518 km² y una población de 12 350 habitantes. La población está formada por personas naturales de varios países, incluso de Canadá, Estados Unidos de América, Haití, Jamaica, los Estados del Caribe Oriental, el Reino Unido y la República Dominicana.

El Plan Nacional de Salud siguió haciendo hincapié en el sistema de información de salud, el desarrollo de los recursos humanos, la infraestructura de salud, la mejora de los dispensarios y la creación de más instalaciones de salud en Providenciales. Asimismo, se prestó particular atención al mejoramiento de la eficiencia del Hospital de Gran Turca. Durante el año, el Ministerio de Salud asignó una cantidad considerable de recursos para fortalecer las instalaciones físicas, el desarrollo de recursos humanos y la administración de servicios de salud de las islas.

El programa de cooperación técnica de la Organización en las Islas Turcas y Caicos se cumplió de conformidad con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en 1991-1994. La OPS/OMS ofreció un gran apoyo para becas y adiestramiento. Con la cooperación de la Agencia Británica de Desarrollo de Ultramar y la Universidad de Keele, la OPS/OMS organizó un proyecto de administración de salud en todo el territorio. Dos

enfermeras recibieron adiestramiento en su campo en Jamaica y se concedió una beca al Oficial Médico Jefe para seguir estudios conducentes a un grado superior en salud pública en el exterior. Con el apoyo de la Organización y el Centro de Epidemiología del Caribe, un especialista en control de infecciones realizó seminarios para trabajadores de salud.

Con el apoyo de la OPS/OMS, se siguió tratando de automatizar el sistema nacional de información de salud. Por medio de CAREC, se colaboró con las autoridades en la revisión del programa nacional de control de la lepra. Varios asesores subregionales de la OPS/OMS revisaron el Programa Ampliado de Inmunización cumplido en las islas, en el que se siguió empleando el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas.

Con el patrocinio de la OPS/OMS, el personal del Departamento de Servicios de Salud participó en actividades de prevención y control del cólera, preparativos para casos de desastre y control de vectores. Dada la preocupación expresada por los incidentes de intoxicación con alimentos ocurridos recientemente, se realizó en Providenciales un seminario sobre protección de los alimentos.

Aunque los casos de SIDA van en aumento, la tasa de incidencia de enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea y la sífilis, ha ido disminuyendo desde 1986, lo que se atribuye en gran medida a las campañas de información

pública y a la promoción y oportuna distribución de condones. Por otra parte, los casos de SIDA siguen siendo motivo de preocupación en el Caribe; a mediados del año habían muerto 27 personas por esa causa en las Islas Turcas y Caicos y se habían identificado 562 casos seropositivos. El Ministerio de Salud intensificó sus esfuerzos por fortalecer el programa de lucha contra el SIDA en las islas. Se recibió financiamiento de la Agencia Británica de Desarrollo de Ultramar por medio del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA. Con apoyo de la OPS/OMS, el coordinador del programa del SIDA en las islas participó en la reunión para administradores de los programas nacionales correspondientes celebrada en Barbados y recibió adiestramiento en ejecución de proyectos en la Secretaría del SIDA en las Bahamas. La OPS/OMS colaboró también con el Ministerio de Salud en la redacción de un segundo plan a mediano

plazo. El Oficial Médico Jefe de las islas asistió a un taller sobre las pautas para el tratamiento clínico de la infección por el VIH en los adultos y los niños, celebrado en Puerto España.

En el campo de control del abuso de drogas, se siguió trabajando en un programa educativo financiado por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. En asuntos relativos al medio ambiente, la OPS/OMS preparó un amplio informe para el Ministerio de Salud, que se espera se convertirá en la base del programa de protección ambiental de las Islas Turcas y Caicos, particularmente en Providenciales, donde las actividades de desarrollo han aumentado mucho en los últimos años. En su empeño por ampliar las actividades de planificación para casos de desastre, la OPS/OMS proporcionó los servicios de un especialista para que la población de las islas esté mejor informada de los preparativos para situaciones de desastre.

JAMAICA

La frágil situación económica del país siguió afectando adversamente a sus sectores sociales y, aunque los programas de estabilización económica progresaron algo, el deterioro de las condiciones sociales a lo largo de todo el año contribuyó a producir efectos tan negativos como el aumento de los crímenes violentos. Esto se reflejó en el hecho de que durante 1992 se trató a un número de pacientes cada vez mayor en los hospitales locales por incidentes de violencia.

La política de restricción monetaria de Jamaica siguió afectando al sector salud. Los costos de los medicamentos importados y los suministros médicos aumentaron drásticamente, y el país sufrió una baja del gasto real per cápita por concepto de atención y servicios salud. Además, las reducciones en el sector salud intensificaron las ya graves dificultades del Ministerio para conseguir y contratar personal y financiar nuevos proyectos y propuestas. Con el fin de mantener la actividad de los programas, el Ministerio de Salud recurrió al sector privado

y a la comunidad en general. También se analizó constantemente la eficiencia del Ministerio y de sus operaciones sobre el terreno.

Las enfermedades de transmisión sexual siguieron siendo una seria preocupación para la salud de los jamaíquinos. Por ejemplo, la sífilis incrementó la mortalidad, la inmadurez y la asfixia durante el parto, y a mediados del año se había notificado un total de 394 casos de SIDA. La situación ambiental también fue motivo de preocupación, particularmente en lo relativo a evacuación de excretas y desechos tóxicos y sólidos.

Como se subrayó en el Plan Nacional de Desarrollo quinquenal del Gobierno para 1990-1995, el país siguió desplazando su economía hacia el desarrollo del sector privado, el apoyo a los sectores productivos y la promoción de una economía orientada hacia las exportaciones. En el sector salud se progresó en el trabajo de aplicación de estrategias para descentralizar la prestación de servicios de salud. Estas incluyeron el fortalecimiento de la estructura de administración de hospitales, la reorganización

de la oficina central del Ministerio, el fomento del desarrollo y la vigorización de los servicios de referencia entre diversos niveles de atención, y el adiestramiento de personal para administrar el sector salud.

Las actividades de descentralización del Ministerio han llevado a formar una fructífera red de establecimientos de salud con un mejor sistema de referencia, que da acceso razonable a un centro de atención primaria de salud a casi todos los jamaíquinos. La mayoría vive a una media hora de camino de un establecimiento de algún nivel de atención de salud. Sin embargo, la investigación indicó que cerca de un cuarto de la población busca atención médica en los hospitales. Se trabajó mucho por rehabilitar varios establecimientos del primero y segundo nivel de atención de salud.

Un plan provisional para el sector salud siguió guiando las prioridades de atención en Jamaica. En el plan del Ministerio se acentuaron la promoción de la buena salud y la nutrición; un mayor acceso a la atención de salud con mecanismos de referencia eficaces y participación del sector privado; la mejora de la calidad de la atención en los sectores público y privado; la expansión de la protección ambiental y la evacuación inocua de los desechos; la provisión de servicios eficientes de gestión de los recursos; el establecimiento de mecanismos adecuados de recuperación de costos; el fortalecimiento del marco de trabajo jurídico, y el acceso a instrumentos epidemiológicos y a la investigación para establecer programas prioritarios.

Los programas prioritarios del Gobierno también dedicaron atención preferente al establecimiento de un servicio integral de información de salud; a la creación de sistemas locales de salud; al mantenimiento de la infraestructura física; a la salud materno-infantil; a la nutrición; a los preparativos para casos de desastre; a la salud pública veterinaria incluida la inocuidad y protección de los alimentos; a la salud oral, y a la salud mental.

Durante 1992, la OPS/OMS siguió colaborando con el sector voluntario privado en la prestación de servicios de atención de salud y la movilización de la participación de la comuni-

dad. Como integrante del Comité Nacional de Educación para la Salud, la OPS/OMS y otras organizaciones miembros ayudaron a promover la salud por medio de la observancia de días nacionales de salud y actividades afines.

Los sistemas locales de salud se crearon y fortalecieron principalmente por medio de un proyecto de desarrollo del sector salud financiado por la AID (EUA) y administrado por la OPS/OMS. Con apoyo de la Organización se trabajó por introducir cambios estructurales y funcionales destinados a mejorar el uso eficiente y eficaz de los recursos locales y externos. El Gobierno se valió también de este proyecto para explorar programas de recuperación de costos adecuados y equitativamente formulados en el sector salud para poder distribuir mejor los costos financieros de los servicios de atención de salud. El personal de la Representación de la OPS/OMS en el País ofreció adiestramiento en administración en los centros de salud locales, y colaboró en la preparación del componente de comercialización social del proyecto de desarrollo del sector salud.

Durante 1992, el programa de nutrición del Ministerio de Salud recibió apoyo de la OPS/OMS e impartió enseñanzas a las madres y los niños como parte de su orientación hacia los grupos de alto riesgo. Se siguió trabajando por lograr apoyo para los pobres por medio de programas de merienda escolar, cupones para la compra de alimentos, y distribución de leche, arroz y harina de maíz a los dispensarios. Las actividades de educación sobre inmunización y control de las enfermedades diarreicas constituyeron una alta prioridad en el programa de salud materno-infantil y han ayudado a reducir el número de defunciones infantiles por enfermedades diarreicas. También se prestó más atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, en lo relativo a prevención y control y, en particular, a sus efectos para los ancianos.

La OPS/OMS colaboró con el Comité Nacional del SIDA en la promoción de estilos de vida sano, como parte de las actividades de prevención correspondientes. Por medio de la Organización se facilitaron materiales de promoción sobre el "Día Mundial sin Tabaco" y el

"Día Mundial de la Salud". Con arreglo al proyecto de iniciativas del sector salud, la Organización ayudó al Ministerio a preparar un componente de comercialización social.

La OPS/OMS siguió contribuyendo a avivar el interés en la sensibilidad con respecto al género. Colaboró con el Ministerio de Salud y una representante de la Oficina Nacional para la Mujer en la preparación de un proyecto regional sobre la salud de la mujer y el desarrollo. También discutió los asuntos de la mujer con el enfoque del marco lógico y ofreció apoyo para un seminario local celebrado antes del taller subregional que tuvo lugar en Trinidad y Tabago en octubre.

La OPS/OMS desempeñó una función decisiva en la consecución de un elevado monto de fondos extrapresupuestarios de la AID (EUA) y una subvención de la Oficina de Cooperación Internacional de la OMS. Además, la Organización sostuvo negociaciones con los Gobiernos de Italia y de los Países Bajos para financiar un proyecto de protección ambiental y fortalecer el sistema de administración de salud distrital, respectivamente.

Durante 1992 y con la colaboración de la OPS/OMS, el Gobierno proporcionó personal técnico para trabajar en Montserrat, las Islas Turcas y Caicos, y varios territorios pequeños del Caribe Oriental.

REPUBLICA DOMINICANA

La política de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social hace hincapié en la estrategia de atención primaria y tiene en cuenta las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización para 1991-1994. Los principales programas se orientan hacia el bienestar de las personas, el mejoramiento del medio ambiente y la promoción de la salud, y se basan en la descentralización de los servicios de salud, la participación social, la coordinación interinstitucional e inter e intrasectorial, y el desarrollo de la administración del conocimiento.

A mediados de año cambió el personal directivo de la Secretaría y tomó posesión de su cargo un nuevo Representante de la OPS/OMS, lo que influyó en el proceso de cooperación pero no afectó la calidad de las actividades realizadas. El Gobierno prestó considerable atención a los sectores de salud y educación, con la colaboración coordinada de los organismos del sistema de las Naciones Unidas, principalmente la FAO, el FNUAP, el PNUD, la OPS/OMS, el Programa Mundial de Alimentos y el UNICEF. Además, se amplió el ámbito de la cooperación externa que recibe el país, en particular con la Comunidad Económica Europea y los Gobiernos de España, Italia y Japón. Con apoyo de la OPS/OMS, las actividades de cooperación entre países tuvieron resultados satis-

factorios. La movilización de recursos nacionales siguió siendo una de las principales estrategias para la cooperación de la OPS/OMS. En este sentido se destacó la movilización de los recursos de las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales, los gobiernos municipales, los servicios privados de atención médica, así como las diversas instituciones públicas del sector salud y de otros sectores afines.

En el desarrollo de los servicios de salud se obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto a la sensibilización de las autoridades nacionales y de otros profesionales y técnicos de la salud respecto a las estrategias de atención primaria y desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Varios proyectos, entre ellos, el de salud, medio ambiente y lucha contra la pobreza en la provincia de Salcedo, contribuyeron al fortalecimiento de los principios de organización de los SILOS y la conceptualización de la salud como elemento clave para el desarrollo general de la sociedad.

Las actividades relacionadas con educación para la salud, comunicación social, control de la calidad de las técnicas de laboratorio, rehabilitación con base comunitaria, reestructuración psiquiátrica, protección radiológica, medicamentos esenciales, servicios de enfermería, acreditación hospitalaria y sistema de información ge-

rencial fueron realizadas con la colaboración de la OPS/OMS en apoyo a programas y prioridades enmarcados en las políticas de salud del país para 1992-1995. La Organización continuó dando apoyo a las actividades de los planes sectoriales de la Comisión Nacional para el Seguimiento de los Acuerdos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Particular énfasis se dio al control de las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades prevenibles por vacunas, que causan la mayor parte de la mortalidad y morbilidad de la población infantil.

En el campo de la nutrición se trabajó en el diseño, implantación y desarrollo del Instituto Dominicano de Alimentación y Nutrición, así como en los preparativos para la Conferencia Internacional sobre Nutrición.

Asimismo, las autoridades dieron gran impulso al desarrollo de la epidemiología a nivel local y lograron unificar los criterios y líneas de acción de los epidemiólogos regionales. Además, se hicieron planes para redimensionar, en ese mismo contexto, la importancia de la promoción de la salud y el control de las enfermedades crónicas y no transmisibles.

En cuanto a vigilancia y control de las zoonosis y la protección de alimentos se logró avanzar a nivel interinstitucional y multidisciplinario. Se progresó en la construcción, organización y funcionamiento del Laboratorio Veterinario Central; el mejoramiento de la calidad de los alimentos en las ventas callejeras; y las actividades de salud y turismo como resultado de la celebración del V Centenario del Descubrimiento de América. Se reintegró el grupo de estudio sobre ciguatera con el fin de llevar a cabo una investigación junto con la Universidad de Arizona (EUA) para conocer mejor el problema de la presencia de ciguatoxina en la carne de pescado.

La transmisión de la malaria continuó afectando a la población. Durante el año se avanzó en el control del dengue, pero aún no hay un programa nacional consistente con la importancia que tiene esta enfermedad en el país. Con la colaboración de la OPS/OPS, se logró brindar una mejor atención a los pacientes de tuberculosis mediante esquemas

de tratamiento intensivo y uso simultáneo de distintos medicamentos.

Las actividades de cooperación de la OPS/OMS programadas para 1992 en servicios públicos de abastecimiento de agua y saneamiento se cumplieron en un 95%. Se consolidaron en un solo plan integrado los planes decenales de las instituciones nacionales de agua y alcantarillado—Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado, Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo— y la Secretaría de Salud. Asimismo, se destacó el buen desenvolvimiento de los programas de desinfección del agua; la vigilancia del control de la calidad; la formación de recursos humanos; la construcción de nuevos acueductos rurales y sistemas de disposición sanitaria de excretas y aguas servidas; y la elaboración de proyectos para la movilización de recursos externos.

Se obtuvieron buenos resultados en el desarrollo de la capacidad nacional para la preparación de planes operativos, preventivos y de mitigación en casos de desastres naturales.

Conjuntamente con el Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA), la OPS/OMS prestó colaboración técnica por medio del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP) en el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos. Los mayores avances se lograron en la enseñanza de la salud pública, la planificación de la fuerza de trabajo en salud, la educación permanente y la formación de personal de salud. También se destacan las actividades conjuntas realizadas por la Organización y el Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud, el Grupo Estratégico de Enfermería y el Grupo de Desarrollo de Promotores de Salud. Además, la Organización colaboró en la preparación de la propuesta de planificación estratégica, la capacitación avanzada, el desarrollo del Núcleo Estratégico de Enseñanza de la Salud Pública, el programa de educación permanente en salud pública, el desarrollo del Centro de Documentación R. Lamarche, los programas locales de educación permanente y los trabajos con los Centros Docentes de Referencia.

SAINT KITTS Y NEVIS

El clima político se mantuvo estable, y el único factor que pudo haber afectado la prestación de la cooperación técnica de la OPS/OMS fue el nombramiento de un nuevo Secretario Permanente de Salud. Las políticas nacionales de salud se mantuvieron invariables y siguieron concentrándose en el desarrollo de recursos humanos. Entre las políticas del Ministerio de Salud se señalaron como prioridades la terminación del plan nacional de salud, una mejor administración de las instituciones de atención secundaria, la recuperación de los costos de esos servicios y la necesidad de racionalizar los límites de los distritos para fortalecer más el desarrollo del sistema distrital. Aunque la cobertura de los servicios de salud es razonablemente buena, el Ministerio de Salud ha reconocido la necesidad de estudiar la producción de los servicios y de formar personal especializado en servicios clínicos, como los de patología y oftalmología.

Los esfuerzos desplegados en el ámbito internacional han comprendido actividades bilaterales y multilaterales y trabajo ocasional con organizaciones no gubernamentales.

Durante el año la OPS/OMS prestó cooperación técnica en cuatro campos: desarrollo de los servicios de salud, salud ambiental, salud materno-infantil, y control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

El año comenzó con una gran cantidad de actividades relacionadas con el desarrollo de los servicios de salud. El objetivo principal fue el Hospital J.N. France, destruido por el huracán Hugo y que el Gobierno ha decidido rehabilitar con fondos de la Comunidad Económica Europea. La OPS/OMS apoyó la preparación de propuestas de renovación del hospital, incluso la racionalización de los servicios de internado. Sin embargo, quedaron pendientes la evaluación de los servicios

distritales y la terminación del plan de salud.

En materia de desarrollo y planificación de recursos humanos, se concedieron 66 meses-hombre de becas para estudios de planificación familiar, inspección de salud pública, farmacia y enfermería psiquiátrica. Se actualizó el perfil de alimentación y nutrición, al que se asignó prioridad. Se aplazó el fortalecimiento del sistema de vigilancia nutricional hasta 1993. El coordinador nacional del proyecto de sistemas de información financiado por el BID participó en el programa de adiestramiento subregional.

En el campo de la salud ambiental, la OPS/OMS colaboró en el fortalecimiento del programa de protección de los alimentos impartiendo enseñanzas a los vendedores ambulantes. No se tomó ninguna medida respecto de los desechos sólidos porque el Instituto de Salud Ambiental del Caribe ya había estado trabajando en un programa de mejoramiento de la gestión de esos desechos para el que se esperaba conseguir fondos del Banco Mundial. Se ha demorado la introducción de la tecnología basada en el uso de oxidantes mixtos, como parte del empeño por proporcionar agua potable a toda la isla. Está por terminar de prepararse la propuesta de un proyecto para el estudio de factibilidad del manejo de las aguas negras en Basseterre, que se presentará al Gobierno.

Con arreglo al proyecto de salud materno-infantil, se adiestró a seis funcionarios en técnicas de planificación familiar. Se pidió el equipo necesario para los servicios de atención perinatal. Por haberse demorado la reunión sobre la estrategia de salud materno-infantil no fue posible actualizar el plan nacional. El Programa Ampliado de Inmunización siguió administrándose razonablemente bien, alcanzando sus objetivos y haciendo lo posible por lograr las metas de erradicación de la poliomielitis y del sarampión.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

La situación política general se mantuvo estable y no hubo cambios importantes en el plan ni en las políticas nacionales de desarrollo.

El Gobierno ha hecho arreglos bilaterales y multilaterales para atender las necesidades de inversión de capital del sector salud. Aunque,

por lo común, los servicios de atención de salud ofrecen cobertura adecuada, se han efectuado estudios para examinar su productividad. El Gobierno sigue firme en su compromiso de preparar un plan de dotación de personal de salud.

Las mejoras físicas del Hospital General de Kingstown se realizarán con fondos de la Comunidad Económica Europea. La evaluación de las fases I y II del proyecto de mejora del hospital concluirá antes de iniciarse la fase III. Se restaurará el centro de salud de Barronallie por medio del proyecto subregional de fortalecimiento de los servicios de salud materno-infantil en el Caribe, financiado por el Gobierno de Italia. La modernización del centro de salud de Chateaubelair a fin de convertirlo en un hospital de distrito con seis camas será posible gracias a un acuerdo bilateral con el Gobierno de Francia que le dará apoyo.

Durante el año, la OPS/OMS prestó cooperación técnica en cuatro campos: desarrollo de los servicios de salud, salud materno-infantil, salud ambiental y enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. La prestación de servicios de cooperación técnica avanzó sin mayores contratiempos, fuera de la lentitud con que se inició el trabajo de salud materno-infantil.

Las principales estrategias en cuanto al proyecto de desarrollo de los servicios de salud, apoyado por la OPS/OMS, fueron la mejora de la administración del Hospital General de Kingstown, el desarrollo de recursos humanos, la movilización de recursos, la promoción de la salud y el fortalecimiento del sistema distrital.

La organización y el desarrollo del Hospital General de Kingstown comenzó con un análisis de la utilización de los servicios de atención a pacientes internos para el que se empleó el programa computadorizado de utilización de recursos creado por la OPS/OMS. En un estudio complementario se determinará si los casos admitidos deberían haberse atendido en los hospitales de distrito.

Se reconoció que el desarrollo de recursos humanos es un importante elemento para incrementar la eficacia del sistema de atención de salud. De conformidad con ello, la OPS/OMS apoyó el desarrollo de la capacidad nacional de

planificación de recursos humanos. Se adiestró al personal de los servicios de salud distritales en programación y planificación. Además, se concedieron 83 meses-hombre de becas en citología, manipulación de carne y otros alimentos, farmacología, enfermería dental, radiografía, educación para la salud, inspección de salud pública y dietética. Unos 15 funcionarios participaron en un taller sobre estadísticas vitales. Es de esperar que la participación de ese personal en un taller de preparación de proyectos, con la metodología del marco lógico, intensifique la movilización de recursos.

Con motivo de la preparación para la Conferencia Internacional sobre Nutrición, se trató de terminar el perfil de la situación alimentaria y nutricional; se postergaron las actividades de fortalecimiento del sistema de vigilancia nutricional.

En cuanto a salud ambiental, la OPS/OMS cooperó en la preparación de la propuesta de un proyecto de gestión de desechos sólidos presentado a la Agencia Británica de Desarrollo de Ultramar. Hay preocupación por la evacuación de excretas en los condados rurales. La Organización apoyó la utilización de letrinas de pozo con ventilación y se adiestró a especialistas en el medio ambiente en el diseño de esas letrinas. Varios funcionarios participaron en talleres subregionales sobre salud ocupacional y enseñanzas de higiene para la prevención del cólera. En vista de la epidemia de cólera y del creciente número de vendedores ambulantes, es preciso intensificar las actividades de protección de los alimentos.

El plan nacional de salud materno-infantil se actualizará después de la reunión con los coordinadores de ese campo, aplazada hasta 1993. Se inició un estudio retrospectivo de las causas de mortalidad y morbilidad materna, que terminará en 1993.

Se impartieron enseñanzas sobre el tratamiento de las infecciones respiratorias con la colaboración de la OPS/OMS.

En lo que se refiere al desarrollo de los servicios de salud, la OPS/OMS prestó apoyo para fortalecer la administración de pabellones y dos funcionarios nacionales participaron en la reunión subregional sobre garantía de la calidad. La puesta en práctica del sistema de clasificación de pacientes se aceleró con el nombramiento de

un coordinador nacional en septiembre. Varios funcionarios nacionales participaron en todas las reuniones subregionales programadas.

La ejecución del programa de control de

enfermedades de transmisión sexual/SIDA excedió del monto fijado en el presupuesto de la OPS y recibió apoyo complementario de varias organizaciones no gubernamentales.

SANTA LUCIA

Durante el año se reeligió el Gobierno por otro período de cinco años, cambió el Ministro de Salud y aumentó el número de mujeres en cargos ministeriales.

El Gobierno reiteró el vínculo de la salud con el desarrollo nacional. La mejora del sistema de atención de salud se basa en el uso de la atención primaria, y uno de los objetivos es mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud de niveles secundario y terciario. En las políticas de salud se recalcaron la administración y la recuperación de costos en las instituciones de atención secundaria. En el importante campo de los recursos humanos, el Gobierno se comprometió a seguir un eficaz sistema de administración que sea responsable, progresivo y funcional.

La cooperación técnica de la OPS/OMS se prestó en cuatro campos, a saber, desarrollo de los servicios de salud, salud ambiental, salud materno-infantil, y prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Las metas de la cooperación técnica para el desarrollo de los servicios de salud incluyeron mejora de la administración del Hospital Victoria, desarrollo de recursos humanos, evaluación de los sistemas distritales de salud, fortalecimiento de la administración de los servicios de salud comunitarios, y terminación del perfil de alimentación y nutrición del país.

El coordinador nacional del proyecto financiado por el BID, que se destina a mejorar los sistemas de información comunitarios, terminó la capacitación indispensable, y se acabó de preparar un plan para realizar un detallado análisis de sistemas en Santa Lucía.

La Organización apoyó el desarrollo y la ejecución de un plan administrativo para el Hospital Victoria, que incluyó una propuesta

de recuperación de costos. Se inició el proyecto de mejora de la eficiencia de la administración de pabellones.

En cuanto al desarrollo de recursos humanos, se concedieron 41 meses-hombre de becas en microbiología, radiología, inspección de la carne de res y de aves, fisioterapia, enfermería especializada en atención familiar y educación en enfermería.

En materia de salud ambiental, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en la protección de los alimentos, el control de la esquistosomiasis y el sistema de información sobre salud ambiental. A pedido del Gobierno, el proyecto de esquistosomiasis recibió menos atención en un principio, pero al avanzar el año aumentó el trabajo con el fortalecimiento del sistema de vigilancia. En cuanto a protección de los alimentos, la OPS/OMS colaboró en el adiestramiento de un inspector y la actualización del perfil de nutrición, como parte de los preparativos para la Conferencia Internacional sobre Nutrición. Una persona participó en la reunión subregional de salud ocupacional. A fines del año estaba en preparación el Sistema de Información sobre Salud Ambiental, en colaboración con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe.

En el campo de la salud materno-infantil, la Organización colaboró con el Ministerio de Salud en la revisión de los servicios neonatales, la actualización de los médicos y enfermeras en atención neonatal y el uso del equipo más moderno; también apoyó un estudio sobre las causas de mortalidad perinatal. En el Programa Ampliado de Inmunización, la OPS/OMS apoyó la movilización de recursos para ayudar a ejecutar el plan de acción de dicho programa.

El control de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, ha procedido de

acuerdo con las actividades programadas. La Organización apoyó cuatro elementos: administración, gestión y evaluación; prevención de la transmisión sanguínea; prevención de la transmisión sexual, y prevención y control de la transmisión perinatal. El principal punto de enfoque fue la modificación de la conducta de los jóvenes.

Las autoridades nacionales realizaron una

reunión de evaluación junto con la OPS/OMS en la que examinaron la cooperación técnica prestada en los últimos cuatro años y definieron las futuras prioridades de cooperación técnica de la Organización. Estas consisten en servicios comunitarios de abastecimiento de agua, protección de los alimentos, salud ocupacional, salud maternoinfantil y adiestramiento en gerencia para administradores de niveles alto e intermedio.

SURINAME

La situación política general se mantuvo estable durante todo el año. En agosto, el Presidente de la República firmó un tratado de paz con el que terminaron oficialmente las hostilidades en el país, a raíz de lo cual regresaron más de 4 000 personas que habían estado exiliadas en la Guayana Francesa por varios años.

En la política nacional de salud se siguió acentuando la atención primaria mediante el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Después de una evaluación amplia y muy crítica del Servicio Regional de Salud, realizada con la colaboración de la OPS/OMS, el Gobierno podría reestructurar fundamentalmente dicha dependencia para atender en la debida forma las necesidades locales de atención primaria de salud. Al finalizar el año, el Gobierno había formulado recomendaciones concretas para poner en práctica estrictas medidas de contención y recuperación de costos, establecer un programa de adiestramiento de emergencia para los trabajadores de salud que perdieron el empleo como resultado del programa de ajuste estructural, reestructurar la formación de médicos y enfermeras, y establecer programas de capacitación en salud pública. También se desplegó un magno esfuerzo para fortalecer toda la capacidad administrativa del sector salud y comenzar a emplear sistemas de información gerencial.

El programa de cooperación técnica de la OPS/OMS fue vigoroso, pese a la crisis económica de Suriname, la pérdida de personal experto en el sector salud y el inminente programa de ajuste estructural.

La aparición del cólera a comienzos de 1992

generó una intensa y amplia respuesta nacional. Se seleccionó personal clínico para recibir adiestramiento especial; un experto en el tratamiento de enfermedades diarreicas efectuó extensas actividades de capacitación; se elaboraron y financiaron dos anteproyectos de lucha contra la enfermedad; se preparó y lanzó una intensa campaña educativa; se realizaron más de 25 talleres; se celebraron reuniones fronterizas con los países vecinos; la OPS/OMS y la Oficina de Salud Pública participaron en un simulacro en Guyana; se adiestró personal de laboratorio, y se compró equipo. El Ministerio de Salud, la Empresa de Acueducto de Suriname y la OPS/OMS trabajaron juntos para establecer medidas adecuadas de prevención y control del cólera. Además, a pedido del Gobierno, la OPS/OMS coordinó la respuesta internacional y formó parte del equipo nacional de respuesta a la crisis ocasionada por esa enfermedad. Cuando se produjo el brote, se controló y limitó.

La OPS/OMS colaboró en la preparación de un anteproyecto para ayudar a fortalecer la infraestructura física de todas las clínicas locales y a proveerles el equipo básico. Se presentó al Gobierno de Francia un anteproyecto para establecer servicios de atención primaria en la región de Marowijne, en el que se abordaron principalmente los problemas de salud de los muchos refugiados que regresaron al país. La OPS/OMS colaboró también con el UNICEF y el Gobierno en la preparación de un anteproyecto para fortalecer la prestación de servicios de atención primaria de salud en el Servicio Regional de Salud, cuyo financiamiento ascen-

dió a US\$ 300 000. Además, apoyó la participación de dos funcionarios públicos en una reunión sobre sistemas locales de salud que se celebró en Washington, D.C.

La atención materno-infantil siguió siendo una prioridad nacional objeto de gran atención. Se adiestró a un funcionario de salud en el CLAP, y un especialista de ese Centro ayudó a restablecer el programa nacional de perinatología. Se realizaron sesiones de adiestramiento en planificación y programación de nuevo personal, y se celebró un taller sobre desarrollo de proyectos. Como parte del programa de ajuste estructural, el Comité Nacional de Alimentación y Nutrición, con la cooperación de la OPS/OMS, preparó un anteproyecto y realizó dos talleres nacionales de nutrición y preparación de alimentos. También se desplegó un magno esfuerzo para preparar una campaña nacional sobre lactancia materna. Con el fin de llegar a un público más amplio, se inició un programa de televisión y se imprimieron y distribuyeron más de 10 000 folletos informativos. El Programa Ampliado de Inmunización siguió funcionando con apoyo de la OPS/OMS, pese a algunos reveses ocasionados por la pérdida de personal. Se adiestró a un funcionario nacional de salud por dos semanas en el Centro de Epidemiología del Caribe y otros dos asistieron a la reunión de administradores del PAI.

En materia de salud ambiental, la cooperación técnica de la OPS/OMS siguió centrándose en abastecimiento de agua y saneamiento. Según lo dicho antes, se prestó particular atención a los preparativos para el combate y la prevención del cólera. La OPS/OMS apoyó a la Empresa de Acueducto de Suriname en la ampliación de su capacidad de bombeo de agua y la implantación de un sistema de cloración, y proporcionó asistencia en la construcción, para fines de demostración, de una letrina de pozo mejorada con ventilación, apropiada para zonas de bajos ingresos, así como en el diseño preliminar de un sistema de estanques de estabilización de desechos para el tratamiento de aguas negras. En lo que respecta a desechos sólidos, la OPS/OMS ayudó a redactar un anteproyecto que entrañó participación de la comunidad y otro

para crear un sistema de evacuación de desechos sólidos en el aeropuerto internacional de Suriname. La Organización contribuyó a establecer un nuevo currículo de salud ambiental para los estudiantes de medicina, que se incorporó más tarde al programa de adiestramiento básico. Se preparó un amplio informe sobre la reorganización de la División de Salud Ambiental de la Oficina de Salud Pública. La OPS/OMS colaboró con la Asociación de Estudiantes de Medicina en la realización de una encuesta sobre la salud de los trabajadores del país y la presentación de sus resultados en un simposio de un día. La Organización discutió con el Ministerio de Trabajo los planes para adoptar un enfoque conjunto respecto a la salud de los trabajadores, y apoyó la realización de un amplio estudio sobre desechos industriales y salud ocupacional a lo largo del canal de Saramacca. Proporcionó también apoyo financiero a los funcionarios nacionales que asistieron al taller de salud ocupacional celebrado en Barbados y a la primera conferencia anual sobre el agua y las aguas residuales en el Caribe, que tuvo lugar en Trinidad.

En materia de control de enfermedades transmisibles, el dinámico esfuerzo de la OPS/OMS facilitó la renovación del financiamiento para el programa de control de la lepra. Durante el año, la Organización colaboró en varias actividades realizadas para apoyar el programa de control de la lepra establecido en el país en 1990 con su asistencia. Se puso en práctica un sistema nacional de registro de lepra, se realizó una reunión con Guyana para compartir información sobre los problemas de salud de la frontera y se celebraron varios talleres sobre el tema.

El programa de control de vectores también recibió gran apoyo de la OPS/OMS. Se adiestró a un funcionario de salud en control biológico de vectores, y un especialista de la OPS/OMS examinó la situación de malaria y el programa de control de vectores. Como resultado, se revisó una propuesta para el control del dengue, presentada luego al Ministerio para financiamiento.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, Suriname siguió introduciendo un vigoroso programa nacional con la cooperación técnica de la OPS/OMS, y existían

planes para integrar el programa al Servicio Regional de Salud.

En el campo de las enfermedades crónicas se realizaron investigaciones sobre la importancia de un estilo de vida sano para la salud, y se examinaron los patrones de nutrición, alimentación y ejercicio de Suriname. Dentro del Servicio Regional de Salud se realizó una campaña piloto de educación popular sobre hipertensión y diabetes. Durante el año, la OPS/OMS colaboró también con la Fundación Nacional de la Diabetes y trabajó en un estudio sobre hepatitis.

En lo que respecta a recursos humanos, el Gobierno estableció un banco nacional de datos de recursos humanos, con la colaboración de la OPS/OMS, y se preparó un importante anteproyecto de fortalecimiento institucional de las

actividades de capacitación de personal de salud en Suriname. La propuesta fue objeto de un intenso debate en el ámbito nacional y, finalmente, recibió apoyo unánime. El personal de salud asistió a cursos cortos de adiestramiento y recibió dos becas de estudio de tiempo completo. Se preparó una propuesta preliminar para reorientar al personal de nivel intermedio trasladado por cambios orgánicos o egreso prematuro de la facultad de medicina.

La OPS/OMS apoyó mucho el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de administración e información sobre salud. También preparó un seminario sobre atención hospitalaria en épocas de ajuste estructural, cuya realización estaba prevista para febrero de 1993.

TRINIDAD Y TABAGO

El documento de política titulado "Reestructuración para la Independencia Económica, Marco de Macroplanificación a Mediano Plazo, 1989-1995" siguió orientando las actividades del sector salud. Las prioridades nacionales de salud consideradas en el documento se refieren a la accesibilidad financiera, igualdad y eficiencia de los servicios de salud; la promoción de un estilo de vida sano; la responsabilidad individual y colectiva; el acceso a la atención básica; la promoción de la atención de salud preventiva, y la reducción de los problemas de salud ambiental (en particular, de los relacionados con los peligros industriales).

Los objetivos de política del sector salud identificados durante la tercera evaluación conjunta de la cooperación técnica de la Organización en Trinidad y Tabago, hecha por la OPS/OMS y las autoridades nacionales, fueron la calidad de la atención de salud a un costo que esté al alcance de los usuarios; la reducción de las cargas financieras para el Fisco y la población, y una mayor igualdad en la asignación y el uso de recursos de salud. De importancia crítica para el logro de esos objetivos es el proyecto de reforma del sector salud financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Esta actividad incluye

la creación de un programa nacional de seguro de salud y la puesta en servicio del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, así como la conclusión del análisis para orientar la formulación de política. Se seleccionaron consultores externos y se identificaron homólogos nacionales para iniciar este programa en 1993.

El Ministerio de Salud prosiguió con su programa de reorganización, con objeto de dejar de ser una entidad ejecutiva centralizada y convertirse en un órgano de adopción de decisiones y vigilancia dentro de un sistema descentralizado. Se siguió haciendo hincapié en la atención primaria de salud. La cooperación técnica de la OPS/OMS en este campo se orientó hacia el establecimiento de normas y procedimientos y la capacitación de personal para desempeñar las nuevas funciones. Dicho proyecto complementa al del BID y se prevé su ampliación al ejecutarse este último.

Se crearon altos cargos para fortalecer la capacidad orgánica y administrativa en los dos hospitales; esa actividad mejoró con una beca de estudios de administración de hospitales, concedida por la OPS/OMS.

En las recomendaciones emanadas de la revisión conjunta se abordaron las necesidades

prioritarias y se solicitó el futuro apoyo de la Organización para el trabajo de protección ambiental, incluso control de vectores; alimentación y nutrición; prevención y control del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; salud materno-infantil; control de enfermedades crónicas, y fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud.

Como resultado de un cambio en las prioridades nacionales de salud por parte del nuevo Gobierno, a mediados del año hubo que reprogramar la cooperación técnica de la Organización. Con la colaboración de la OPS/OMS se preparó un plan para formar un Organismo Nacional de Ordenación del Medio Ambiente, y comenzaron los trabajos para la reformulación del Centro Nacional de Información Ambiental. Se instalaron sistemas piloto de información sobre gestión de la salud ambiental en dos condados.

Se celebró un taller para sensibilizar a la comunidad artística de su función de socio en la comunicación social relacionada con las enseñanzas de salud ambiental a la población; está en preparación un video sobre la estrategia nacional de conservación para apoyar los programas de educación.

Concluyó el proyecto de asistencia a la Administración de Agua y Alcantarillado (WASA), en que se prestan servicios comunitarios de abastecimiento de agua y saneamiento. El resultado más importante fue el fortalecimiento del centro de capacitación de la WASA. También comenzaron los trabajos relacionados con un plan de preparativos para el control del cólera a mediano plazo. La OPS/OMS apoyó asimismo la ejecución de dos talleres subregionales, uno sobre la calidad del agua potable y el otro sobre enseñanzas de higiene para reducir el riesgo del cólera. Se estableció un programa de inocuidad de las sustancias químicas para el sector de abastecimiento de agua.

Hubo mucha actividad en materia de control de vectores. Se realizaron estudios básicos de entomología como parte de un proyecto de desagüe para el control de los mosquitos en Tabago, y una evaluación de las necesidades de un laboratorio de insectos vectores, también en Tabago. Con arreglo al proyecto subregional de

enfermedades transmitidas por vectores, se adiestró a una persona en control de vectores, en la comunidad, se formó un comité nacional de proyectos y se hicieron planes para la ejecución de proyectos en 1993. Además, se instaló un sistema computadorizado de información sobre insectos vectores.

Muchas actividades del proyecto se concentraron en los sistemas de información para la administración y el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica. Estos son de importancia crítica para las propuestas destinadas a incrementar la planificación y administración en los sistemas locales de salud.

Se enseñó al personal de salud de los condados a usar programas computadorizados para el trabajo relacionado con la vigilancia de las enfermedades diarreicas y el sarampión, los datos de natalidad y el Programa Ampliado de Inmunización. Todos los condados han ejecutado diversas partes del trabajo del sistema. Además, el personal de la División de Salud Pública Veterinaria recibió adiestramiento en vigilancia analítica y aplicaciones de la computación, y se establecieron las bases para los sistemas de vigilancia de la salud dental y de información para la administración.

Se introdujo el sistema de vigilancia epidemiológica para apoyar el plan de acción para el control del cólera. El personal de laboratorio recibió enseñanzas sobre la identificación de vibriones y está en marcha el programa de educación pública para prevenir y combatir la enfermedad.

Se siguió haciendo todo lo posible por institucionalizar un sistema de información para la administración destinado a mejorar la atención hospitalaria y a estimar sus costos unitarios. Una revisión demostró la necesidad de establecer un sistema de mantenimiento de fichas médicas antes de que comience a funcionar el sistema de información citado. En consecuencia, la cooperación técnica pasó a atender en especial este aspecto.

Se prestó apoyo complementario para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud por medio de la capacitación del personal de los condados y distritos en planificación, progra-

mación, evaluación y preparación de presupuestos. Los ejercicios presupuestarios exigirán más apoyo, a medida que se delegue la creciente responsabilidad del control de gastos a los grupos de los condados.

En lo que respecta al desarrollo de recursos humanos, el programa de becas apoyado por la OPS/OMS se ejecutó a cabalidad y se concentró en salud ambiental y pública, administración de hospitales y de enfermería, e inocuidad de los alimentos (análisis de residuos de antibióticos y otros medicamentos en la carne).

En materia de enfermedades crónicas, la OPS/OMS colaboró con las autoridades nacionales en la movilización de apoyo financiero para el establecimiento de una sociedad de registro de cáncer, un taller para el personal médico de los condados y distritos, y la preparación y producción de material didáctico en la comunidad sobre estilos de vida sanos. A fines del año se estaba preparando el programa de promoción de la salud de los adolescentes, que trata, en particular, del abuso de sustancias, embarazo en adolescentes, autoestima y enfermedades de transmisión sexual, con la cooperación de la División de Educación para la Salud y el Ministerio de Educación. Un grupo de jóvenes elaboró material educativo sobre abuso de sustancias.

Las actividades de promoción de la salud continuaron con la tercera exposición sobre estilos de vida sanos, una carrera por diversión de 5 km y una caminata de 4 km en observancia del Día Mundial de la Salud. Esta fructífera actividad recibió amplia cobertura en los medios de comunicación.

La Organización cooperó en la revisión de las políticas de salud vigentes, la preparación de un nuevo plan de salud y el adiestramiento del personal de la unidad de planificación y de las autoridades médicas nacionales en el uso del enfoque del marco lógico para el desarrollo de proyectos. Se proporcionó un modelo computadorizado para la creación de un banco de datos con miras a planear la utilización de recursos humanos de una forma más eficaz.

Otros resultados alcanzados tuvieron que ver con el establecimiento de un sistema de clasificación de pacientes, la enseñanza de modernas meto-

dologías de examen a los instructores y la capacitación de administradores de enfermería. El sistema de clasificación de pacientes, por medio del cual se puede determinar la carga de trabajo empleada para asignación del personal, se ha introducido en los hospitales y, hasta cierto punto, en la comunidad. También comenzó la recolección de información para un banco de datos de recursos humanos en enfermería.

La prevención de la transmisión del VIH siguió constituyendo una prioridad nacional; sin embargo, este año se asignó más importancia a la reducción del impacto que tiene la infección por el VIH en los individuos y la sociedad. La OPS/OMS cooperó con el Gobierno en el fortalecimiento del programa de control del VIH/SIDA, particularmente en lo que respecta a los programas de prevención orientados hacia los adolescentes. La Organización colaboró también en la labor de impartir enseñanzas a maestros, personal de salud, padres de familia y consejeros adolescentes para difusión de información, orientación sobre el VIH/SIDA y atención de pacientes. Los medios de información ayudaron a mantener al público muy al corriente de la infección por el VIH y del SIDA. La instauración de la Fundación del SIDA, una organización no gubernamental, contribuyó mucho a crear conciencia pública sobre el efecto de la enfermedad en los individuos y la sociedad. La OPS/OMS colaboró con algunas organizaciones no gubernamentales por medio de asistencia técnica directa, producción de material educativo para las personas infectadas por el VIH y movilización de recursos para el adiestramiento de las encargadas de prestar atención.

La cooperación técnica en salud maternoinfantil se limitó al adiestramiento en la toma de medidas antropométricas a los niños de edad escolar, la sensibilización de las organizaciones no gubernamentales con respecto a los principales asuntos y programas de salud infantil, y el suministro de información actualizada sobre enfermedades diarreicas a las enfermeras y los médicos.

Se siguió prestando asistencia para vacunas con arreglo al Programa Ampliado de Inmunización. Se designó un "Mes de Inmunización" para fortalecer el impulso dado a la administra-

ción de antígenos contra el sarampión y otras enfermedades.

Se ha instalado un banco de datos en la Representación de la OPS/OMS para planear y vigilar las becas e identificar a candidatos para consultas a corto plazo.

Se realizó un proyecto de cooperación técnica entre Barbados y Trinidad y Tabago para mejorar la gestión de las existencias de medica-

mentos en el país. Se analizó la situación actual en lo que respecta a políticas, la estructura de las divisiones y el estado del formulario de medicamentos de uso corriente en Trinidad y Tabago. Este proyecto complementa las actividades del proyecto de la OPS/OMS y se destina a mejorar la gestión de las existencias de medicamentos y a fomentar la eficiencia de su empleo.

CENTROAMERICA

INICIATIVA DE SALUD DE CENTROAMERICA

La Iniciativa de Salud de Centroamérica continuó siendo un importante elemento para la cooperación externa, la igualdad social y la integración regional. En 1992, el sector salud de la subregión se unió y contribuyó al movimiento para la paz. El histórico acuerdo de paz concertado entre el Gobierno de El Salvador y el FMLN en representación de las fuerzas opositoras combatientes, y en el que las Naciones Unidas actuó como moderadora, trajo consigo la necesidad urgente de prestar varios servicios de salud entre las fuerzas desmovilizadas. Todas las partes interesadas solicitaron a la OPS que coordinara la prestación de esos servicios.

En 1992 hubo dos Cumbres Presidenciales en las que la OPS/OMS participó como observadora y dio apoyo a los respectivos Ministros de Salud. La Organización preparó presentaciones y documentos bajo los auspicios de la Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) y del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, que fueron sometidos a las reuniones Cumbre.

En la Cumbre de Managua, en junio, los Presidentes reafirmaron su apoyo a la segunda fase de la Iniciativa "Salud y paz hacia el desarrollo y la democracia"; recomendaron la puesta en marcha de las propuestas del Consejo de Ministros de Salud apoyadas por la OPS/OMS en el marco de trabajo de la VIII RESSCA, entre ellas la eliminación del sarampión, y pidieron al Consejo de Ministros de Salud que preparara un

plan para combatir el cólera y que estableciera un Sistema Subregional de Vigilancia Epidemiológica en Centroamérica.

En la VIII RESSCA que tuvo lugar en San Salvador en agosto, los Ministros acordaron tomar medidas en función de las preocupaciones presidenciales relativas al mencionado sistema epidemiológico y a la eliminación del sarampión. Se aprobaron resoluciones que enfatizan la importancia de la Iniciativa e instan a la acción a fin de movilizar los recursos para sus cuatro áreas prioritarias: infraestructura de salud, promoción de la salud y control de enfermedades, atención de salud de grupos especiales, y salud y ambiente. También se hizo hincapié en la función que corresponde al sector salud en otros esfuerzos para el desarrollo social, tales como gestión de salud, cooperación en zonas fronterizas, preparación para desastres, protección del ambiente y seguridad social.

En los informes presentados durante la Cumbre Presidencial celebrada en Panamá en diciembre se revisó la ejecución exitosa de la primera fase del plan para eliminar el sarampión de Centroamérica, que se centró en todos los niños de edad escolar. Posteriormente a las discusiones de la RESSCA la OPS/OMS participó en la preparación de una propuesta para constituir un Consejo Superior de Instituciones de Seguridad Social, tal como se estableció en la Cumbre.

En términos de la coordinación general de la Iniciativa, la OPS/OMS colaboró en la or-

ganización de dos reuniones regionales de Directores Generales de Salud de los Ministerios, inclusive una sesión preparatoria en julio para la reunión de la RESSCA en la que participaron los directores médicos de las instituciones de seguridad social.

La Organización firmó un acuerdo especial con el Parlamento Centroamericano para proporcionarle información y consultoría técnica en asuntos de salud. También trabajó con el grupo ad hoc de las Naciones Unidas para El Salvador, conocido como ONUSAL, que se estableció en el Acuerdo de Paz de Chapultepec (México) el 16 de enero de 1992 con el fin de asegurar que se cumplirían adecuadamente las condiciones del acuerdo. Con financiamiento externo proveniente de los Estados Unidos de América, Japón y Suecia, la OPS/OMS coordinó la entrega de servicios de salud de urgencia en los 18 campamentos que se establecieron para facilitar la desmovilización de las fuerzas combatientes y la reintegración de sus miembros a la sociedad. Subsecuentemente, con apoyo de Suecia se proporcionó tratamiento médico especializado a los excombatientes con problemas de salud relacionados con la lucha armada, así como atención quirúrgica especializada. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, las organizaciones no gubernamentales locales y la "Fundación 16 de enero" participaron activamente en este proceso.

Durante el año se lograron progresos importantes en cada una de las cuatro áreas prioritarias de la Iniciativa. En lo que respecta a infraestructura de salud, con la adopción de la estrategia de descentralización y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) se logró adelantar las actividades en la subregión. A pesar de que cada país tiene sus características particulares, los principios fundamentales de los SILOS se observan en cada uno de los sistemas nacionales. Los países miembros de la Iniciativa dieron cuenta de sus respectivas experiencias al respecto en una reunión regional realizada en Nicaragua en noviembre. Costa Rica ha organizado siete regiones de salud con 90 SILOS que atienden aproximadamente entre 95 y 98% de la población. Nicaragua tiene 19 SILOS que prestan servicio a cerca de 95% de la población; el

SILOS de ese país que opera en la Región Costera Autónoma del Atlántico Norte con el apoyo de Noruega, completó su sistema de agua, proporcionó servicios de salud y continuó dando lecciones relacionadas con el fortalecimiento de la autonomía administrativa local. Los 24 SILOS de Guatemala sirven actualmente a cerca de 40% de la población.

La primera fase del Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos, que cuenta con fondos del Gobierno de Dinamarca y se realiza con la colaboración de PASCAP, recibió una evaluación favorable y se empezó a preparar un nuevo acuerdo. El consorcio sobre tecnología en Centroamérica preparó varios programas en colaboración para desarrollar y compartir nueva tecnología de salud. El proyecto de gestión para el desarrollo, que cuenta con fondos del PNUD, completó su primera fase, y se preparó el acuerdo para otro proyecto de varios años. A raíz de la conclusión exitosa de la primera fase, la OPS/OMS auspició la realización de nuevas actividades en el proyecto subregional de mantenimiento de equipo financiado por el Gobierno de los Países Bajos.

En cuanto a promoción de la salud y control de enfermedades, con la aparición del cólera en Costa Rica y Belice, a principios de 1992, la epidemia se extendió a todos los países de Centroamérica. Consultas subregionales previas, y el compromiso de los gobiernos nacionales y de los donantes internacionales a través de la Iniciativa, permitieron a los países hacerle frente a la amenaza. A finales del año se habían registrado 32 000 casos y 437 defunciones. Con fondos del Gobierno de Suecia se realizaron actividades conjuntas en El Salvador y Honduras en zonas fronterizas afectadas por el final del conflicto y por el dictamen de la Corte Internacional de Justicia sobre parte de la frontera entre los dos países. La Iniciativa proporcionó un mecanismo para establecer acciones conjuntas de capacitación, vigilancia epidemiológica, e información e intercambio de medicamentos y otros suministros.

Las actividades de control de la malaria prosiguieron con el proceso de descentralización, dentro de la estructura de los SILOS, para incluir la participación de la comunidad y permitir su viabilidad en el futuro. Por primera vez

el programa, que recibe el apoyo financiero del Gobierno de Suecia, funcionaba en cada uno de los países del Istmo. Con el apoyo del Gobierno de Finlandia, también se realizaron esfuerzos especiales para el control de la malaria en las zonas fronterizas de Honduras y Nicaragua, y de Costa Rica y Nicaragua. El proyecto de control de la malaria en las fronteras ya ha dado lugar a proyectos similares trinacionales de lucha contra el dengue en las fronteras entre El Salvador, Guatemala y Honduras, y a una serie de actividades conjuntas entre Belice, Costa Rica y Panamá, y entre Guatemala y México. Se constituyó una junta trinacional de salud en la frontera con participación de Belice, Guatemala y México para dar apoyo a la participación ciudadana en las actividades de promoción de la salud pública.

En lo que respecta a la atención de salud de grupos especiales, la consecución de la meta de eliminar el sarampión en Centroamérica para 1997, que recibió el apoyo de los Presidentes de América Central, dio motivo a un esfuerzo masivo de vacunación en cada uno de los países en la segunda mitad del año. La campaña, que tiene el propósito de inmunizar a todos los niños en edad escolar, fue coordinada por la OPS/OMS y recibió fondos del Gobierno de Suecia, que también apoyará el programa en 1993. El Gobierno del Brasil contribuyó con vacunas y los propios países sufragaron la mayor parte de los costos. El Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE), que cuenta con fondos del Gobierno de Italia a través del PNUD, incrementó sus actividades durante el año en casi todos los países. El énfasis en los servicios de salud, y en agua y saneamiento, se amplió para incluir la salud mental y la rehabilitación física relacionadas con lesionados de guerra en varios de los países. Durante el año comenzó un proyecto regional de salud materno-infantil con fondos de la Comunidad Económica Europea. En la VIII RESSCA se firmó el acuerdo relativo al proyecto de salud materno-infantil con cada uno de los Ministros de Salud de la subregión. Se continuará con la primera fase del proyecto, que durará cinco años.

En cuanto a la salud y el medio ambiente, durante 1992 se produjeron avances significativos en la Iniciativa. El proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), que cuenta con apoyo de Noruega y de Suecia y es administrado por la OPS/OMS, celebró su primera consulta con los Ministros de Salud y responsables de la protección del medio ambiente de todos los países. La Primera Reunión Centroamericana sobre Ecología y Salud (ECOSAL I), realizada en El Salvador en septiembre, fue la primera reunión internacional que dio impulso a las resoluciones adoptadas por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en Río de Janeiro (Agenda 21). De la consulta emanó una declaración conjunta y el compromiso de planes nacionales de acción. La OPS/OMS sometió un plan de acción sobre ecología y salud para Centroamérica en el año 2000, que fue de gran importancia para la consulta. Continuaron los trabajos del proyecto PROQUIM, con fondos del Gobierno de Finlandia, que permite que los sistemas de agua hagan frente a la amenaza del cólera al aumentar el suministro de productos químicos críticos que se utilizan para desinfectar esos sistemas.

Con la aprobación por parte del Gobierno de Suecia del segundo gran componente de MASICA, se logró apoyo adicional para la promoción del consumo de agua potable y saneamiento adecuado. Este componente, denominado PROAGUA, consiste de un proyecto de varios años que tiene el propósito de apoyar a los Gobiernos de la subregión a disponer de agua potable limpia y saneamiento adecuado. El PROAGUA incluirá todos los aspectos relacionados con el abastecimiento adecuado del agua y la vigilancia de la calidad del agua potable. Este aspecto es vital para reducir la incidencia de las infecciones intestinales, que se encuentran entre las cinco causas principales de mortalidad en los niños menores de 5 años.

También se realizaron esfuerzos por medio de la Iniciativa para mejorar el saneamiento urbano y la disposición de desechos, y para coordinar las actividades de la Región en materia de promoción de la salud de los trabajadores.

BELICE

El país ha seguido disfrutando de un gobierno sumamente estable. Las relaciones con otros países centroamericanos, México y las naciones de CARICOM son amistosas. Belice ingresó al BID en 1992.

Una quinta parte de la población total inmigró al país en los últimos 10 años, y eso ha sido una carga para los sectores sociales, a pesar de los beneficios de un proyecto multisectorial de ayuda para instalación de los extranjeros, realizado con financiamiento multilateral.

No se ha modificado el plan de desarrollo para 1990-1994, en que se reconoce que el crecimiento económico no se traduce necesariamente en mejoras del bienestar humano. En consecuencia, es indispensable formular iniciativas de política social firmes para lograr ese fin.

El Gobierno ha establecido un Departamento del Medio Ambiente dentro de su Ministerio de Turismo. El "ecoturismo" es una importante fuente de dinero y trabajo.

La pandemia del cólera llegó a Belice en 1992 y obligó a asignar mayor prioridad a las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento. Por fortuna, las medidas preventivas impidieron la propagación de la enfermedad que, hasta ahora, se ha limitado solo a unos pocos casos.

En cuanto a otros problemas de salud, aumentó la incidencia de la malaria y de la infección por el VIH/SIDA. Se ha reconocido que el abuso de drogas y la intensificación de la violencia son importantes asuntos de salud pública.

Se ha aceptado la necesidad de reorganizar los servicios de salud y mejorar las prácticas administrativas para atender las necesidades del país y se ha creado un programa estructurado para lograrlo.

La construcción del nuevo hospital de la ciudad de Belice finalizará en 1994. Se recibió apoyo financiero para mejoras en el hospital de Belmopán y para la reconstrucción del hospital de Dangriga.

Se han seguido formando profesionales de

salud pública en el exterior. Las nuevas leyes permitieron superar algunos de los obstáculos para la práctica de la medicina, lo que tal vez aumentará el número de médicos. No obstante, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud en cooperación con la OPS/OMS, el principal problema de recursos humanos es la falta de enfermeras diplomadas. La demanda de servicios profesionales, médicos y especialistas, se atiende hoy en día con personal extranjero contratado por un plazo limitado.

La mayoría de los gastos de capital del sector público, y parte de los correspondientes a los servicios de atención primaria de salud y a los programas de salud preventiva, control de vectores y saneamiento ambiental, se sufragan con financiamiento externo; sin embargo, la coordinación entre los donantes ha sido insuficiente. Entre los contribuyentes de importancia cabe citar a China (Taiwán), México, los Países Bajos, los Estados Unidos de América, el Mercado Común Europeo, el UNICEF y la OPS/OMS. En el futuro puede reducirse la cooperación prestada por la AID (EUA) al sector salud y, de ser así, este tendrá dificultades para sufragar su gasto creciente. La asistencia internacional de organizaciones no gubernamentales y donantes privados es limitada.

Con un presupuesto y una plantilla comparativamente pequeños, la OPS/OMS ha logrado visibilidad ante los dirigentes del sector y del país, y merecido su reconocimiento. La cooperación técnica de la Organización se guió por el Plan Nacional de Desarrollo para 1990-1994, las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994, y la evaluación conjunta hecha por las autoridades nacionales y la OPS/OMS.

Belice participó en las Iniciativas de Cooperación para la Salud en el Caribe y de Salud de Centroamérica.

Las actividades de salud ambiental del Ministerio de Salud cobraron impulso después de

la epidemia de cólera y generaron mucha atención pública. La eficacia del saneamiento ambiental se incrementó al agregar a la plantilla permanente asignada por la Organización un ingeniero sanitario de dedicación exclusiva, cuyos servicios fueron pagados por el Reino de los Países Bajos.

La OPS/OMS ayudó a dar adiestramiento a un inspector de salud pública con formación básica. La calidad del agua adquirió importancia, y la cooperación de la OPS/OMS llevó a formular un plan integral que acentuó la importancia de las comunidades rurales y mejoró la planificación y vigilancia. Se realizaron dos estudios de factibilidad del abastecimiento de agua con asistencia técnica de la OPS/OMS y se empleó una nueva técnica de desinfección del agua.

Los sistemas de saneamiento y alcantarillado siguen siendo prioritarios. La cooperación de la Organización dio como resultado varias consultas sobre fosos sépticos y efluentes. A veces no se obliga a cumplir las normas vigentes, tal vez porque esos sistemas no pueden ser financiados localmente por comunidades urbanas sin apoyo sustancial de donantes.

Se inició el primer proyecto integral de gestión de desechos sólidos. El programa de vigilancia de la calidad del agua recibió apoyo del componente de fortalecimiento institucional del proyecto sobre Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), que llevó a preparar el plan de acción sobre ecología y salud de Belice hasta el año 2000.

Se evaluó el desarrollo de recursos humanos en el nuevo hospital de la ciudad de Belice. Este proyecto recibió apoyo técnico del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP). Se presentó al Ministerio un plan de adiestramiento de recursos humanos y se envió una recomendación para que el personal de planificación del Gobierno incluyera un especialista en recursos humanos, que fuera un profesional nacional formado en ese campo en el exterior.

El programa de adjudicación de becas siguió apoyando el adiestramiento de ocho médicos beliceños en diferentes campos de especializa-

ción en el exterior; a su regreso llenarán las vacantes ocupadas actualmente por especialistas extranjeros. Esta actividad se realizó dentro del marco de cooperación técnica entre los países (Belice-Cuba; Belice-Nigeria). Cuatro enfermeras diplomadas asistieron a un curso de administración de enfermería en la Universidad de las Indias Occidentales.

El Ministerio siguió apoyando una estrategia nacional de atención primaria de salud por medio de talleres y seminarios.

La OPS/OMS revisó los aspectos orgánicos de la prestación de servicios de salud con el Ministerio de Salud y un consultor preparó la descripción de deberes de las distintas dependencias. Se ofrecieron seminarios sobre sistemas de información a los médicos con objeto de mejorar la calidad de la notificación de las causas de defunción y de examinar el manejo de las fichas médicas en los servicios de salud.

En lo que respecta a medicamentos esenciales, la OPS/OMS proporcionó los servicios de un consultor y ayudó a mejorar los recursos físicos.

La Organización apoyó la realización de un seminario de salud oral para analizar la situación y proporcionar material didáctico y tabletas de fluoruro.

El Comité Nacional de Preparación para Casos de Desastre elaboró un plan en cooperación con un consultor. En colaboración con la OPS/OMS, se celebró también un seminario sobre este tema para los trabajadores de salud locales en las zonas rurales.

El Laboratorio Central recibió apoyo de la OPS/OMS por medio de adiestramiento de personal, compra de suministros y reactivos, y participación en el programa de control de la calidad de la OMS.

En cuanto a las actividades de educación para la salud y participación de la comunidad, se recibió asistencia de la Organización para la lucha contra el SIDA y el cólera, el Programa Ampliado de Inmunización, y el abastecimiento de agua en la comunidad.

Con un proyecto financiado por el Reino de los Países Bajos se apoyó el mantenimiento preventivo de los establecimientos y el equipo

de atención de salud. Se inició la construcción de un Centro Nacional de Mantenimiento, cuya inauguración está prevista para 1993.

Dentro del marco del Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE), se prestó asistencia a una población objetivo de colonos recién llegados, que incluyó organización y supervisión de actividades de atención primaria de salud realizadas por un profesional de enfermería y un educador sanitario quienes, junto con la Cruz Roja Nacional, prestaron esos servicios en la zona del proyecto. El ingeniero sanitario de la OPS/OMS prestó servicios de asesoramiento en suministro de agua y saneamiento para la misma población objetivo, que incluyeron evacuación de desechos sólidos. Se compraron materiales para la construcción de letrinas en la zona colonizada y en la escuela local.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) prestó servicios de cooperación técnica en alimentación y nutrición por medio de dos profesionales de dedicación exclusiva. El equipo del INCAP, con la colaboración del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, analizó la situación de alimentación y nutrición del país, en estrecha cooperación con un grupo multisectorial de Belice. También formuló recomendaciones sobre futuras medidas y presentó una evaluación al Gabinete Ministerial.

El Programa Ampliado de Inmunización siguió recibiendo cooperación técnica del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y de los asesores regionales de la OPS/OMS. El CAREC prestó servicios de laboratorio y respaldó ese trabajo, y ya se ha establecido el sistema de vigilancia de las enfermedades objeto del PAI. Belice y México han realizado actividades de vacunación conjuntas a lo largo de sus zonas fronterizas.

Se organizaron talleres y seminarios sobre vigilancia del crecimiento, promoción de la lactancia natural, control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. También se proporcionaron materiales didácticos y de laboratorio.

En cuanto a la epidemia de cólera, la OPS/OMS prestó servicios de asesoramiento en enfermedades diarreicas, análisis de la situación de salud y sus tendencias, epidemiología y nutrición.

Los fondos de emergencia para el programa del cólera provenientes del Gobierno de Suecia y canalizados por intermedio de la OPS/OMS permitieron apoyar las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento (adquisición de desinfectantes y reactivos de laboratorio, construcción de un sistema de alcantarillado para un hospital y compra de motocicletas); vigilancia epidemiológica (infraestructura para oficinas y adiestramiento de personal); atención de pacientes internados (medicamentos, sales de rehidratación oral, suministros y adiestramiento de personal), y laboratorios (adiestramiento de personal, y equipo y materiales de laboratorio).

El Reino de los Países Bajos concedió una subvención, por conducto de la OPS/OMS, a la Oficina de Educación para la Salud y Participación de la Comunidad, para actividades de educación en masa sobre prevención y control del cólera.

El apoyo para la lucha contra el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual provino del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, la Comunidad Económica Europea y otras fuentes.

Se prestó apoyo para administración de programas, educación para la salud, vigilancia epidemiológica y servicios de laboratorio. Otras actividades incluyeron compra de materiales, adiestramiento en el país y en el exterior, realización de seminarios para grupos de alto riesgo con la participación de un consultor y amplia distribución de condones.

Con la colaboración de la OPS/OMS y mediante la Iniciativa de Salud en Centroamérica se ejecutó un proyecto sobre enfermedades transmitidas por vectores, financiado por el Gobierno de Suecia. Además de brindar servicios de asesoramiento, se dictó un curso de entomología y se compraron medicamentos y equipo. También se impartió amplia capacitación a los trabajadores de salud comunitarios.

En cuanto a zoonosis, la cooperación se centró en la prevención de la rabia. La OPS/OMS prestó servicios de asesoramiento y se ofreció un taller para evaluar la cobertura de la vacunación canina. Un representante del Ministerio de Salud asistió a un seminario sobre protección de los alimentos y turismo, celebrado en México.

Dentro del programa de promoción de la salud se prestó apoyo al plan nacional de salud ocular, centrado en la utilización de los servicios de atención primaria para tratamiento de las enfermedades oculares.

El programa de la mujer, la salud y el desarrollo contrató a un especialista local para vigilar varias actividades y realizar un estudio sobre la mortalidad materna. Hace poco se creó

el Departamento de Asuntos de la Mujer, la legislatura promulgó leyes sobre protección de la mujer, y se preparó y distribuyó material impreso para dar a conocer mejor sus derechos.

La cooperación técnica entre países ha sido sumamente activa en Belice, y contó con la participación de Cuba, Guatemala, Honduras, México y Nigeria. Como parte de la Iniciativa de Salud en Centroamérica se celebraron reuniones fronterizas de niveles ministerial y técnico entre Belice, Guatemala y México. Dichas reuniones llevaron a la mutua prestación de asistencia en asuntos como inmunización, control del cólera y vigilancia epidemiológica. Una asociación trinacional de salud siguió trabajando por promover el control coordinado de las enfermedades transmisibles en las regiones fronterizas.

COSTA RICA

Durante 1992 el Gobierno tomó varias decisiones que afectaron la organización y gestión de los servicios de salud. En el contexto de la reforma del Estado y del desarrollo económico y social, se aprobó la reforma del sector salud, en la que se mantienen los principios de universalización, solidaridad y equidad que siempre han regido y rigen la democratización y el desarrollo de la salud en Costa Rica. Además, se firmó un nuevo convenio de integración y coordinación entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, donde se acuerda que ambas instituciones tendrán la responsabilidad de garantizar la atención integral a la población.

Como resultado del análisis de la situación nacional en sus aspectos epidemiológicos, socio-culturales e institucionales, la cooperación de la OPS/OMS concentró sus principales recursos en el apoyo a diversos grupos de trabajo para la preparación de propuestas de modernización del sector salud, con la colaboración del proyecto subregional de gerencia. Se sentaron así las bases para un desarrollo sectorial de gran impac-

to a mediano plazo. Como parte de ese proceso, también se profundizó el diálogo y las relaciones con las instituciones y grupos, dentro y fuera del sector, que actúan en el logro del desarrollo social. Asimismo, se promovió el debate sobre la necesidad de que la salud sea considerada parte del proceso de desarrollo económico del país y de que el sector cuente con elementos que le permitan una expansión ordenada, sostenible y participativa.

Con la renovación del equipo de personal nacional del Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE), se agilizaron las actividades del programa. El PRODERE se ha convertido en un elemento catalizador de la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y del proceso de regionalización en la gerencia de estos servicios.

El Ministerio de Salud, con la colaboración de la OPS/OMS, prestó especial atención al estudio de la red de servicios de salud y logró importantes avances en cuanto a cobertura, calidad y gerencia. La democratización en el

diseño de las propuestas de cambio fue otra de las actividades importantes en la que la Organización ha trabajado durante los últimos dos años. Dada la importancia de la comunicación masiva para la salud, se creó un nuevo proyecto de cooperación con los medios de comunicación social, para lograr una mayor responsabilidad colectiva e individual en la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Como parte del proyecto se participa en programas de radio y televisión, y se colabora en suplementos de la prensa. Asimismo se coordina el Curso Centroamericano sobre Periodismo y Salud.

Importantes recursos de cooperación se destinaron al desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud en los distintos niveles de toma de decisiones, con énfasis en el local y el regional. Para ello se aplicaron metodologías apropiadas, se reformularon currículos universitarios y se aseguró el funcionamiento de los equipos locales. Personal directivo regional de salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social, recibió capacitación en servicio en técnicas de análisis e interpretación de la situación de salud.

Ante la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas y degenerativas, incluyendo la salud mental, se realizaron con la colaboración del INCAP importantes actividades de divulgación, de apoyo a la descentralización en la atención y de investigación en este campo. También con el apoyo del INCAP, la OPS/OMS cooperó con los programas de nutrición a cargo del Ministerio y en actividades de nutrición preventiva relacionada con las enfermedades crónicas.

Como resultado de la preparación del país para afrontar la epidemia de cólera, se obtuvo un mejor conocimiento de la situación con respecto a las enfermedades diarreicas y la reducción de su incidencia, y se mejoró notablemente la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta social.

La incidencia de malaria ha aumentado mucho en el país debido a la apertura de la frontera agrícola y la migración masiva de población de países vecinos. La OPS/OMS cola-

boró en la movilización de los recursos nacionales y externos para combatir esa enfermedad.

Como parte del proceso de descentralización y con la participación del Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), la OPS/OMS brindó apoyo en la planificación estratégica del desarrollo de los recursos humanos, incluyendo al personal que trabaja en las instituciones del sector y a individuos y grupos potencialmente capaces de contribuir a incrementar los servicios de salud. El PASCAP desarrolló también programas específicos para el fortalecimiento de los recursos humanos, el desarrollo de la enseñanza en salud pública, la planificación de la fuerza de trabajo en salud, la administración del personal en salud, la educación permanente y la formación del personal en salud.

En cuanto a salud ambiental, el Ministerio de Salud orientó sus funciones especialmente hacia la vigilancia de los factores de riesgo y a la función rectora y regulatoria que debe ejercer a nivel nacional en este aspecto. Esto ha demandado un trabajo intenso, que fue realizado conjuntamente con el desarrollo de la capacidad de la vigilancia epidemiológica. Asimismo, el Ministerio y la OPS/OMS, en coordinación con la Cruz Roja, la Universidad Nacional y la empresa privada, desarrollaron tecnologías apropiadas de un enorme potencial, como son las letrinas de fibra de vidrio, las bombas de plástico de cloruro polivinilo y las cocinas solares. Se lograron también avances importantes en el control de la contaminación por los efluentes de las mieles del café y de las porquerizas. A mediados de año la OPS/OMS inició actividades en el campo de la salud ocupacional, que fueron de gran relevancia en la nueva conducción del sector salud.

Se logró avanzar en los proyectos de salud interfronterizos con Nicaragua y Panamá que, sin tener financiamiento específico, pudieron integrar los recursos de los países para producir impactos ya medibles en la situación de salud de las poblaciones a lo largo de las fronteras.

El Gobierno, con la colaboración de la OPS/OMS, llevó a cabo negociaciones intensas con países acreedores, con el fin de prepararse para convertir la deuda externa del país en

recursos para la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a la salud maternoinfantil y del adolescente, la OPS/OMS colaboró, junto con el INCAP y dentro del marco de la descentralización e integralidad de los servicios, en el fortalecimiento de los equipos regionales responsables del programa. El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social hicieron un diagnóstico de la situación de la salud del adolescente y de las políticas vigentes en este campo con miras a actualizarlas y a formular un programa nacional que atienda la salud de este grupo de población, con la participación de otros sectores. Con este fin, se llevaron a cabo reuniones de coordinación con organizaciones no gubernamentales y se prepararon estudios y documentación de gran valor para el futuro desarrollo en este campo. Además, se inició un proyecto entre la Fundación W.K. Kellogg y la OPS/OMS con un curso de sensibilización hacia la salud del adolescente.

La Organización también colaboró con el Gobierno en varios proyectos de carácter subregional bajo la Iniciativa de Salud de Centroamérica: el de desarrollo de la capacidad gerencial, por medio del cual se contribuyó sustantivamente a la reforma del sector salud; el de la mujer, salud y desarrollo, que logró aumentar la base de su actividad en el país al establecer relaciones con grupos clave y profundizar la discusión y concientización en el concepto de género; el de mantenimiento de instalaciones hospitalarias, que mantuvo los niveles de excelencia alcanzados; el de MASICA, que desplegó una gran actividad promocional y de apoyo directo a actividades estratégicas, como el desarrollo institucional en salud del ambiente y el control de plaguicidas; el de control y prevención del SIDA, por medio del cual se fortalecieron las actividades de educación y coordinación con las instituciones nacionales dedicadas a combatir la enfermedad. Otro de los proyectos subregionales fue el de medicamentos esenciales, que orientó sus actividades principalmente al fortalecimiento de los servicios farmacéuticos, al uso racional de los medicamentos por parte del equipo de salud y del usuario, a la

vigilancia sanitaria y al control de la calidad de los medicamentos. También fue importante su participación en el fortalecimiento de la función regulatoria del Ministerio de Salud como ente rector en materia de disponibilidad y calidad de los medicamentos esenciales.

En cuanto a los preparativos para situaciones de desastres, la OPS/OMS amplió su campo de acción por medio del fortalecimiento de los servicios de salud y de los equipos regionales, mantuvo una importante presencia en la coordinación nacional y brindó cada vez un mayor caudal de información sobre el tema. De acuerdo con los objetivos del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, la Organización orientó sus acciones hacia la mitigación y prevención de desastres, disminuyendo así la vulnerabilidad del sector salud.

La OPS/OMS mantuvo estrecho contacto con los países y los organismos de cooperación que actúan en Costa Rica. Con el Gobierno de España realizó actividades de promoción de la vigilancia epidemiológica, dictó cursos de formación de epidemiólogos y de farmacéuticos clínicos, y colaboró en el proyecto de la mujer, la salud y el desarrollo; con el Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA) colaboró en los proyectos de control de la malaria y en la preparación del proyecto interfronterizo entre Costa Rica y Nicaragua; con los Países Bajos trabajó en el mantenimiento de equipos médicos y análisis de la situación general de salud en el país; con el Gobierno de Italia cooperó en actividades de salud mental y del PRODERE, y con la Comunidad Económica Europea en la instalación de acueductos y alcantarillados. En coordinación con el Banco Mundial y el BID, la OPS/OMS colaboró con el Gobierno en la preparación de los términos de referencia y los componentes de los proyectos para el desarrollo del sector salud. También con el BID y con el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) se ejecutaron proyectos para la prevención del cólera. Con el PNUD y otros organismos de las Naciones Unidas la Organización mantuvo un intercambio y coordinación en actividades específicas de interés común.

EL SALVADOR

A principios de año comenzó el proceso de consolidación de la paz y la democracia. El Gobierno puso en marcha un plan de reconstrucción nacional para establecer las condiciones económicas y sociales que favorezcan la reintegración social de los habitantes del país más afectados por el conflicto armado recién terminado. El plan prevé una amplia participación sectorial e institucional, de grupos comunitarios y de gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales, y comprende una primera etapa de rehabilitación de la infraestructura básica de los servicios de salud y educación, así como la generación de empleos e incentivos, y una segunda fase que incluye la atención a las necesidades básicas de la población.

La estrategia del Gobierno para el desarrollo social hace hincapié en la participación de los niveles intermedios y de la comunidad, el papel subsidiario del Estado en aquellas actividades que no puedan ser realizadas por los niveles intermedios y las comunidades, y la participación del sector privado en acciones sociales. El objetivo social básico es la erradicación de la pobreza, principalmente mediante el financiamiento de obras de infraestructura a nivel municipal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dio prioridad a las actividades de extensión de la cobertura a toda la población, mejoramiento de la capacidad de resolución de los diferentes niveles de atención, descentralización, desarrollo institucional, fortalecimiento financiero, coordinación interinstitucional e intersectorial y movilización de recursos externos.

La cooperación técnica de la OPS/OMS se basó en sus orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, los objetivos del Plan Nacional de Salud 1991-1994 y los compromisos derivados de acuerdos y convenios internacionales. Durante el año hubo que reajustar algunos proyectos para cumplir con el compromiso de la Organización de participar en el proceso de desmovilización de los excombatien-

tes. El fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) constituyó la actividad más relevante en los esfuerzos del Ministerio y la OPS/OMS, habiéndose obtenido avances sustantivos en las regiones donde actúa el Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE) y en el plan de reconstrucción de la infraestructura de salud del área metropolitana. Igualmente, aumentaron las actividades en la zona fronteriza con Honduras, donde se espera desarrollar SILOS que actúen de forma coordinada entre los dos países. Todos estos esfuerzos se han llevado a cabo dentro del marco de la Iniciativa de Salud de Centroamérica.

La Organización participó activamente en la VIII Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica y en las reuniones del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y del Parlamento Centroamericano, que se celebraron en el país. Estos foros subregionales establecieron las bases para la integración centroamericana y la profundización del proceso de desarrollo humano en la subregión. La Primera Reunión Centroamericana sobre Ecología y Salud (ECOSAL I), realizada en septiembre, formuló una agenda subregional sobre el medio ambiente, así como planes de acción nacionales, dentro del espíritu de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED-92) y las orientaciones del plan de inversiones en ambiente y salud. La participación de la OPS/OMS, a través del proyecto del Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), ha fortalecido la labor de los gobiernos de los países centroamericanos en ese campo. Asimismo, se realizaron esfuerzos importantes para movilizar recursos externos de diversos organismos y países. El Ministerio de Salud Pública está tratando de lograr una mayor coordinación de la cooperación externa en las áreas prioritarias y en los grupos de población más vulnerables.

La consolidación del proceso de pacificación y la desmovilización de las fuerzas armadas, que estuvieron bajo la coordinación de la Organización de las Naciones Unidas para El Salvador (ONUSAL) a pedido de todos los sectores políticos del país, determinaron las actividades de la OPS/OMS en la prestación de servicios de atención médica general y especializada, odontología sanitaria, y control y prevención de enfermedades en las zonas de concentración de los excombatientes.

Durante el año se realizó una evaluación de la situación de salud y sus tendencias en un taller en el que tomaron parte todos los funcionarios de la OPS/OMS en el país. Se desarrolló el segundo curso básico de epidemiología, al que asistieron 36 funcionarios de diferentes instituciones y organizaciones no gubernamentales. La vigilancia del cólera fue fortalecida con la mecanización de los principales procesos a nivel regional. La Organización continuó capacitando personal de laboratorio para el diagnóstico del cólera, manipuladores de alimentos y encargados del control de calidad del agua en la mayoría de los acueductos del país.

Con la orientación y coordinación de la Secretaría Nacional de la Familia y el apoyo de la OPS/OMS, se realizaron exitosamente una serie de programas relacionados con el programa de la mujer, la salud y el desarrollo. Las actividades interinstitucionales se orientaron principalmente al fomento de la participación de la mujer en todas las fases de la vida nacional. Se llevaron a cabo reuniones de programación y coordinación con varias instituciones para establecer una Oficina de Atención Integral a las Víctimas de la Violencia Intrafamiliar. Durante el año, la OPS/OMS también dio apoyo a la Red por la Unidad y el Desarrollo de las Mujeres Salvadoreñas, integrada por instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, y colaboró en la elaboración de un plan nacional de atención a la mujer. Además, participó en el VII Congreso Mundial de la Familia realizado en San Salvador.

La OPS/OMS continuó dando apoyo al Gobierno en la reorganización del Ministerio de

Salud Pública. Se establecieron dos subdirecciones generales de salud, responsables de la consolidación de los SILOS a nivel nacional y del mejoramiento de la atención secundaria y terciaria. También se reestructuró la Unidad de Planificación y se lograron avances en cuanto a programación local y supervisión, desarrollo metodológico del seguimiento y evaluación de los servicios. En las actividades de reconstrucción nacional, se lograron avances importantes en la concertación de acciones con diversos grupos sociales. La Organización dio apoyo al Ministerio de Salud Pública en el proceso de diálogo, análisis de situación y definición de programas y modalidades de enfoque de los problemas. En 1993 se aplicarán estos conocimientos en los departamentos colindantes con Honduras, con el propósito de establecer SILOS interfronterizos que permitan el desarrollo humano conjunto de estas regiones. La OPS/OMS, que forma parte del Comité Coordinador de Atención de Emergencia en los campamentos de los excombatientes, desarrolló un programa de salud integral que contó con la cooperación técnica del Ministerio de Salud Pública y recursos financieros del Japón y de la AID (EUA) canalizados a través del PNUD y del Gobierno de Suecia.

Asimismo, se promovió la creación y el fortalecimiento de comités de farmacoterapia en los centros de atención, orientados a la aplicación de cuadros básicos de medicamentos y guías de tratamiento y estudios de utilización de medicamentos. Conjuntamente con la Universidad Nacional, la OPS/OMS siguió colaborando en el desarrollo de servicios farmacéuticos integrales, y proporcionó cooperación técnica a la Asamblea Legislativa, al Ministerio de Salud Pública y al Consejo Superior de Salud Pública en relación con el registro y control de medicamentos. En varios hospitales y centros de salud, se pusieron en marcha proyectos de desarrollo de servicios farmacéuticos que incluyen uso adecuado, prescripción racional, capacitación y educación a funcionarios y usuarios de los servicios.

La OPS/OMS siguió colaborando con el programa de odontología sanitaria del Ministerio de Salud Pública y con la Facultad de Odon-

tología, y brindó apoyo a la 24ª Reunión del Foro Odontológico de Centroamérica y Panamá, celebrada en San Salvador, donde se planteó la necesidad de establecer a nivel nacional la fluoruración de la sal doméstica.

Continuó cooperando con el Programa Socio-Sanitario de la Cooperación Italiana en relación con los preparativos para desastres, sobre todo en la edición y distribución de un manual para desastres, y la capacitación de maestros y estudiantes. También se trabajó en el fortalecimiento del Comité de Emergencias Nacionales, y en varias actividades con motivo del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales y de las inundaciones que se produjeron en octubre.

En cuanto a los servicios de laboratorio, se colaboró en la reestructuración del Laboratorio Central del Ministerio de Salud Pública y se dio apoyo a la capacitación del personal de laboratorio en diagnóstico del cólera, SIDA, enfermedad de Chagas, malaria y dengue. A través de los medios de comunicación social, las autoridades nacionales, con el apoyo de la OPS/OMS, difundieron programas educativos para combatir esas enfermedades.

Con el apoyo del PRODERE, se prestó cooperación técnica en rehabilitación comunitaria, sobre todo en las regiones exconflictivas donde existe el mayor número de discapacitados. A través del Ministerio de Salud Pública y el Plan de Reconstrucción Nacional, se avanzó en la rehabilitación de 51 ciegos y se atendieron 50 casos de excombatientes del FMLN que necesitaban tratamiento quirúrgico.

En recursos humanos, la Organización continuó dando prioridad a la educación permanente a nivel regional y local, así como a la formación en administración estratégica y desarrollo de la capacidad gerencial. El Grupo Intersectorial para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud prosiguió su labor de análisis y acción, especialmente en cuanto a la integración docente-asistencial, concluyó la investigación sobre la fuerza del trabajo en salud en el sector público e inició la aplicación de un sistema de información sobre recursos humanos.

Se colaboró activamente en los cursos de administración en salud pública, que facilitarán la formación de recursos humanos capaces de conducir y gerenciar los cambios derivados de la implantación de los SILOS y del proceso de descentralización y desconcentración.

El centro de documentación de la Representación de la OPS/OMS tuvo un papel importante en la diseminación de información científica a instituciones docentes y de servicio del país. Durante el año se incrementó el acceso a bancos de datos especializados y se inauguró la Red Nacional de Información en Salud. La OPS/OMS también expandió el programa de difusión científico-técnica en salud, respondiendo al aumento de escuelas que participan en el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, y prestó cooperación técnica a organizaciones no gubernamentales y entidades docentes y prestadoras de servicios de salud.

Conjuntamente con la FAO, la OPS/OMS prestó cooperación técnica para la actualización de la información sobre la situación alimentaria y nutricional en el país, así como para la participación de personal nacional en la Conferencia Internacional sobre Nutrición. También se apoyó el trabajo colaborativo de entidades públicas y privadas para el desarrollo de seis proyectos sobre sistemas integrados de producción, procesamiento y consumo de alimentos y atención primaria de salud, y se cooperó en la producción local de alimentos fuente de vitamina A. En proyectos conjuntos con el Gobierno y el Banco Mundial, la OPS/OMS desarrolló estudios y programas sobre alimentos mejorados a base de harinas compuestas en municipios prioritarios. Con los Ministerios de Economía y Salud Pública y los productores de sal, la Organización revisó el plan para reactivar la fortificación de sal con yodo, y con el Ministerio de Educación continuó el proyecto de distribución a la población en edad escolar de una galleta nutricionalmente mejorada.

Las actividades de salud ambiental se centraron en el saneamiento básico. La OPS/OMS cooperó con varias municipalidades en la formulación y análisis de proyectos de eliminación

de desechos sólidos y mejora del medio ambiente, y siguió participando en la capacitación de personal, control de plaguicidas, calidad de agua y legislación sanitaria vinculada a salud ambiental. También tomó parte en la preparación y desarrollo de ECOSAL I y, en el marco del PRODERE, coordinó acciones conjuntas de salud ambiental en comunidades rurales con poblaciones desplazadas. El Comité Internacional de la Cruz Roja concluyó sus actividades en el país y transfirió a PRODERE vehículos, equipo y materiales para acueductos y letrinización en áreas de conflicto a fin de ampliar la cobertura de las actividades de salud ambiental.

La Organización dio apoyo al Ministerio de Salud Pública y al Comité Tripartito de Salud Ocupacional en la formulación de una propuesta de Plan Nacional de Salud de los Trabajadores, que está siendo analizada por los diversos sectores involucrados.

En el campo de salud materno-infantil, la OPS/OMS cooperó con el Ministerio en la implantación del sistema de referencia para la atención obstétrica, así como en la utilización del enfoque de riesgo para el uso adecuado de los recursos. Conjuntamente con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y organizaciones no gubernamentales, se proporcionó apoyo docente en los Ministerios de Educación, Salud Pública, Agricultura y Ganadería, y Secretaría Nacional de la Familia del Ministerio de la Presidencia. Con el Banco Mundial, UNICEF, AID, FAO, BID, CEE y varias instituciones nacionales se coordinaron acciones orientadas al fortalecimiento del programa de salud materno-infantil, atención de adolescentes, reducción de la mortalidad materna y lactancia natural. Dentro del programa de salud materno-infantil, se enfatizó la prevención y control del cólera mediante acciones de capacitación en laboratorio de diagnóstico y referencia. En el Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP) y con apoyo del INCAP, se prosiguió con el desarrollo de las unidades regionales de educación continua e implantación de la estrategia de educación a distancia, con la participación activa de las comunidades. En las actividades del

Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se cooperó en el reforzamiento del programa regular de vacunación; la eliminación del tétanos neonatal y del sarampión; dos evaluaciones del programa nacional; la capacitación de personal de los servicios locales, y la participación en reuniones internacionales relacionadas con el PAI.

En cuanto a prevención y control de enfermedades transmisibles, la OPS/OMS proporcionó apoyo a la descentralización del programa de control de la malaria y el dengue. La incidencia de malaria descendió en más de 50% con respecto a 1991. Se formó la Comisión Nacional de Bancos de Sangre. Culminaron, con buenos resultados, la elaboración de antígenos y las pruebas diagnósticas de la enfermedad de Chagas, y se elaboraron manuales de normas y procedimientos en lepra y tuberculosis.

En relación con el SIDA, la OPS/OMS continuó su apoyo al banco de sangre del país, participó en la elaboración y difusión de normas para la prevención y control de la enfermedad, y en la publicación del reglamento para la investigación, prevención y control. Asimismo, durante el año se formuló el II Plan a Mediano Plazo para 1993-1995.

En cuanto a promoción de la salud, la OPS/OMS colaboró en el establecimiento de la Comisión Interinstitucional de Salud Mental y la formulación de políticas y el Plan Nacional de Salud Mental, y participó con la Secretaría Nacional de la Familia en la formulación de diversas acciones de protección de la salud de los ancianos. También se realizaron diversos talleres para la prevención de la ceguera y del cáncer.

En el campo de salud pública veterinaria, la OPS/OMS prestó apoyo técnico al proyecto de producción de vacuna antirrábica, y participó en la investigación y vigilancia de la intoxicación parálitica por mariscos. En materia de control de alimentos, en coordinación con la FAO, la OPS/OMS colaboró con el Ministerio de Salud Pública y la Municipalidad de San Salvador en la capacitación de inspectores de saneamiento y de productores y manipuladores

de alimentos. Con participación de funcionarios de los Ministerios de Salud Pública, Agricultura, Economía y Planificación, y

de la empresa privada, comenzaron las gestiones para establecer el Comité del Codex Alimentarius.

GUATEMALA

La economía mantuvo un ritmo estable de crecimiento, debido en parte a la política económica restrictiva que ha adoptado el Gobierno y particularmente al dinamismo que han adquirido los sectores industriales, como el de la construcción.

En la búsqueda por atenuar el problema de la pobreza en el país, la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica llevó adelante el Plan de Desarrollo Económico y Social, con el que se pretende aumentar los índices de educación y mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población, especialmente el grupo materno-infantil.

El Gobierno creó un Fondo para la Paz para el desarrollo de proyectos de educación, salud y asesoría técnica y económica para los refugiados y los repatriados, que serán ejecutados por grupos comunitarios y por gobiernos locales. También existe en proyecto el Fondo de Inversión Social, que cuenta con recursos del Banco Mundial y otras fuentes externas donantes y cuya finalidad es establecer un conjunto de intervenciones de compensación social, especialmente para los grupos de más bajos ingresos en las zonas rurales y urbanomarginales.

La cooperación técnica de la OPS/OMS se enfocó hacia el desarrollo de los servicios de salud; el Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE); medicamentos esenciales; mantenimiento de los recursos físicos; desarrollo de los recursos humanos; salud de la madre, del niño y del adolescente; control de las enfermedades transmisibles; salud ambiental; salud pública veterinaria; protección de alimentos; mujer, salud y desarrollo, y comunicación social en salud.

En lo que respecta al desarrollo de los servicios de salud, se estableció en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la Dirección General de Hospitales que es responsable de implantar el Sistema de Información Gerencial y el Sistema de Información para la Gestión Local en todos los hospitales nacionales del Ministerio y en el Hospital Juan José Arévalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Además, el Consejo Nacional de Salud aprobó una política sectorial y una propuesta también sectorial para establecer un modelo de atención orientado a extender la cobertura de los servicios de salud y mejorar la eficiencia y la calidad de los mismos, especialmente en los sistemas locales de salud (SILOS). El Ministerio fijó entre sus prioridades el desarrollo de los servicios de salud de las regiones sanitarias II y VII, con el propósito de establecer en ellas programas de atención primaria en salud durante 1993.

La iniciativa de atender a la salud de los trabajadores migrantes y sus familias sirvió como un instrumento para concertar actividades entre los sectores público y privado en torno a la prevención y el control del cólera, así como para establecer una acción coordinada de cooperación técnica en el proceso de desarrollo de las regiones sanitarias y de los SILOS. Además de intensificar su colaboración en ese proceso, la OPS/OMS trabajó en la elaboración de un plan de desarrollo regional, a ser ejecutado en 1993, y en la conformación de una comisión de atención primaria en los sistemas locales de salud que se ocupará de las regiones prioritarias. En coordinación con el Consejo Nacional de Planificación Económica, la OPS/OMS trabajó en una propuesta de reinversiones para el Plan

Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. También cooperó con el IGSS en su plan de desarrollo institucional, que se orienta a la extensión de la cobertura de sus servicios a la costa sudoccidental.

En el PRODERE, el Ministerio, con la cooperación de la OPS/OMS, identificó mecanismos efectivos para canalizar la atención integral hacia ese grupo de población de alto riesgo en el Departamento de El Quiché, así como para preparar las condiciones sanitarias para el retorno de los refugiados, que está programado iniciarse a principios de 1993.

En cuanto al programa de medicamentos esenciales, las autoridades nacionales, preocupadas por la situación socioeconómica de la población postergada, propusieron, entre otras medidas, liberar a los medicamentos esenciales de todas las barreras que aumenten su costo. Con ese fin, la OPS/OMS colaboró con la oficina reguladora de medicamentos del Ministerio para agilizar los trámites de registro de medicamentos, en la elaboración de un estudio del mercado farmacéutico en el país, la revisión de diversos proyectos de ley y la elaboración de regulaciones para la importación de medicamentos. Además de hacer un análisis de la situación de los servicios farmacéuticos de la red hospitalaria nacional, la OPS/OMS colaboró con las farmacias de los Hospitales Nacionales de Antigua y Escuintla para mejorar la calidad de sus servicios; trabajó en la creación de comités de terapéutica y el establecimiento de programas de educación continua en terapéutica para personal médico de los hospitales de las regiones sanitarias II y VII, y dio apoyo al desarrollo de los sistemas computadorizados de información para el registro y suministro de medicamentos.

El Gobierno asignó una alta prioridad al mantenimiento de los recursos físicos de salud. La OPS/OMS contribuyó en la revisión de las funciones de la red hospitalaria, y continuó dando apoyo al fortalecimiento de los servicios de mantenimiento del Ministerio y del IGSS en los aspectos de organización, difusión de información técnica, capacitación de personal, y adquisición de materiales y suministros.

En cuanto a recursos humanos en salud, la OPS/OMS contribuyó a que se aplicara un enfoque integral y una práctica más efectiva en el desarrollo y administración de esos recursos. Además promovió un foro para analizar las necesidades y la participación multidisciplinaria, multiinstitucional e intersectorial de los recursos humanos del sector salud; dio apoyo a la consolidación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud, que genera propuestas de políticas y planes de desarrollo en este campo, y colaboró en la formación de líderes para impulsar cambios estratégicos tanto en el sector formador como en el empleador. El Ministerio, el Instituto Nacional de Administración Pública y la OPS/OMS le dieron atención prioritaria a la capacitación avanzada de los gerentes del sector. Con ese fin, se concluyó el diseño del currículo de la maestría de administración pública en gestión de servicios de salud, que se inaugurará en 1993. La OPS/OMS también impulsó varios procesos educativos descentralizados, con enfoque de educación permanente, para cualificar equipos de trabajo en el análisis y manejo de problemas en los propios lugares de trabajo; colaboró en la introducción de innovaciones en los currículos de las escuelas formadoras del Ministerio y de la Universidad de San Carlos (ciencias médicas, medicina veterinaria y zootecnia y ciencias químicas y farmacia) mediante enfoques estratégicos y metodologías prospectivas.

En salud de la mujer, del niño y del adolescente, la OPS/OMS colaboró en la elaboración, revisión y divulgación de las normas de atención de la salud maternoinfantil y del plan operativo de salud maternoinfantil, y en la elaboración de un nuevo plan de acción contra las infecciones respiratorias agudas. Además participó en la capacitación del personal de salud del IGSS, del Ministerio, la Universidad de San Carlos y la Escuela Nacional de Enfermería, en técnicas de prevención y cuidado de pacientes con enfermedades diarreicas y cólera.

Dentro del contexto de la salud maternoinfantil, las autoridades nacionales siguen considerando prioritarios el control y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación, el

mantenimiento de biológicos y el incremento de los niveles de cobertura de vacunación del PAI en la población infantil y las mujeres en edad fértil. Continuó siendo un compromiso político para el Gobierno el erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje del país, eliminar el tétanos neonatal para 1995 y erradicar el sarampión para 1997.

En cuanto al programa de enfermedades transmisibles, la OPS/OMS colaboró con el país en el aumento de la pesquisa bacilos cópica (con la División de Tuberculosis), la promoción y diagnóstico del dengue, el fortalecimiento de la red de laboratorios, el proceso de descentralización de la División de Malaria y el desarrollo de los programas de control de leishmaniasis, lepra y oncocercosis.

En la protección de alimentos, se trabajó intensamente con las áreas de salud para que incluyan en su programación local actividades de promoción, educación y control de la higiene de los alimentos, y se impulsaron actividades coordinadas entre instituciones a nivel local, incluyendo las de salud, agricultura, municipalidades, consejos de desarrollo y educación para la protección de los alimentos, control de rastros municipales y control de plaguicidas. Asimismo, la OPS/OMS cooperó con el Departamento de Registro y Control de Alimentos para establecer un sistema computadorizado de registro sanitario en este campo.

En salud pública veterinaria, se continuó dando impulso al funcionamiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la rabia. Además, se colaboró en la actualización de conocimientos del personal médico, en esquemas preventivos para evitar la rabia humana en las regiones sanitarias I, II y V, y con los inspectores del Ministerio, en técnicas de control de focos de esa enfermedad. Las autoridades del Ministerio de Agricultura aceptaron, como el resto de los países de las Américas, eliminar la tuberculosis bovina como una de sus prioridades.

En el campo de la salud ambiental, las prioridades nacionales incluyen la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de los servicios de agua de consumo humano, y la disposición sanitaria de aguas residuales y excretas. En

los últimos años, la OPS/OMS ha colaborado con las autoridades en el fortalecimiento de las instituciones del subsector a fin de cumplir con las metas establecidas en los planes nacionales y municipales de acción. Paralelamente, dio apoyo a la formulación de planes de acción para la protección de la salud ambiental. Resultado directo de este apoyo fueron las secciones pertinentes del documento presentado por el país en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED-92) y el plan de acción en ecología y salud presentado en la ECOSAL-I.

La lucha contra el cólera y las intervenciones de saneamiento básico constituyeron otra prioridad nacional. Complementario al trabajo permanente en lo que se refiere a la desinfección y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, la OPS/OMS brindó apoyo a las brigadas encargadas de la situación de emergencia causada por la epidemia de cólera. El Gobierno dio pasos decisivos para involucrar al país en el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y en el Fondo Multilateral de Preinversiones del Plan, tales como la firma de acuerdos con el sector de planificación y la elaboración de instrumentos legales para institucionalizar el proceso y hacer aportes económicos al Fondo. La OPS/OMS colaboró además en la capacitación de personal de la Dirección de Saneamiento del Medio, de la Unidad Ejecutora del Proyecto de Acueductos Rurales, del Instituto de Fomento Municipal, y de la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria. La Organización también contribuyó en la consolidación del Consejo Nacional de Manejo de los Desechos Sólidos y de sus subcomisiones de desechos peligrosos y hospitalarios, y, con fondos extrapresupuestarios del proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), trabajó en el fortalecimiento de las instituciones del sector.

Las actividades que se destacaron en el programa de la mujer, la salud y el desarrollo fueron, en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, la implantación de la clínica de atención a la mujer agredida; la institucionalización del Foro Mujer y Salud por el Ministerio, y la formación de consejos de mujeres en los

distritos locales. Además se capacitó personal institucional en la temática de sexo, género y salud y se iniciaron las actividades del proyecto nacional de salud de la mujer indígena.

En cuanto al programa de comunicación social en salud, la Organización contribuyó en la planificación, promoción y ejecución de la campaña nacional contra el cólera, específicamente en el diseño de un proyecto para involucrar a las municipalidades en el trabajo educativo contra esta epidemia. También dio apoyo al programa de capacitación para periodistas de

medios de difusión en temas de salud, particularmente sobre la situación de la tuberculosis, el SIDA, el cólera, y la mujer, la salud y el desarrollo, y prestó cooperación técnica a la Oficina de Prensa del Ministerio, así como a diversos medios de comunicación social, especialmente en el suministro de información y distribución de documentos de interés público del sector. Para estimular a la prensa a abordar mejor el tema de la salud, se instituyó el Premio Nacional de Prensa con motivo del Día Mundial de la Salud y se realizaron otras actividades de promoción en ese campo.

HONDURAS

En el contexto centroamericano, 1992 fue un año lleno de éxitos políticos para Honduras, tanto por la resolución de sus problemas limítrofes con El Salvador, como por las diversas declaraciones conjuntas de los gobiernos sobre la integración centroamericana. Con estas declaraciones, y las acciones del Parlamento Centroamericano, se elevó el espíritu popular y se inició un proceso de integración económica.

En salud se consiguieron resultados positivos, como el control del cólera y la amplia cobertura de vacunación contra el sarampión, que disminuyó drásticamente la incidencia de la enfermedad; por segundo año consecutivo no se registraron defunciones por sarampión. Sin embargo, continuó la explosión de casos de SIDA, sobre todo en la costa del Caribe, entre la población heterosexual al parecer ligada a la prostitución y principalmente entre madres solteras jóvenes.

La Comisión Presidencial de Modernización del Estado tuvo una destacada labor dentro del sector salud. Como primer paso, creó una Subcomisión de Salud que consideró esencial fortalecer el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el desarrollo armónico del Sistema Nacional de Salud.

La Organización trabajó estrechamente con el Ministerio, el Instituto Hondureño de Segu-

ridad Social, la Universidad, y las instituciones de agua y saneamiento, entre otras. Además, cooperó con los Ministerios de Educación y Recursos Naturales en actividades de alimentación y nutrición, agricultura y medio ambiente, y con los Ministerios de Trabajo, Hacienda y Planificación en diversos campos, como la salud de los trabajadores y la transformación de la deuda externa en proyectos de salud. En la coordinación de funciones interagenciales se lograron experiencias positivas, como la implantación del Comité Interagencial del Programa Ampliado de Inmunización, reuniones periódicas con los organismos de las Naciones Unidas y reuniones para tratar asuntos específicos, por ejemplo, los problemas epidémicos principales como el cólera y el SIDA.

Los proyectos realizados con la cooperación técnica de la OPS/OMS obtuvieron, en general, resultados muy satisfactorios. En cuanto a los servicios de salud, la Organización cooperó con las autoridades en un proceso de dos vertientes: una dedicada a la modernización del Sistema Nacional de Salud con la Comisión Nacional encargada de establecer las líneas de trabajo del Ministerio de Salud Pública, y la otra relacionada con los procesos gerenciales a nivel local. Estas actividades se centraron en el desarrollo de la participación social, lo que creó

condiciones propicias para mejorar los sistemas locales de salud y fortalecer la capacidad gerencial de los hospitales, en particular los servicios de farmacia y mantenimiento. La OPS/OMS trabajó activamente con el Instituto Hondureño de Seguridad Social a nivel nacional en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, y a nivel subregional en la constitución del Comité Centroamericano de Instituciones de la Seguridad Social, con sede provisional en Tegucigalpa. El Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE) empezó a consolidarse en base a la conformación de los sistemas locales de salud y a la ley de municipalidades.

Los problemas de salud ambiental continuaron siendo prioritarios, en particular el abastecimiento de agua y saneamiento, manejo de desechos sólidos, riesgos ambientales para la salud, salud de los trabajadores e inocuidad de los alimentos.

Entre las reuniones realizadas con la cooperación de la OPS/OMS se destacan el I Congreso Nacional y la I Reunión Subregional de Salud de los Trabajadores, la III Reunión Centroamericana de Aseo Urbano, el III Taller Interregional sobre Vectores, Ambiente y Extensión Agrícola, y la primera reunión nacional de la Comisión del Codex Alimentarius. Con el apoyo del Proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), la OPS/OMS elaboró el reglamento del nuevo Código de Salud y el Plan de Ecología y Salud que fue presentado a la Primera Reunión Subregional de Ecología y Salud realizada en San Salvador en septiembre. Se amplió el convenio entre la Organización y la División de Aguas de San Pedro Sula para incluir los aspectos de desarrollo comercial y planificación.

En lo concerniente al análisis de la situación de salud y sus tendencias, se propuso el desarrollo integral de la epidemiología, para evitar que se produzca una fragmentación de la vigilancia por programas. Esto exige un análisis previo de la situación de salud y una mayor coordinación con las regiones de salud y con el nivel central del Ministerio de Salud.

Para la prevención y control del cólera, el país recibió financiamiento de los Países Bajos, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) y el BID. La Organización trabajó con el Gobierno para contener la epidemia, principalmente en lo que atañe a actividades de vigilancia epidemiológica, educación y comunicación social, dotación de agua segura y disposición sanitaria de excretas. Además, contribuyó a la capacitación de cientos de promotores de salud y de otro personal de programas vinculados al control de esa enfermedad. El impacto de estas actividades puede medirse en términos de la disminución de los casos de cólera (se diagnosticaron solo 366 durante el año) y la reducción de 70 000 casos de otras enfermedades diarreicas en relación con 1991.

En los programas de prevención y control de la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis se logró fortalecer la capacidad a nivel local, principalmente en la implantación de normas prácticas y de la vigilancia epidemiológica integral. Se ejecutó además un proyecto en la frontera con Nicaragua para combatir la malaria y la enfermedad de Chagas, uno de prevención y control del dengue con El Salvador y Guatemala, y un proyecto subregional de lucha contra la malaria.

En cuanto a prevención y control del SIDA, se organizó una Red Nacional de Laboratorios que garantiza el diagnóstico y el control de la calidad de la sangre y las actividades de educación de la población. Con la colaboración de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud preparó al respecto un plan para 1993-1995 basado en la vigilancia epidemiológica, la participación social, y la coordinación intersectorial y con organizaciones no gubernamentales.

El INCAP brindó apoyo a proyectos de desarrollo comunitario con énfasis en la seguridad alimentaria, en deficiencias nutricionales específicas como la iniciativa para eliminar el bocio endémico y para fortificar el azúcar con vitamina A, y en la educación alimentaria y nutricional.

En el desarrollo de recursos humanos, se inició un análisis de los diferentes actores sociales a partir de un estudio del mercado laboral en

salud realizado en 1991. Las actividades se llevaron a cabo con el apoyo del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), y con financiamiento del Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA).

En cuanto a las políticas de salud, la OPS/OMS trabajó con el Congreso Nacional en el establecimiento de mecanismos computadorizados e intercambio de información con el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) sobre aspectos científicos, técnicos y sociales de la salud, así como en la preparación de anteproyectos de leyes sobre asuntos específicos, como la introducción de reformas al Código Penal sobre violaciones y otras violencias contra la mujer.

También se colaboró con el Ministerio de Salud en actividades docentes y de investigación sobre el enfoque de género en el programa de la mujer, la salud y el desarrollo. Se prestó asimis-

mo cooperación técnica en la modificación del currículo del curso de enfermería auxiliar para incorporar el enfoque de género en la formación de este personal. En materia de medicamentos esenciales se cooperó en el establecimiento de un registro, en la implantación de un proceso de inspección sanitaria, y en el desarrollo de un reglamento de buenas prácticas de manufactura de estos medicamentos. Los servicios farmacéuticos cubren 90% de la red hospitalaria nacional.

En lo concerniente a la administración del conocimiento, la Organización colaboró en la conformación de una red de investigadores vinculados a la ciencia y tecnología en salud, en la presentación periódica de trabajos de investigación y en la elaboración de documentos. Con el fin de dar un mejor servicio al país, el Centro de Documentación de la Representación de la OPS/OMS, además de haber sido reestructurado en un nuevo local, fue provisto de equipos apropiados e integrado a las redes de información disponibles en la Región.

NICARAGUA

La política económica del Gobierno logró mantener la inflación en niveles muy cercanos a cero y reducir el déficit fiscal. Sin embargo, se produjo una reducción del PIB per cápita y el proceso de recuperación fue afectado por numerosas huelgas y conflictos laborales.

La política nacional de desarrollo se orientó al saneamiento de la economía y a la promoción de la inversión privada y extranjera en el país. Para abordar el nivel de desempleo y de la pobreza que aumentó en el país, el Gobierno formuló una política social con acciones de compensación para los grupos más desprotegidos, que se puso en marcha por medio del Fondo de Inversión Social y de Emergencia para la creación de empleo de corto plazo, junto con las acciones de prestación de servicios de los Ministerios de Salud y Educación.

Las políticas nacionales de salud, basadas en el Plan Maestro 1991-1996, y ratificadas en la

Primera Conferencia Nacional de Salud celebrada en 1992, se orientaron hacia los ejes estratégicos de descentralización, atención primaria, atención a los problemas prioritarios y participación social. Las principales actividades fueron la implantación de sistemas locales de atención integral de salud (SILAIS), la atención de los problemas prioritarios en las poblaciones de mayor riesgo y en las regiones y municipios más vulnerables, la búsqueda de financiamiento alternativo de los servicios a nivel local, el fortalecimiento de la capacidad física instalada, el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, el establecimiento de una política de abastecimiento de insumos médicos y el fortalecimiento de la participación social. Se hizo hincapié en el fortalecimiento de los 19 SILAIS para hacer frente a los principales problemas de la población, principalmente las enfermedades epidémicas y la atención materno-infantil. El proceso de

fortalecimiento de los SILAIS condujo a la desaparición de las Direcciones Regionales y a la conformación de equipos de dirección en cada SILAIS, responsables de la utilización de los recursos de salud en su territorio y de la coordinación con otras instituciones y sectores.

Como producto de la crisis económica, del déficit acumulado y de los ajustes estructurales que viene realizando el Gobierno, la asignación presupuestaria al sector salud continuó en niveles críticos, lo que produjo un desabastecimiento generalizado de los insumos básicos necesarios para atender las crecientes demandas de la población.

Asimismo, la disminución de la fuerza de trabajo en el Ministerio de Salud como producto de la puesta en marcha del Plan de Conversión Ocupacional incrementó el desbalance existente entre la oferta disponible y la demanda de servicios. Esto hizo que continuara la reducción de los índices de producción de los servicios de salud, tanto en el primer nivel como en el hospitalario, y en las actividades de algunos programas de atención preventiva y curativa, principalmente en cuanto al control de la malaria y el dengue.

Ante esta crítica situación, la comunidad internacional continuó apoyando al país. En el sector salud, se logró la aprobación e implantación de un proyecto de desarrollo de seis SILAIS, financiado por el Gobierno de Suecia. Finlandia, Noruega, Dinamarca, los Países Bajos, Francia, Japón, el Reino Unido, Canadá, Alemania y España también continuaron cooperando con el sector salud. El Gobierno de Italia, por su parte, brindó apoyo al desarrollo del SILAIS de Granada. El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos multilaterales y bilaterales estudiaron la posibilidad de desarrollar proyectos similares, y la Comunidad Económica Europea está considerando dar apoyo para implantar un proyecto de atención maternoinfantil en cuatro SILAIS.

La cooperación técnica de la OPS/OMS continuó concentrando su apoyo en la implantación y fortalecimiento de los SILAIS. Esta orientación general, emanada de la política del Ministerio de Salud, tiene como objetivo prin-

cipal disminuir los efectos de la crisis económica sobre la capacidad de los servicios de salud para atender las demandas de la población. Para ello, la OPS/OMS cooperó en el desarrollo de la capacidad operativa y en el fortalecimiento institucional del Ministerio, con el fin de alcanzar mayor eficiencia y eficacia en todos los niveles de atención, especialmente en el plano local. Asimismo, realizó actividades orientadas a la movilización de recursos, a la conservación del medio ambiente, a la promoción de la participación social, al suministro de medicamentos e insumos esenciales, al mantenimiento de equipos y unidades de salud y a la capacitación y adiestramiento de los recursos humanos.

La cooperación técnica se concentró en varios aspectos claves, incluido el desarrollo de la infraestructura de salud para mejorar la capacidad institucional, y la elaboración de un marco jurídico para la aplicación de esta nueva estrategia. En este marco se brindó especial atención al mejoramiento de la capacidad de análisis financiero y a la reforma de los métodos de financiación de la salud.

Como parte del programa de preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, la Organización colaboró con el Ministerio de Salud en dar asistencia técnica y material en las actividades de rescate y auxilio a los damnificados por los desastres debidos a la erupción del volcán Cerro Negro, en abril, y el maremoto de la costa del Pacífico, en septiembre. El sector salud respondió en forma ágil y eficaz al presentarse ambos desastres naturales. Esta capacidad de respuesta, que en buena medida se debe al establecimiento de los SILAIS, constituye una prueba fehaciente de la adecuación de las políticas nacionales implantadas con la cooperación de la OPS/OMS.

La OPS/OMS también colaboró con el Ministerio en el desarrollo de programas y proyectos sobre alimentación y nutrición; abastecimiento de agua y saneamiento ambiental; crecimiento, desarrollo y reproducción humana; prevención y control de enfermedades transmisibles; malaria; rehabilitación de discapacitados; y formación y capacitación de recursos humanos, entre otros.

La presencia del cólera obligó a la Organización a disponer de todos sus recursos en función del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del país, particularmente en el establecimiento de medidas de prevención y control, diagnóstico y tratamiento de los casos, y búsqueda de financiamiento para hacerle frente al problema.

La Organización siguió colaborando con el país en el desarrollo de la Iniciativa de Salud de Centroamérica y en la elaboración de proyectos dirigidos a la captación de recursos financieros provenientes del BID, el Banco Mundial y otros organismos de cooperación. Además, continuó cooperando en el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, habiéndose establecido líneas de acción conjunta con organismos del Sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones y organismos bilaterales y multilaterales de cooperación.

Con objeto de brindar de manera eficiente esta cooperación, se hizo necesaria la reorganización de la Representación de la OPS/OMS en Nicaragua. Ello implicó el desarrollo de una Unidad de Proyectos dirigida a la elaboración, seguimiento y evaluación de los distintos proyectos administrados por la Representación. Del mismo modo, con el fin de darle coherencia e integralidad a la ejecución de los proyectos, se inició un proceso de cooperación técnica territorial, como instrumento de planificación y seguimiento de la cooperación en el nivel local.

La aplicación de estas medidas ha permitido un seguimiento más apropiado de la ejecución financiera de los proyectos, una atención más próxima al nivel local, una mejor identificación de prioridades de cooperación y una mejor evaluación del impacto logrado.

PANAMA

La "Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconstrucción y Reconciliación Nacional", vigente desde 1990, establece postulados modernos en cuanto a lineamientos políticos y estrategias de la organización y gestión de los sistemas de salud. Hace hincapié en la atención integral, la prioridad de los grupos de mayor riesgo, la equidad, la participación de la comunidad, la educación en salud, el desarrollo y extensión de la cobertura de los servicios de salud y el saneamiento ambiental.

Los programas nacionales de salud se enfocan en la prevención y el control de las enfermedades y de sus causas ambientales, con énfasis en salud materno-infantil, salud de los trabajadores, saneamiento ambiental; salud de los ancianos; control de las enfermedades crónicas, sociales y transmisibles, y control de vectores. Con la estrategia de desarrollar los sistemas locales de salud se fortalecen estos programas, además de que se logran progresos en cuanto a la mejora de la calidad de los medicamentos esenciales, desarrollo

de recursos humanos, informática y desarrollo de la infraestructura física.

La cooperación técnica de la OPS/OMS responde a las prioridades planteadas por las autoridades nacionales y se enmarca dentro de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización para 1991-1994. Los objetivos específicos se concentran en el fortalecimiento de los programas de salud, dentro de una política orientada a ofrecer un mayor grado de bienestar a la población.

La epidemia de cólera por un lado absorbió la mayor parte de los recursos y energías de los programas de la Organización, y por otro, reforzó sus actividades, como en lo que respecta a la disminución de las enfermedades diarreicas, un mejor control de la calidad del agua y saneamiento básico, y aumento de la participación comunitaria.

En el desarrollo de los servicios de salud, el eje de la cooperación técnica fue la estrategia de los sistemas locales de salud, que se concentró en

cuatro grandes áreas de trabajo. Una de ellas hizo hincapié en la capacitación gerencial y desarrollo de los sistemas gerenciales locales, especialmente la programación local, el sistema de productividad, recursos, rendimientos y costos en los hospitales de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud; en el mantenimiento y conservación de instalaciones y equipos de salud, y en el desarrollo de estadísticas y otros sistemas gerenciales. Las otras tres áreas se centraron en el desarrollo de los recursos humanos a nivel regional y local; en el desarrollo de la capacidad de participación social en actividades de salud, y en el fortalecimiento de los mecanismos de acción interinstitucional en salud.

En cuanto a la salud materno-infantil, la OPS/OMS dio apoyo a las autoridades nacionales en sus negociaciones con organismos donantes para el financiamiento del Programa Ampliado de Inmunización; compra de biológicos; mejoramiento de la cadena de frío y de la vigilancia de la cobertura de los servicios de vacunación; capacitación de más de 200 personas en vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, conservación de biológicos y cadena de frío; investigaciones y mejoras en el tratamiento correcto de los casos de enfermedades diarreicas (incluido el cólera) en las instalaciones de salud, y desarrollo de la salud del adolescente. Se formularon planes para la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal.

Además de las actividades tradicionales de saneamiento ambiental, la cooperación técnica de la OPS/OMS, en colaboración con el proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), se concentró en el establecimiento de un plan para lograr las metas de desinfección del agua y mejoramiento de la disposición sanitaria de excretas para la prevención y el control del cólera en todo el territorio nacional en un período de 36 meses. El plan cuenta con aportes financieros del Gobierno de Suecia y el BID. La Organización colaboró también en la preparación de proyectos de preinversión para obras de abastecimiento de agua, plan maestro de manejo de aguas residuales, desarrollo del programa nacional de saneamiento ambiental, y planificación del pro-

grama de desarrollo ambiental integrado. Además, colaboró con las autoridades en el saneamiento de la Bahía de Panamá; contribuyó al fortalecimiento del Comité Interinstitucional de Agua, Saneamiento y Medio Ambiente, entidad que agrupa a las siete instituciones del subsector y a numerosas organizaciones no gubernamentales; y trabajó con el Ministerio de Salud en la preparación de proyectos de agua y saneamiento básico integral para obtener financiamiento del BID y del BIRF.

El programa de control y prevención del SIDA, a raíz de la evaluación que con la cooperación de la OPS/OMS realizó el Ministerio, se reorganizó e intensificó sus actividades. La Organización también dio apoyo a la realización de 39 eventos de adiestramiento en que participaron más de 1 200 personas; financió la compra de condones, equipo de laboratorio y de computación; y cooperó en la contratación de expertos nacionales en epidemiología y diseño gráfico, en el diseño y ejecución de campañas publicitarias de educación, y en la formulación de un plan de mediano plazo de prevención y control de esa enfermedad.

En promoción de la salud, las actividades de mayor relevancia fueron las relativas a geriatría, control de diabetes y salud mental, especialmente la capacitación de unas 400 personas. Se lograron avances significativos en la reestructuración de los servicios psiquiátricos; se sentaron las bases para un programa de promoción de la salud, que además de diseñar políticas, estrategias e investigaciones incluye el fortalecimiento local y la coordinación interinstitucional. También se promovió un plan para fortalecer el concepto de participación social en las seis facultades universitarias relacionadas con la salud.

Con la cooperación de la OPS/OMS, en el Ministerio de Salud se estableció el Departamento de la Mujer, la Salud y el Desarrollo y la Comisión Intersectorial de Apoyo al programa en este campo. La Organización también dio apoyo a las autoridades nacionales en la organización y capacitación de grupos multidisciplinarios en actividades de autocuidado de la salud de la mujer en cuatro regiones del país, y en la problemática de la violencia contra la mujer.

Mediante el Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), la OPS/OMS colaboró en actividades de desarrollo de recursos humanos, particularmente en la planificación y desarrollo de las facultades de ciencias de la salud y de la Escuela de Salud Pública, el financiamiento de 14 becas para cursar la maestría en salud pública, el desarrollo de las unidades docentes regionales, y la organización de la Comisión Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos.

En lo que atañe a la salud de los trabajadores, la cooperación se centró en la organización de la Comisión Interinstitucional de Salud de los Trabajadores y en la formulación del Plan Nacional de Salud para este grupo de población.

En medicamentos esenciales, las actividades de cooperación técnica de la Organización hicieron hincapié en la organización y capacitación de personal en varios aspectos, entre ellos, buenas prácticas de manufactura, farmacología clínica, papel que desempeña el farmacéutico en la educación, y currículos de farmacia y economía de los medicamentos. Se proveyó equipo de computación para diversas unidades de los servicios relacionados con los medicamentos esenciales y para la Facultad de Farmacia.

En cuanto a la prevención y control de la tuberculosis, la OPS/OMS trabajó con las autoridades nacionales en la revisión y fortalecimiento del programa mediante la actualización y ajuste de su estructura, organización y normas técnicas, la capacitación de personal y la organización y mejoramiento de los mecanismos de coordinación con otras instituciones relacionadas.

En preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, la OPS/OMS colaboró en la capacitación de más de 300 funcionarios de varias instituciones, con apoyo técnico del Gobierno de Italia.

En el campo de alimentación y nutrición, por medio del Grupo Técnico Básico del INCAP se cooperó con seis instituciones y varias organizaciones no gubernamentales en capacitación en lactancia materna, alimentación y nutrición, prevención de deficiencias nutricionales específicas, prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y control de enfer-

medades diarreicas y del cólera; revisión de los currículos de enseñanza media; fortalecimiento del manejo de comedores escolares; planificación para la realización del cuarto censo de talla en escolares; apoyo a la instalación de una primera planta de "PANACREMA"; desarrollo de actividades dentro del programa de la "Galleta Nutricionalmente Mejorada"; control de la yodación de la sal; formulación del Programa Nacional de Nutrición; realización de investigaciones y encuestas sobre prevalencia de bocio, hipovitaminosis A, anemia, lactancia materna, estado nutricional y caries dental en prescolares, relación entre la nutrición, el cáncer y las enfermedades crónicas, alimentación del niño con diarrea e indicadores de riesgo del retardo del crecimiento intrauterino; y preparación de la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. También se cooperó en la identificación de un proyecto de nutrición con el Banco Mundial.

En salud pública veterinaria, además de los procesos habituales de vigilancia de las zoonosis, la cooperación se concentró en analizar los problemas sectoriales, en mantener al país exento de tuberculosis bovina y en realizar actividades de control de alimentos como parte del programa de prevención del cólera.

Los principales logros alcanzados en mantenimiento de equipos hospitalarios fueron: la implantación del sistema de información en cuatro regiones sanitarias; el funcionamiento de la Comisión Nacional, que establece normas y coordina los esfuerzos de las distintas instituciones del sector salud en mantenimiento de equipos; la realización de 10 cursos u otras actividades de capacitación de personal; la producción del Boletín MANTENER; la adquisición y distribución de manuales de normas, y la compra de equipo.

Unos 100 expertos extranjeros proporcionaron asesoramiento técnico durante el año, por un total de 870 días aproximadamente. Además, la Organización dio apoyo técnico y financiero para la realización de 421 seminarios con 13 839 participantes nacionales, y de 104 seminarios, talleres y reuniones en el exterior con 172 participantes. Además, colaboró con las instituciones nacionales en la adquisición de medicamentos, vacunas, equipos y materiales, y otros insumos.

SUDAMERICA

COOPERACION ANDINA EN SALUD

La Organización continuó promoviendo activamente y ejecutando las actividades de apoyo a la iniciativa de Cooperación Andina en Salud. Estas acciones se realizaron en el marco del plan conjunto de trabajo para el año, preparado por la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y por los Cuerpos Directivos de la OPS.

Uno de los pasos más innovadores que promovió la OPS/OMS fue el Seminario/Taller realizado en Quito, en el que representantes de alto nivel de los Ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores, institutos de seguridad social, juntas de planificación y la Junta de Cartagena, exploraron por primera vez los mecanismos para involucrar a estas instituciones, que son actores principales en la movilización de recursos externos y en la promoción de la iniciativa andina en sus respectivos países. Los representantes también analizaron la posibilidad de establecer consejos nacionales, coordinados por los directores de las oficinas de asuntos internacionales en los Ministerios de Salud, que proveerían apoyo político y ayudarían a promover la iniciativa y sus proyectos.

Durante el año, la Organización continuó colaborando en tres aspectos principales de la iniciativa. A nivel político, la cooperación técnica y el apoyo se concentraron en el fortalecimiento de la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y en una mayor coordinación con su nueva Secretaría Ejecutiva. La Organización participó en una reunión del comité coordinador del Convenio celebrada en Lima, así como en la XVI Reunión de Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA) celebrada en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. El Director de la OSP se reunió en dos ocasiones con los Ministros de Salud para examinar nuevas maneras en que se podría promover aún más la iniciativa andina a nivel nacional e internacional. La reunión de Ministros de Salud efectuada en Bogotá culminó

en la Declaración de Santafé de Bogotá, en la que se destaca el papel que desempeña la salud como un mecanismo potencial para la integración de la subregión. En esa reunión, el Director de la OSP y los Ministros revisaron las estrategias que sería necesario promover para dar impulso a la iniciativa. La OPS/OMS y la Secretaría continuaron trabajando en un documento básico para consideración de los Ministros en 1993.

En el plano técnico, la Organización prosiguió dando apoyo directo a la iniciativa por medio de la labor que desempeñan las Representaciones de la OPS/OMS en los Países y su personal, así como los expertos de las unidades técnicas de la Organización, con el personal nacional de contraparte en cada una de las áreas prioritarias, y mediante la utilización de recursos técnicos y financieros regionales. La Organización pudo apoyar o auspiciar varios encuentros de los técnicos nacionales de contraparte que se reunieron durante el año para elaborar planes conjuntos de acción en sus respectivas áreas prioritarias; los mejores logros se obtuvieron en cuanto a salud maternoinfantil, medicamentos esenciales y malaria.

La Organización siguió dando apoyo al boletín trimestral *Salud Andina*, que publica el Convenio Hipólito Unanue; este boletín, de amplia distribución, da cuenta de las actividades de la iniciativa andina. Los Representantes de la OPS/OMS en los Países y las unidades técnicas de la Organización proporcionan de rutina información para esa publicación.

Durante el año, la OPS/OMS auspició varias actividades sobre asuntos relativos a las fronteras entre varios países andinos, por ejemplo, se proporcionó apoyo financiero para acciones conjuntas entre Colombia y Venezuela con el fin de fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica; Ecuador y Venezuela colaboraron en los aspectos de atención integral y gestión de los sistemas de información a nivel

local; Brasil, Colombia y Perú cooperaron en el control de enfermedades transmisibles, con especial énfasis en el cólera, y Bolivia y México colaboraron en el reforzamiento de programas de atención materno-infantil. La cooperación técnica en Chile y Perú se enfocó en el control del cólera, y en Bolivia y Chile, en el manteni-

miento de equipo, cambios curriculares en las facultades de medicina y el apoyo al Plan Nacional sobre Supervivencia Infantil y Salud Materna. Los esfuerzos cada vez mayores en las zonas fronterizas han desempeñado un papel importante en la promoción de las actividades de la iniciativa.

BOLIVIA

Continuando con su política de mantenimiento de la estabilidad económica, modernización del Estado y promoción de la inversión de capital privado, en 1992 el Gobierno dio pasos importantes para fortalecer el proceso democrático. Entre ellos se destaca la creación del Sistema de Análisis Financiero y de Control (Ley SAFCO) y el Decreto Supremo sobre los Lineamientos Básicos de la Lucha contra la Pobreza, que establecen, conjuntamente con el Fondo de Inversión Social (FIS), los marcos y mecanismos de apoyo a la política social que da prioridad a los sectores de salud y educación. El Decreto Supremo aprobatorio del Programa Nacional de Cooperación Técnica 1992-1996 establece el marco regulador del aporte externo para los programas de salud, que se calcula en US\$ 100 millones anuales, y entre sus áreas prioritarias identifica el establecimiento de los sistemas descentralizados y locales de salud.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública dio particular importancia a las líneas estratégicas de la gestión social y a la descentralización. Dentro del marco de estas prioridades, la Organización contribuyó con el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En los 11 distritos de salud seleccionados se brindó apoyo al incremento de la capacidad técnica y administrativa, al refuerzo del proceso de gestión y a la investigación participativa. La OPS/OMS promovió la creación de un núcleo de conducción integrado por el Director General de Salud, los Directores Nacionales y los Jefes de los Programas del sector. Además, cooperó en

el fortalecimiento de la capacidad operativa de las unidades sanitarias de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz, e impulsó la programación local y la capacitación del personal de las áreas y sectores en Tupiza, Cotagaita, Villazón, Sacaca y Toledo. Con financiamiento del Gobierno de Francia y apoyo intensivo de la OMS, se ejecutó un proyecto de desarrollo de los servicios de salud en los cuatro distritos de Tupiza mediante la formación y capacitación del personal institucional y comunitario en los diferentes niveles de atención; la regularización de actividades integrales de supervisión, evaluación y seguimiento; el desarrollo de la gestión social; la promoción de investigaciones, y el apoyo a los gastos operativos.

Atendiendo a una solicitud del Ministerio y de organizaciones no gubernamentales, tales como *Medicus Mundi Navarra* y *Médicos sin Frontera de España*, y *Cooperación Internacional de Italia*, la OPS/OMS evaluó varios proyectos, entre ellos el Proyecto Social Cardenal Maurer (con 10 años de ejecución), el de Sacaca (con cuatro años) y el de Palos Blancos y Cobija. Además, la OPS/OMS cooperó en la implantación del Programa de Garantía de la Calidad de Hospitales, dentro del cual se realizó el Primer Congreso Boliviano sobre Acreditación de Hospitales, seguido por la creación de las federaciones locales en las unidades sanitarias, el Directorio de Hospitales, y la revisión del Manual de Normas y Procedimientos Hospitalarios con un grupo de trabajo constituido por los directores de los principales hospitales del país.

En relación con la seguridad social, la Organización dio impulso al Convenio Andino de Seguridad Social y al Carnet Andino en Salud, que durante el año se puso a consideración de los países del Area Andina. Asimismo, realizó un seminario taller sobre la seguridad social con la participación de todo el sector, para analizar la situación actual de las cajas de prestación de servicios y su contribución a los sistemas locales de salud.

La Organización cooperó con la Oficina Sectorial de Planificación en la formulación de normas para la planificación local y la realización de un seminario nacional en el que participaron todos los directores de distritos. Además brindó apoyo al Colegio Médico en la formulación de la Ley y Reglamento del Ejercicio Profesional de la Medicina y, a solicitud del Gobierno, editó y difundió el libro *Antecedentes y desarrollo de la legislación sanitaria en Bolivia*.

En materia de rehabilitación, se revisó la Ley del Impedido para su presentación al Poder Legislativo y se capacitó al personal auxiliar y comunitario en algunas zonas, así como al Director Nacional de Rehabilitación en técnicas gerenciales en este campo.

El Ministerio, conjuntamente con el de Defensa y las Fuerzas Armadas, y con el apoyo del UNICEF, del FIS y de la OPS/OMS, inició un programa de educación del soldado en atención primaria de salud entre los 35 000 y 40 000 jóvenes que anualmente hacen el servicio militar obligatorio. El programa llegó a contar con 975 instructores oficiales de las Fuerzas Armadas y cerca de 3 000 instructores operativos que hasta fines del año capacitaron a más de 5 000 soldados en aspectos de salud, quienes a su vez se constituyeron en "centinelas de la salud".

En el campo de prevención de desastres, la OPS/OMS, en coordinación con la UNDRD, cooperó en actividades para mitigar los daños causados por las inundaciones en el norte y por las sequías en el centro y en el sur del país.

En cuanto al desarrollo de recursos humanos, la OPS/OMS cooperó con las autoridades nacionales en el análisis prospectivo y planificación de la formación del personal profesional en nutrición, bioquímica, farmacia y veterinaria;

dio apoyo al fortalecimiento técnico de la maestría en salud pública, y colaboró con el Ministerio en la definición de perfiles ocupacionales y educativos del personal auxiliar de enfermería acordes con el desarrollo de los distritos, así como en la capacitación del personal de unidades sanitarias en metodología educativa con el propósito de instaurar procesos de educación permanente. Dentro de la estrategia de gestión social, se brindó apoyo a la implantación del marco político mediante la validación de modelos de investigación-acción participativa en el nivel local.

Para promover la generación y difusión del conocimiento científico-técnico, la OPS/OMS hizo un diagnóstico de la situación actual de la ciencia y la tecnología en salud, y fortaleció la Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud y el Centro de Documentación de la Representación de la OPS/OMS en el país.

Con financiamiento del Reino de los Países Bajos, la OPS/OMS aumentó sustancialmente su cooperación técnica en el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales. Dentro de las actividades iniciadas se destaca la descentralización de la red regional de la Central de Abastecimiento de Suministros en casi todos los departamentos del país, la integración de las actividades del Programa Nacional a nivel de algunos distritos piloto y la amplia distribución de una lista reducida de medicamentos esenciales para las enfermedades prevalentes del niño (enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas). Bolivia fue sede del Primer Seminario Subregional sobre el Uso Racional del Medicamento en el Area Andina.

En materia de enfermedades transmisibles, la Organización brindó apoyo al Ministerio para la creación de la Unidad de Gestión de Chagas y el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de Chagas. También colaboró en la capacitación, supervisión, evaluación y movilización de recursos para el control de la tuberculosis; en la lucha contra la epidemia de cólera, que alcanzó extensas zonas del país en el primer semestre; en actividades de investigación, capacitación, supervisión y evaluación en relación con otras enfermedades transmisibles,

y en la revisión y difusión de normas. La OPS/OMS también ayudó a difundir información epidemiológica en los servicios de salud y cooperó con los centros de investigación para el fortalecimiento de la capacidad de investigación en enfermedades tropicales.

En el campo de la salud ambiental, las principales actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS se dirigieron a la consolidación del reordenamiento institucional del sector iniciado en 1991 dentro del Plan Nacional "Agua para Todos", así como a la capacitación y la participación del personal nacional en encuentros regionales, la difusión de información y comunicación social, y la realización de la "Primera Semana Nacional del Agua". En 1992 se celebró el "Año de la Salud de los Trabajadores", lo que contribuyó a que se pusiera especial énfasis en la elaboración de un plan nacional de desarrollo en este campo, que incluye el fortalecimiento institucional, la capacitación de recursos humanos, la incorporación de acciones de salud ocupacional en los SILOS y la realización del segundo congreso nacional sobre el tema.

En nutrición, la OPS/OMS contribuyó a promover la planificación de intervenciones por objetivos, a fin de que la dinámica del proceso sea sostenida y permita medir el impacto. En ese sentido, se trabajó en la reactualización del Proyecto Integral de Apoyo al Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. El Programa de Vigilancia Alimentaria y Nutricional continuó con el propósito de establecer programas comunitarios en este campo, con la participación del UNICEF y la OPS/OMS. Conjuntamente con la FAO y otros organismos internacionales, la OPS/OMS colaboró en la preparación de un documento sobre la situación alimentaria y nutricional del país para la Conferencia Internacional sobre Nutrición. Bolivia inició la formulación de políticas de alimentación y nutrición.

Con respecto a la prevención y control del SIDA, la OPS/OMS cooperó especialmente en los componentes de educación y vigilancia. Dentro de estos componentes, la Organización promovió la participación de funcionarios del Ministerio de Educación y de profesores y alum-

nos de los colegios en la ejecución de actividades educativas para el control de esta enfermedad; elaboró y distribuyó material informativo y audiovisual destinado a grupos considerados prioritarios y a la población en general, y prestó asistencia técnica para el fortalecimiento de la red de laboratorios como apoyo a la vigilancia epidemiológica. La OPS/OMS suministró equipos audiovisuales para algunas unidades sanitarias, ya que las demandas con respecto a información y orientación sobre el SIDA son cada vez más crecientes.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la cooperación técnica se concentró en el avance hacia la meta de erradicar la poliomielitis de la Región. Durante 1992 se logró una extensa cobertura de vacunación. Desde 1986 no ha habido evidencia del poliovirus salvaje en el país. El sistema de vigilancia de la poliomielitis continuó superando la tasa de identificación de casos de parálisis flácida requerida para los países de las Américas. El tétanos neonatal fue controlado en todo el país, especialmente en el departamento de Beni, debido en parte al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y a una participación activa de las parteras tradicionales. El PAI también contribuyó al oportuno funcionamiento del Subsistema Nacional de Información en Salud.

En salud materno-infantil, la OPS/OMS participó activamente en la iniciativa del Plan Decenal en favor de los niños y las mujeres, y cooperó en la revisión de la segunda edición del *Manual de normas y procedimientos del Plan Nacional Materno-infantil*, que introduce innovaciones en los conceptos de atención integral de salud a la mujer, al niño, al escolar y al adolescente. Asimismo, conjuntamente con la Fundación W.K. Kellogg y el Programa Internacional de Educación en Ginecología y Obstetricia del Hospital Johns Hopkins (EUA), mediante un convenio con las universidades la OPS/OMS trabajó para modificar el currículo materno-infantil en las tres facultades de medicina y ocho carreras de enfermería; también completó la elaboración e implantación de la historia clínica única en los distritos de salud, incluida la detección del riesgo reproductivo. En

relación con la Iniciativa Andina Maternoinfantil, Bolivia, país coordinador del área de salud maternoinfantil, dentro de la Cooperación Andina en Salud organizó la segunda reunión de los puntos focales en este campo, durante la cual se analizó el grado de avance de la ejecución del Plan Subregional de Salud Maternoinfantil y se definió el Plan de Trabajo para 1993.

Las acciones dirigidas a los niños menores de 5 años se concentraron en el control de enfermedades diarreicas y en el tratamiento correcto de las neumonías, que conjuntamente son responsables de más del 50% de la mortalidad infantil en el país. Asimismo se pusieron en marcha 5 000 unidades comunitarias de rehidratación oral. Bolivia realizó actividades para obtener datos sobre la mortalidad materna e infantil, fortaleciendo el Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, y lanzó la iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño y la Madre donde, conjuntamente con el UNICEF, la OPS/OMS promovió la lactancia natural y la capacitación universal de todo el personal de salud en 11 hospitales regionales del país. Se firmó un convenio entre importadores y productores de leches sucedáneas de la leche materna y el Ministerio, en el que se regularizaron las donaciones y la promoción de las mismas en el país. El proyecto de la Fundación W.K. Kellogg y la OPS/OMS de Salud Integral al Adolescente ha estimulado la coordinación entre las instituciones y organizaciones que trabajan en ese campo. Se logró integrar el componente de la mujer, la salud y el desarrollo en el Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo y Salud Materna, y las normas del Ministerio sobre este tema, lo que facilitó una mejor coordinación entre las organizaciones no gubernamentales y de mujeres, como la Comisión de la Mujer, del Congreso Nacional. En un taller celebrado sobre el liderazgo de la mujer en salud maternoinfantil y planificación familiar se destacó la importancia de trabajar con un enfoque de género, tomando en cuenta las diferencias

sociales entre mujeres y hombres, y las diferencias en las tasas de mortalidad así como en la educación y participación de ambos sexos.

En salud pública veterinaria, la Organización cooperó con los Ministerios de Salud y de Agricultura en el área de zoonosis, especialmente en el control de la rabia, por medio de campañas masivas de vacunación canina. El Brasil donó 200 000 dosis de vacuna antirrábica canina, y Venezuela otras 100 000. En protección de alimentos se hizo hincapié en la coordinación interinstitucional para la formulación de un programa integrado con participación de los sectores oficial y privado (industria y comercio de alimentos), con enfoque en el nivel local. La OPS/OMS cooperó en la elaboración de un plan nacional de erradicación de la fiebre aftosa y dio apoyo a los productores ganaderos en la búsqueda de soluciones para obtener en forma progresiva áreas exentas de la enfermedad en el oriente del país (principal zona pecuaria de Bolivia); una misión de alto nivel de representantes del sector ganadero de Bolivia visitó PANAFITOSA. Se preparó el Programa Boliviano de Primatología, que tuvo como marco de referencia el convenio firmado entre la Organización y el Gobierno de Bolivia en febrero de 1991 y contó con la participación de la nueva Secretaría General del Medio Ambiente para su puesta en marcha.

Respecto a la Cooperación Andina en Salud, se efectuaron reuniones subregionales en las áreas de medicamentos, salud maternoinfantil, y prevención y control de la farmacodependencia; Bolivia fue sede de la XVI REMSAA. Durante el año se suscribió un convenio bilateral de cooperación con el Ecuador.

Dentro del marco de la cooperación técnica entre países, el Gobierno de Cuba contribuyó en la revisión curricular de la Facultad de Medicina de La Paz, y participó en la III Jornada Internacional de Biopatología Andina y en la capacitación de un funcionario en inmunohistoquímica. Se llevaron a cabo reuniones técnicas fronterizas con Argentina, Brasil, Chile y Perú.

COLOMBIA

Durante 1991 y 1992 Colombia atravesó un complejo proceso de transformación institucional derivado de su nueva Constitución. En el campo de la salud ese cambio fundamental se inició en 1990, cuando el Gobierno instituyó tres líneas de acción: promoción de la salud, descentralización de los servicios y eficiencia en la gestión. Las mayores tareas que se plantea el país en materia de salud son dinamizar el enfoque de promoción de la salud y lograr una cobertura suficiente para servir a toda la población.

Colombia comparte con el resto de la subregión las características de un perfil epidemiológico mixto. A la vez que se registran progresivamente las enfermedades propias de las sociedades modernas, se reactualizan o mantienen otras estrechamente vinculadas con la pobreza y el deterioro ambiental: los 40 000 casos de cólera notificados desde el comienzo de la epidemia en marzo de 1991 y el recrudecimiento de la malaria y otras enfermedades transmisibles son buena prueba de ello. Por otro lado, deben destacarse los avances conseguidos en el control de algunas enfermedades inmunoprevenibles, como la poliomielitis, el sarampión, el tétanos neonatal, la tos ferina y la rabia urbana.

La cooperación técnica de la OPS/OMS se brindó en concordancia con los objetivos de la política nacional de salud, aprobada por el Departamento Nacional de Planeación para el Plan Cuadrial de Salud 1991-1994, los cuales son totalmente coherentes con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas definidas por la OPS/OMS para el mismo cuatrienio.

Continuó el proceso iniciado en 1987 de concentrar los esfuerzos de cooperación en áreas prioritarias. Las políticas persiguen la equidad en salud, promueven el acceso de toda la comunidad a la satisfacción de sus necesidades básicas de salud e identifican a los sistemas locales de salud como el ámbito adecuado para lograr la participación social, la acción intersectorial, la

descentralización y el uso de métodos efectivos de planificación y gestión.

Las actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS se centraron en la movilización de recursos; capacitación de personal; desarrollo de políticas, planes y programas; asesoría técnica directa; investigación y diseminación de información. Se atendieron las áreas de promoción de la salud; desarrollo de los servicios de salud, incluyendo epidemiología; nutrición; salud ambiental; salud materno-infantil; Programa Ampliado de Inmunización (PAI); control de las enfermedades de transmisión sexual, con énfasis en la prevención y el control del SIDA; control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; medicamentos esenciales; desarrollo de los recursos humanos; programa de la mujer, la salud y el desarrollo; y salud pública veterinaria.

En noviembre se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, en la que participaron ministros, directivos y trabajadores del sector salud de varios países de la Región. Sus objetivos se relacionaron con la precisión de políticas, identificación de líneas de acción y revisión de conceptos, estrategias y experiencias. La Conferencia emitió la Declaración de Santafé de Bogotá, cuyas conclusiones responden a la problemática específica de los países latinoamericanos e incorporan aportes significativos de reuniones internacionales previas así como experiencias en promoción de la salud de otros países del mundo.

En cuanto al desarrollo de los servicios de salud, la OPS/OMS cooperó en el fortalecimiento de las acciones de los puntos focales establecidos en los sistemas locales de salud (SILOS). El programa de acreditación hospitalaria fue consolidado, y logró generar acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud, la Seguridad Social, el sector privado, la Superintendencia Nacional de Salud, y la Asociación Co-

lombiana de Facultades de Medicina y de Enfermería. Conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud, se promovieron investigaciones para solucionar problemas prioritarios de salud y para definir mecanismos operativos de participación social en la toma de decisión local. La Organización también cooperó con las municipalidades en una serie de proyectos tendientes a generar acciones integrales de servicios, tales como prevención de desastres y capacitación en el diseño de instrumentos y metodologías para el desarrollo de los SILOS.

Dentro del contexto del convenio firmado entre el BID y la Organización para el control y prevención del cólera, se ejecutaron actividades de vigilancia epidemiológica, laboratorio, salud ambiental y alimentación. En Barranquilla se completó el estudio de fase II de la vacuna oral contra el cólera (seguridad e inmunogenicidad) y se discutió y ajustó con científicos nacionales e internacionales el protocolo del ensayo de fase III de eficacia protectora. Asimismo, se brindó apoyo a las actividades de difusión de información relativa al autocuidado de la población para el control y prevención del cólera, además de la información a profesionales sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La OPS/OMS contribuyó al fortalecimiento del uso de la epidemiología en los distintos niveles administrativos de la gestión en salud, especialmente en el municipal, y en los campos de análisis, vigilancia, investigación y evaluación. Se apoyó el desarrollo de proyectos de fortalecimiento de la epidemiología a nivel local, mapeo de riesgo social, vigilancia de la situación de salud según las condiciones de vida, y fortalecimiento de la epidemiología en zonas marginales en la frontera colombo-venezolana. Además, se colaboró en la identificación de las necesidades de capacitación y reforma curricular en epidemiología y en la realización de un curso de epidemiología aplicada que contó con la cooperación del Instituto Nacional de Salud, la Universidad del Valle, el Ministerio de Salud y los Centros para el Control de Enfermedades (EUA). Asimismo, la OPS/OMS difundió información científico-técnica a nivel seccional y local para lo cual colaboró en la consolidación

de una red de epidemiólogos, salubristas e instituciones vinculadas a este campo. La Organización continuó dando apoyo a la Sociedad Colombiana de Epidemiología, con la que realizó en octubre las III Jornadas Nacionales de Epidemiología en Medellín.

En el campo de la nutrición, la Organización brindó apoyo a los programas de prevención y control de los trastornos por deficiencia de yodo y actualizó al personal docente de las facultades de nutrición en materia de planificación estratégica y diseño de metodologías para evaluar programas comunitarios de alimentación y bienestar familiar.

En cuanto a salud ambiental, se siguió colaborando con el Gobierno en sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de la población. Se hizo hincapié en el desarrollo de un sistema de información gerencial para la identificación de los factores de riesgo del ambiente, control de calidad y uso eficiente del agua, implantación de la estrategia de minimización de desechos tóxicos de la industria y reciclaje, control de la contaminación, promoción de la salud del trabajador y difusión de las tecnologías apropiadas.

En salud maternoinfantil, la OPS/OMS continuó colaborando con las autoridades nacionales en el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, así como en la evaluación de estrategias orientadas a preservar la salud de los niños. También contribuyó a consolidar un programa de atención al adolescente en las seis grandes ciudades del país, que establece la consulta integral al adolescente con actividades específicas de fomento de la salud. La investigación y la vigilancia epidemiológica recibieron apoyo de los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal. Dentro del Plan Nacional de Lactancia Materna se asignó prioridad a la estrategia de "Hospitales Amigos de la Niñez" y a la implantación del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.

En cuanto al PAI, se continuó trabajando para alcanzar la erradicación de la poliomielitis. El último caso de poliovirus salvaje en el país se registró hace más de un año. La OPS/OMS

colaboró en la realización de dos operaciones de "barrido sanitario" en zonas de riesgo, donde se visitaron 1 069 431 viviendas y 884 979 niños menores de cinco años recibieron la vacuna antipoliomielítica. Se realizaron 194 talleres de trabajo sobre vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, con la participación de 2 540 trabajadores de salud de los 18 departamentos donde hay mayor riesgo de infección. La Organización promovió además la investigación en lugares que no cuentan aún con un sistema de notificación del tétanos neonatal, a fin de acelerar las actividades de vacunación de mujeres en edad fértil en municipios no incluidos en el plan de eliminación de esta enfermedad.

En materia de control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la OPS/OMS, teniendo en cuenta las directrices del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, plasmado en el Plan a Mediano Plazo del Ministerio de Salud, brindó apoyo a las políticas del Plan y a la evaluación sobre avances, logros y obstáculos. Se puso de manifiesto la necesidad de promover la descentralización a fin de ofrecer al nivel local el apoyo técnico y financiero necesario para alcanzar esa meta. Se colaboró también en la identificación de grupos y servicios de salud trabajando con programas de prevención de las ETS/SIDA con el propósito de crear redes de trabajo y ofrecer colaboración horizontal a servicios menos evolucionados. Otras acciones se orientaron a la promoción del trabajo con organizaciones no gubernamentales y con grupos de autoapoyo, así como a articular las actividades con otros sectores gubernamentales y con la Iglesia. Se sigue promoviendo el fortalecimiento de la participación intersectorial. Con este fin, se busca la realización de programas conjuntos con el PNUD.

La cooperación en relación con las enfermedades transmisibles consistió en dar apoyo a los esfuerzos del Gobierno para mejorar las condiciones de salud en el control y prevención de malaria, dengue, pian, tuberculosis y oncocercosis, haciendo hincapié en incrementar la vigilancia epidemiológica, capacitar personal y difundir información sobre esas enfermedades. Se siguió brindando apoyo a la descentralización

de la División de Campañas Directas; que a partir de julio pasó a ser la División de Patologías Tropicales, dependiente de la Subdirección de Patologías.

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, la OPS/OMS brindó apoyo al proyecto de intervenciones en factores de riesgo en los sistemas locales de salud de Manizales. Además, cooperó en la diseminación de información para el control del cáncer, especialmente del cuello uterino, en materia de legislación, y en la búsqueda de alternativas institucionales para la reestructuración de la atención psiquiátrica.

Durante los últimos años, el Gobierno, con la colaboración de la OPS/OMS, ha impulsado una política de medicamentos cuyo objetivo central es el uso racional de ellos. Esto llevó a seleccionar un grupo de medicamentos esenciales cuyo uso está respaldado por un Formulario Terapéutico Nacional, y a realizar más de una docena de seminarios locales. En estos seminarios, presididos casi todos por el Ministro de Salud y en los que participaron médicos, enfermeras, distribuidores de medicamentos y usuarios, se dieron a conocer los fundamentos de esa política y se distribuyeron 50 000 ejemplares del Formulario. Asimismo, el Ministerio de Salud impulsó una vigorosa campaña de medicamentos genéricos con aproximadamente 250 nuevos productos en el mercado, con el fin de establecer precios y contrarrestar las estructuras tradicionalmente oligopólicas del sector. En materia de registro sanitario, se agilizó el procedimiento y el diseño para la sistematización del mismo, así como la elaboración de un Proyecto de Registro Andino para sustentar las políticas de apertura económica.

En el desarrollo de los recursos humanos, la colaboración se concentró en dar apoyo a la transformación de los procesos de formación y gestión del personal en función de las políticas y prioridades de salud. Especial atención se puso en la implantación de políticas de descentralización, participación social y promoción de recursos humanos; se identificaron nuevos agentes, y se colaboró en la modificación del perfil de los agentes de salud tradicionales. El mayor acerca-

miento a la comunidad científica, a las universidades, a las escuelas de formación de personal y a los comités de participación en salud ha sido un mecanismo eficaz de acción y de motivación permanente para profundizar el conocimiento y ajustar las orientaciones.

En 1992 se inició el programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo con la formulación de una política del Ministerio de Salud titulada "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", basada en un diagnóstico de las condiciones de salud de la población femenina. Para materializar esa política el Ministerio de Salud suscribió "Actos de Compromiso" con los Servicios Seccionales de Salud de Antioquia, Metrosalud de Medellín, Servicio Municipal de Salud de Cali, las Oficinas de la Mujer de Orden Departamental y Regional de Antioquia y Cali para capacitar personal, divulgar información y desarrollar programas en los diversos locales de salud, con énfasis en la prevención y atención del maltrato intrafamiliar y la promoción del autocuidado en salud de la mujer.

En cuanto a la salud pública veterinaria, las actividades de cooperación de la Organización se concentraron en finalizar la implantación del

Sistema de Registro de Alimentos y Bebidas, que será aprovechado para otros productos de consumo controlados por el Ministerio de Salud. Para el control de la rabia, se colaboró en la organización de la campaña de vacunación antirrábica nacional; en el desarrollo de una vacuna producida en microportadores, y en la formación de profesionales en la epidemiología de esta enfermedad. Además se cooperó en implantar planes piloto de eliminación de la teniasis-cisticercosis con la estrategia de impacto ambiental; en la formación de profesionales en técnicas de diagnóstico de laboratorio de tuberculosis, rabia y encefalitis, así como en las actividades de instalación del laboratorio central y la caracterización de las zonas de riesgo. Con la cooperación de PANAFTOSA, se desarrollaron nuevas aplicaciones del sistema de información y vigilancia epidemiológica; se difundieron los conceptos de vigilancia de las enfermedades vesiculares a nivel local, y se elaboró un protocolo de control de nuevas vacunas contra la estomatitis vesicular. Se inició un estudio prospectivo de modificación de los currículos de medicina veterinaria a fin de incluir la enseñanza de la medicina veterinaria preventiva.

ECUADOR

El nuevo Gobierno que asumió el poder en agosto implantó un modelo nacional de desarrollo que incluye una apertura comercial externa; una política de ajuste orientada a corregir los desequilibrios macroeconómicos y a estabilizar y reactivar la economía del país; políticas sociales compensatorias para proteger a los grupos de mayores riesgos socioeconómicos y brindarles servicios esenciales; el incremento de la participación social y comunitaria, y la modernización del Estado para reducir su tamaño, mejorar y democratizar su gestión y desempeño, y disminuir el déficit fiscal.

En el campo de la salud, el Gobierno le dio importancia primordial al Consejo Nacional de

Salud, organismo de coordinación cuyo objetivo fundamental es formular políticas, programas y normas nacionales de salud. A esta política debe ajustarse toda la cooperación internacional, tanto de los organismos de las Naciones Unidas como de las organizaciones no gubernamentales. La OPS/OMS es miembro del Consejo y coordina las actividades de salud de esas organizaciones con objeto de ofrecer un frente común de colaboración y de apoyo al esfuerzo nacional y promover los convenios de cooperación técnica entre países. La OPS/OMS también actúa como organismo técnico en varios proyectos financiados por otros organismos de cooperación externa (BID, Banco

Mundial, FNUAP, PNUD, UNDRRO, FAO) o gobiernos, tales como el de los Países Bajos para medicamentos; Suecia para saneamiento ambiental; y Alemania y los Países Bajos para prevención y control de las enfermedades diarreicas y del cólera.

La cooperación técnica de la OPS/OMS se ejecutó siguiendo los lineamientos de sus orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para 1991-1994, las prioridades nacionales y las de la Cooperación Andina en Salud.

En la evaluación de la situación de salud y sus tendencias las actividades se dirigieron principalmente al desarrollo de la vigilancia epidemiológica en los sistemas locales de salud y a la salud familiar y comunitaria. Los logros de mayor importancia alcanzados fueron la formación de personal en epidemiología, el fomento de las investigaciones aplicadas, la promoción y publicación de documentos y boletines científico-técnicos, y el inicio de actividades tendientes a implantar un sistema integrado de vigilancia epidemiológica.

Siguiendo la metodología propuesta por la OPS/OMS para el análisis sectorial en salud, se elaboró y presentó a las nuevas autoridades nacionales un análisis del sector salud en el país, en donde se definieron las áreas problema y las alternativas de solución con un enfoque estratégico. Con el fin de apoyar la labor legislativa relacionada con la salud, la OPS/OMS estableció relaciones de trabajo y cooperación con el Parlamento Nacional, en donde se instaló un sistema de información bibliográfica que facilita el análisis y la toma de decisiones en los grandes proyectos nacionales del sector. Además, completó para su publicación la recopilación de aproximadamente 4 500 de las diferentes disposiciones legales emitidas por el Ministerio de Salud Pública desde 1967.

La OPS/OMS cooperó con las autoridades nacionales en los aspectos de fortalecimiento de la atención primaria en los sistemas locales de salud, rehabilitación y modernización hospitalaria, seguridad social, salud oral, seguridad radiológica, investigación, servicios de enfermería, desarrollo gerencial y administrativo, preparación para situaciones de

emergencia y socorro en casos de desastre, y rehabilitación.

En cuanto a la salud familiar integral comunitaria en los sistemas locales de salud, el proyecto de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud (FASBASE) quedó concluido a fines de año, pero no fue puesto en marcha porque faltaba la aprobación de la Junta Monetaria del Gobierno.

El Ministerio de Salud Pública elaboró un programa de medicamentos esenciales genéricos para garantizar su calidad, seguridad y eficacia terapéutica, y asegurar su disponibilidad para toda la población, especialmente los más desprotegidos. Para la instrumentación de ese programa, las autoridades nacionales, en colaboración con la OPS/OMS, realizaron varias actividades entre las que se destacan la elaboración de documentos importantes como el "Plan Nacional de Atención Farmacoterapéutica", el "Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB)", la "Guía Terapéutica del CNMB", la "Guía Terapéutica para el Primer Nivel de Atención", y la "Recopilación y Análisis de la Legislación Farmacéutica en el Ecuador"; la implantación de un sistema computadorizado de registro de medicamentos; la elaboración de una reglamentación complementaria sobre buenas prácticas de manufactura y sobre el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos, así como la reforma de la legislación vigente para agilizar el registro de medicamentos genéricos. Asimismo, se puso en marcha un programa integral de garantía de calidad en el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos que comprende las actividades relacionadas con la adquisición, almacenamiento, muestreo y análisis. La OPS/OMS colaboró además en el diseño de un programa piloto para establecer servicios farmacéuticos en cinco hospitales de alta complejidad y en tres áreas de atención primaria de salud. También colaboró con las Facultades de Farmacia para introducir modificaciones curriculares que permitan que los profesionales que participen en los programas prioritarios de salud estén muy bien capacitados en el uso de los medicamentos.

En cuanto a la promoción de la salud, la Organización cooperó en la concientización de la población acerca de la importancia de la gerontología/geriatria en las actividades de salud pública. Durante el año, el Gobierno promulgó una ley para proteger al anciano y creó un centro de estudios para la tercera edad. La OPS/OMS cooperó además en la consolidación del trabajo del Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica en el país y en actividades relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades cardiovasculares, accidentes, diabetes y cambios de conducta.

En el campo de las enfermedades transmisibles, la OPS/OMS continuó dándole prioridad al control y prevención del cólera. En vista del incremento del porcentaje anual de infecciones por *Plasmodium falciparum* y de que se mantienen índices elevados de infestación de *Aedes aegypti* con peligro de introducción del dengue hemorrágico/síndrome de choque, el Ministerio de Salud Pública, al definir los lineamientos de política para 1992-1996, consideró el control de la malaria y del dengue como actividades prioritarias dentro de la atención de salud. La Organización colaboró con el Gobierno en la implantación de un modelo de estratificación de riesgos para la aplicación correcta de las medidas de intervención; en la disminución de la incidencia de la malaria en el país en un 30% en comparación con 1991; en la búsqueda activa de casos de pian en la cuenca del río Santiago, y en la promoción de investigaciones sobre enfermedades tropicales. El Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales aprobó un estudio sobre malaria presentado por el Instituto Juan César García. La Organización colaboró además en la promoción de un plan de protección de los alimentos y en la consolidación de un sistema de información del programa nacional de tuberculosis.

En cuanto al desarrollo de recursos humanos se trató de establecer articulaciones de áreas claves y esquemas alternativos en la formación de personal para fortalecer y ampliar los servicios de salud. Se brindó apoyo a la definición del

sistema de planificación de recursos humanos; se proporcionó cooperación técnica a escuelas profesionales, especialmente la Escuela de Salud Pública; y se participó en la elaboración de una propuesta integral de educación permanente del proyecto FASBASE, que cuenta con financiamiento del Banco Mundial. Se organizó el Centro de Documentación de la Representación de la OPS/OMS en el País, que cuenta con recursos electrónicos para servir de fuente de información académica y de servicio, y de sede de reuniones de capacitación de personal de salud.

A pesar de su alta prioridad, el programa nacional de alimentación y nutrición solamente logró un modesto avance. La OPS/OMS colaboró en el desarrollo de los distintos componentes del Programa de Vigilancia Nutricional (SISVAN), en la formulación del componente de nutrición del proyecto FASBASE, en la suplementación alimentaria, en el control de los trastornos por deficiencias de yodo, en el fortalecimiento del componente de nutrición en los servicios básicos de salud, en la educación nutricional y en la prevención y control de deficiencias de micronutrientes.

En relación con la salud ambiental, la OPS/OMS cooperó para tratar de alcanzar las metas nacionales en abastecimiento de agua potable; disposición de excretas y aguas servidas; recolección, transporte y disposición de basuras municipales; control de la contaminación ambiental, y para la implantación del Plan Nacional de Salud Ocupacional. Además, cooperó en la capacitación del personal en diversos aspectos relacionados con la salud ambiental, y en asesorías específicas, tales como desarrollo institucional de las empresas nacionales de agua; el plan para la eliminación de residuos sólidos de Quito y el control de la contaminación de los ríos Machángara y Monjas, también en Quito.

Las actividades en materia de crecimiento, desarrollo y reproducción humana se han venido ejecutando de acuerdo con los lineamientos políticos y técnicos. Se destacan la producción de manuales de normas técnicas para el manejo clínico, epidemiológico y gerencial de las actividades a nivel local y la implantación del programa de atención al adolescente. La atención de

salud de la mujer, del niño y del adolescente se llevó a cabo dentro del marco de la salud integral. En las investigaciones operativas se le dio importancia a la salud reproductiva y se conceptualizó el enfoque de riesgo para establecer consenso a nivel nacional que permita aplicar una metodología que facilite el desarrollo de la atención y la gerencia de las acciones de manera integrada.

El Programa Ampliado de Inmunización y el plan de erradicación de la poliomielitis constituyeron prioridades dentro de los programas de salud materno-infantil y de epidemiología, respectivamente. Durante el año se lograron las mayores tasas de notificación de parálisis flácidas agudas, con 1,69 por 100 000 menores de 15 años (73 casos), sin que se haya confirmado ningún caso de poliomielitis. Se incrementó significativamente el número de unidades (alrededor de 300) que conforman el sistema de notificación semanal de parálisis flácidas y de tétanos neonatal, y en todas las unidades hospitalarias del país se implantó una ficha de investigación del tétanos neonatal, lo cual ha permitido mejorar el registro de casos ocurridos hasta 1991 y asegurar que todos ellos sean conocidos e investigados por los epidemiólogos provinciales. El Gobierno se comprometió a conformar un comité institucional para combatir el tétanos neonatal y a dar apoyo para eliminar esa enfermedad del país.

A pesar de algunos problemas, el Programa logró alcanzar por primera vez una cobertura de vacunación de 83% contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina y el tétanos en niños menores de 1 año.

En cuanto a salud pública veterinaria, la Organización colaboró en la movilización de

recursos humanos de los centros especializados; en la capacitación de personal y en el adiestramiento en servicio aplicado a las necesidades de los servicios de salud, y en el suministro de material biológico para diagnóstico. Además, se trabajó en la formulación de la versión preliminar de un plan integrado de protección de alimentos para 1991-1995, con participación intersectorial e interinstitucional, y en la capacitación del personal técnico vinculado con el diagnóstico de *Vibrio cholerae* en los alimentos y con la inspección de ventas callejeras de alimentos. Para el control de la fiebre aftosa, se cooperó en la capacitación del personal técnico en aspectos de vigilancia epidemiológica, en el diseño y ejecución de investigaciones epidemiológicas, en el fortalecimiento de convenios binacionales de salud con Colombia y Perú y en el suministro de vacuna antiaftosa para afrontar situaciones de emergencia. En cuanto al control de las zoonosis, se colaboró en la organización y ejecución de una campaña intensiva de vacunación antirrábica canina en Guayaquil; en la capacitación de personal técnico en el tratamiento médico a personas expuestas a esa enfermedad; en el fortalecimiento del sistema de información epidemiológica, y en la revisión de un manual de normas para el control de la rabia. En el control de la teniasis/cistecercosis, la OPS/OMS cooperó en la investigación de focos activos y en la capacitación de personal en vigilancia epidemiológica.

Dentro de la estrategia de cooperación técnica entre países, se propiciaron y aprobaron convenios con Bolivia y Honduras y se ejecutaron actividades con Colombia, Cuba, Perú y Venezuela. Las nuevas autoridades nacionales de salud hicieron pronunciamientos concretos que favorecen la cooperación con los países vecinos.

PERU

La epidemia de cólera, que se inició en enero de 1991 en el Perú, continuó siendo uno de los hechos de más trascendencia en la situación de salud del país. Además del impacto en

las condiciones de salud de la población, la epidemia tuvo importantes implicaciones económicas especialmente relacionadas con una disminución de las exportaciones en productos

derivados de la pesquería y fruti-horticultura, pago de abultados aranceles por cuarentena de productos en puertos extranjeros, disminución del consumo interno de los mismos productos, disminución de la productividad interna, y el gasto en atención de casos y prevención de enfermedades. Se ha estimado que en 1991 el país tuvo una pérdida económica de alrededor de US\$ 500 millones como consecuencia de la epidemia de cólera.

Además de concentrar esfuerzos para solucionar los problemas que esta epidemia ha causado, la OPS/OMS trabajó con el Ministerio de Salud en otras áreas que el mismo Ministerio definió como prioritarias para la cooperación técnica de la OPS/OMS: desarrollo de los servicios de salud; recursos humanos; planificación sectorial y operativa institucional, financiamiento, y vigilancia estratégica; análisis de la situación de salud; desarrollo tecnológico y de investigación; medicamentos esenciales; cooperación técnica entre países; salud materno-infantil y del adolescente; control o eliminación de las enfermedades transmisibles y las de transmisión sexual; Programa Ampliado de Inmunización; seguridad alimentaria; salud ambiental; promoción de la salud, y gestión de la cooperación externa.

En lo que respecta al desarrollo de los servicios de salud, el Ministerio de Salud le dio prioridad al fortalecimiento de la capacidad de respuesta a nivel local por medio de los sistemas locales de salud llamados ZONADIS (zonas de desarrollo integral de salud), a fin de implantar sistemas locales articulados con carácter interprogramático, interinstitucional e intersectorial para constituir el Sistema Nacional de Salud. En este marco, y a pesar de las serias dificultades económicas que enfrenta el país, el Gobierno, con la colaboración del Gobierno de Italia y la OPS/OMS, continuó con singular éxito el Proyecto de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza (SMALP) en la zona de Chorrillos. En esta misma línea de acción, con el financiamiento del BID y la cooperación técnica de la OPS/OMS, se elaboró un proyecto para fortalecer las redes de los servicios de salud, que incluye el fortalecimiento institucional, la capa-

citación de personal y la adquisición del equipo básico necesario. Para fortalecer el sistema nacional de servicios de emergencia y la preparación para situaciones de desastre, las autoridades nacionales y la OPS/OMS trabajaron intensamente en los sistemas de apoyo de los servicios de salud y de los Comités de Defensa Civil, incluyendo programas fronterizos con Chile y Ecuador.

En cuanto al desarrollo de los recursos humanos, la Organización colaboró en el fortalecimiento del sistema nacional de educación permanente para capacitar al personal responsable por la gerencia y conducción de actividades a fin de mejorar la capacidad de respuesta de los servicios locales de salud dentro del marco de las ZONADIS.

Se lograron importantes avances en la diseminación de información científica y técnica. Con la colaboración de la OPS/OMS, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) difundió información a 24 hospitales bajo su jurisdicción mediante la Red Científica Peruana. Se espera que al implantar el proyecto del Ministerio que cuenta con el apoyo del BID se pueda facilitar el acceso a la Red y llegar a más de 70 establecimientos hospitalarios. Con la colaboración de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación de la OPS, se reactivó la edición de *Medicamentos y terapéutica* a través del Colegio Médico y el Hospital Rebagliatti del IPSS. La OPS/OMS además siguió trabajando a través del Programa Ampliado de Libros de Texto con más de 40 instituciones, aumentó la distribución de sus publicaciones oficiales en el país y dio apoyo para el fortalecimiento de la Biblioteca Nacional.

El Ministerio reglamentó su organización y funciones, definió una política sectorial y elaboró un nuevo Código Sanitario. La Organización también colaboró en la coordinación de funciones entre el Ministerio y el IPSS.

En cuanto al análisis de la situación de salud, como complemento a la instrumentación y diseño de un sistema de información desarrollado por la AID (EUA), el Ministerio, con la colaboración de la OPS/OMS, ofreció un curso de capacitación en la Clasificación Internacio-

nal de Enfermedades para mejorar la calidad de la información sobre morbilidad y mortalidad y definir un perfil epidemiológico más confiable. Por otra parte, mejoró la sistematización de datos de inventarios de recursos y producción de servicios.

Para el desarrollo tecnológico y de investigación, el Perú recibió importante apoyo financiero y técnico de la OMS y de la OPS para instituciones e investigadores que desarrollan proyectos relevantes en temas de salud. En coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la OPS/OMS elaboró por segundo año consecutivo un importante programa para promover la formulación y desarrollo de proyectos de salud. Para 1993 se definieron como prioritarios los proyectos diseñados para mejorar la eficiencia, eficacia, equidad y la participación social en los servicios de salud. Dentro de la iniciativa subregional de Cooperación Andina en Salud, el Proyecto CONVERGENCIA contribuyó a fortalecer el campo de la tecnología.

En lo relativo a medicamentos esenciales, la OPS/OMS colaboró en el fortalecimiento de la administración de medicamentos (almacenamiento, bodegas centrales, regionales y hospitales), en el desarrollo del Formulario Terapéutico Nacional y en el uso racional de medicamentos esenciales.

El Ministerio le dio prioridad al intercambio y apoyo de actividades entre países fronterizos. Por ejemplo, los proyectos con Chile y Ecuador llevaron a cabo programas para situaciones de emergencia en casos de desastre, y con Brasil y Colombia, para control del cólera. También fue importante la cooperación con la Argentina para el control del cólera. El IPSS recibió apoyo de Cuba en materia de ciencia y tecnología.

La atención maternoinfantil a nivel del Ministerio se encuentra un poco fragmentada. Sin embargo, con la coordinación de la AID (EUA), del FNUAP, del UNICEF, de la OPS/OMS y de otras organizaciones, las autoridades nacionales elaboraron planes para la reducción de la mortalidad materna, dentro del marco de la iniciativa de Cooperación Andina en Salud y

de las metas adoptadas en la Cumbre en Favor de la Infancia. La OPS/OMS colaboró con el Ministerio, el IPSS y las organizaciones no gubernamentales en el control de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. Con el apoyo del BID y los Países Bajos, también colaboró con el Gobierno para mejorar la vigilancia epidemiológica, la atención de casos y la prevención y el control del cólera. Asimismo cooperó en aspectos de comunicación social en la zona de la Amazonia (a través de CARITAS) y con los medios masivos de comunicación para promover cambios positivos en la población en los hábitos de higiene personal y en la manipulación de los alimentos. Los casos registrados de cólera disminuyeron significativamente durante el año, pero el Perú siguió siendo el país que notificó el mayor número de casos en las Américas. El programa sobre salud reproductiva financiado por el FNUAP y ejecutado por la OPS/OMS mostró importantes logros en términos de disminución de las tasas de natalidad y fecundidad. En atención perinatal, el CLAP dio importante apoyo técnico, con el aporte financiero del Gobierno del Canadá.

El Gobierno realizó significativos esfuerzos contra la tuberculosis, la lepra, la leishmaniasis, la fiebre de la Oroya, malaria, dengue, rabia y brucelosis, utilizando recursos del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo y la colaboración técnica de la OPS/OMS. Gracias a un taller sobre mantenimiento y reparación de microscopios llevado a cabo con el apoyo de la OPS/OMS se pudo rehabilitar gran cantidad de equipo. La Organización también colaboró en el control y prevención del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), por primera vez en la historia del Perú no se registraron casos de poliomiélitis. Algunos de los factores determinantes para alcanzar esta meta fueron: la coordinación interagencial existente entre la AID (EUA), el BID, el Club Rotario Internacional, el UNICEF y la OPS/OMS, y la decisión del Ministerio de realizar dos barridos en una zona que representa un tercio de la superficie del país, con más de

2 millones de viviendas, con el fin de erradicar el poliovirus salvaje. Además, se llevaron a cabo tres jornadas nacionales de vacunación con todas las vacunas que incluye el PAI; se vacunó a los menores de 15 años de todo el país para hacerle frente a una epidemia de sarampión, y se puso en marcha un programa para controlar y eliminar el tétanos neonatal. Se recibió un préstamo de vacunas del Brasil y a su vez se brindó apoyo al Ecuador en este campo.

En relación con la seguridad alimentaria, con motivo de la preparación de la propuesta del país para la Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, diciembre de 1992), la FAO y la OPS/OMS solicitaron a la AID (EUA), al Programa Mundial de Alimentos, al PNUD y al UNICEF que dieran apoyo al Instituto Nacional de Nutrición del Ministerio de Salud. Dicha propuesta, que sirve de base para definir una política alimentaria y nutricional en el país, generó además un proyecto sobre salud y nutrición básica que será financiado por el Banco Mundial y que constituyó el componente alimentario y nutricional para ser presentado ante la Cumbre en Favor de la Infancia. Después de la Conferencia Internacional sobre Nutrición se movilizaron políticos y técnicos para conformar consejos de alimentación y nutrición en diversas áreas del país, que definen planes regionales en forma descentralizada. También se constituyó un grupo técnico para la lucha contra la anemia por carencia de hierro. Conjuntamente con el UNICEF, la OPS/OMS brindó

apoyo para la erradicación del bocio y el cretinismo endémico por carencia de yodo, proporcionando sal yodada a las zonas carentes de yodo.

En salud ambiental, la Organización a través del CEPIS colaboró en la formulación de un proyecto, que cuenta con ayuda financiera de la Comisión de las Comunidades Europeas y del Gobierno de Francia, por US\$ 10 millones, para fortalecer la capacidad de producción de la planta potabilizadora de Lima (Atarjea) y para abastecer de agua con microsistemas a aproximadamente 700 000 habitantes que viven en extrema pobreza. El CEPIS también cooperó en el fortalecimiento del Servicio de Agua Potable y Alcantarillado de Lima, que se convertirá en una empresa privada, y en un proyecto institucional de agua y saneamiento con el apoyo del Banco Mundial y el BID.

En el campo de promoción de la salud, la Organización inició su cooperación técnica a principios de año en programas específicos tales como salud mental, cuidado del anciano, salud dental, rehabilitación y tabaquismo, pero después orientó sus acciones hacia un enfoque integral que incluye los factores de riesgo y los estilos de vida de la comunidad.

En relación con la gerencia de la cooperación externa, la Organización cooperó en el fortalecimiento de la Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio y del IPSS, lo que contribuyó a mejorar la capacidad de gestión de las actividades y recursos de cooperación de la OPS/OMS en el país.

VENEZUELA

El Gobierno siguió adelante con el plan nacional de crecimiento y desarrollo, con el que espera conseguir elevadas tasas de crecimiento económico en un clima de estabilidad financiera y lograr la diversificación y competitividad de la economía. La aplicación del plan dio como resultado un crecimiento del producto interno bruto sostenido mayor de 9,0% para 1991 y 7,3% 1992. A pesar del éxito del plan desde el

punto de vista macroeconómico, su costo social ha sido elevado, por lo que el Gobierno ha tratado de contener la creciente desigualdad social en el país mediante una política de subsidios directos.

La Organización colaboró durante el año en un estudio preliminar de las condiciones de vida, en el cual se analiza el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas por

municipio y su relación con la salud. El mismo, elaborado con la participación de la Universidad Central de Venezuela, demostró la correlación entre el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, la mortalidad infantil y otros perfiles de mortalidad. Los resultados confirmaron que las poblaciones más vulnerables son las que residen en comunidades rurales y en las zonas urbano-marginales. El estudio sirvió para establecer prioridades en la entrega de la cooperación técnica de la OPS/OMS y basado en el mismo, el Gobierno inició un proyecto específico para la vigilancia de la situación de salud según las condiciones de vida en las ciudades de Caracas y Barquisimeto. Asimismo, los municipios donde según los datos del estudio residen grupos de alto riesgo fueron incluidos en el programa de eliminación del tétanos neonatal, y se realizaron actividades para combatir el cólera. En varios estados se lograron avances evidentes en el sistema computadorizado de información de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

La OPS/OMS publicó una guía sobre la toma de decisiones a nivel local, cuyo propósito es movilizar la voluntad política hacia la salud, y otra sobre la elaboración de proyectos, también a nivel local. La Organización siguió brindando su apoyo al proceso de reorganización del sector salud, iniciado en 1987 mediante la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que concedió autonomía a las regiones. Desde 1989 se han acreditado como SILOS 14 distritos sanitarios. Dentro de ese proceso se contó con la participación de las Universidades del Zulia y de Los Andes, las cuales también colaboraron en el establecimiento de los SILOS en los distritos 4 y 5 de Caracas y Lagunillas, respectivamente.

En promoción de la salud, la OPS/OMS colaboró en la capacitación de maestros de educación básica en el municipio de Baruta, y brindó apoyo al programa de educación masiva del Ministerio de Educación y a los de formación de voluntarios de la comunidad y de medicina simplificada. Este último se fortaleció con la publicación de una nueva versión del *Manual de medicina simplificada*. También llevó a cabo actividades en el área de control del tabaquismo;

trabajó con el Gobierno y la comunidad en la reestructuración de la atención psiquiátrica, y apoyó actividades de educación y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

La OPS/OMS intensificó sus actividades en el programa de comunicación social iniciado en 1991, mediante el cual se ha establecido una comunicación directa semanal con 33 diarios y emisoras en todo el país. También se iniciaron conversaciones con las dos escuelas de comunicación social, con miras a crear una cátedra sobre salud en las carreras de periodismo.

En cuanto a la mujer, la salud y el desarrollo, la Organización continuó colaborando con los Centros de Atención Integral a la Mujer. Durante el año se implantó un sistema de información para verificar la situación de las usuarias de los servicios de salud y para fortalecer dichos servicios. Con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, inició actividades en los campos de promoción de la mujer; derechos de la mujer; prevención del embarazo precoz; educación sexual y reproductiva; prevención de la violencia doméstica, y preparación para situaciones de emergencias en casos de desastre.

En lo referente a recursos humanos, se colaboró con la Dirección de Salud Pública Internacional para determinar las necesidades en los distritos sanitarios y movilizar el personal profesional disponible.

Dentro del marco de la cooperación técnica entre países, cabe destacar el proyecto de fortalecimiento y desarrollo de la epidemiología en áreas marginales e indígenas, llevado a cabo entre Colombia y Venezuela, el de descentralización de los sistemas locales de salud, entre Ecuador y Venezuela, y el de producción de biológicos con tecnología cubana entre Cuba y Venezuela. Como parte de la iniciativa de Cooperación Andina en Salud, la OPS/OMS colaboró en la realización de reuniones sobre medicamentos esenciales, salud materno-infantil, y preparativos para situaciones de emergencia en casos de desastre, que tuvieron lugar en Caracas.

Entre las actividades realizadas en colaboración con el Ministerio para reforzar los progra-

mas de salud figuraron el establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del cloro residual y la formulación de proyectos de inversión en infraestructura para saneamiento básico. También se perfeccionó el sistema de información del Ministerio de Sanidad sobre emergencias y desastres, y se reforzó el programa de prevención del cólera en las zonas con población indígena.

En el campo de la alimentación y nutrición, la OPS/OMS siguió desarrollando el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional en el estado Mérida, y participó activamente en la elaboración de un documento para la Conferencia Internacional de Nutrición.

Con respecto al control y eliminación de enfermedades transmisibles, la OPS/OMS realizó una evaluación del programa de control de la malaria, que puso de manifiesto la necesidad de aplicar un plan de intervenciones estratificadas basadas en las características ecológicas, epidemiológicas y sociales de las comunidades donde la enfermedad es endémica. También se demostró que el control integrado de vectores, así como la atención integrada de las dermatosis tropicales, son las estrategias más eficaces en función del costo en algunas áreas del país. La Organización participó en la puesta en marcha de un programa nacional de control de la oncocercosis, y elaboró una propuesta para establecer otro sobre la leishmaniasis. La OPS/OMS colaboró con el Gobierno en el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica para convalidar que la poliomielitis ha sido eliminada de Venezuela desde 1989.

El programa de protección de alimentos puso el énfasis en las enfermedades transmitidas por los alimentos mediante la realización de estudios de análisis de riesgo y puntos críticos de control, así como de actividades para la prevención del cólera y las intoxicaciones por mariscos (marea roja). Continuó el apoyo a la Universidad del Zulia en su programa de especialización y maestría en medicina veterinaria preventiva. La Organización también colaboró en la realización de un proyecto piloto de control de teniasis y cisticercosis en el estado Lara, para lo cual se utilizó la estrategia de atención primaria de salud.

En relación con la salud materno-infantil, las unidades comunitarias de rehidratación oral trabajan en estrecha coordinación con los hogares de cuidado diario de la Fundación del Niño, para el control de las enfermedades diarreicas. La OPS/OMS, además de colaborar con dichas unidades, cooperó con las autoridades nacionales en acciones relacionadas con el control de las infecciones respiratorias agudas, promoción de la salud del adolescente y atención de la madre, planificación familiar y salud del escolar.

En lo que se refiere a salud de los trabajadores, la OPS/OMS promocionó el establecimiento de sistemas de vigilancia unificados. También en materia de farmacodependencia se dieron los pasos preliminares para la organización de un sistema de vigilancia epidemiológica.

La Organización contribuyó a que la prevención del SIDA se incorporara como tema de estudios en los programas educativos del Distrito Federal, y de los estados Zulia, Carabobo y Nueva Esparta, clasificados como los de mayor riesgo. Asimismo, para prevenir la transmisión perinatal y sanguínea del VIH se coordinaron actividades con la División Materno-infantil del Ministerio y se promovió el uso del método ELISA para analizar los productos sanguíneos en todos los bancos de sangre. También se trabajó para lograr una mayor aceptación del paciente con SIDA por parte de la comunidad, y se mejoró el sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

Con el fin de reforzar el concepto de medicamentos esenciales, la OPS/OMS propuso al Ministerio que estos se dispensaran a los pacientes ambulatorios a través de instituciones hospitalarias. También trabajó con las autoridades nacionales para establecer un sistema computarizado de control de sustancias psicoactivas y estupefacientes, que ya está en funcionamiento.

El componente de salud oral se ha incorporado a los SILOS en los 12 distritos sanitarios. Con el fin de prevenir las caries dentales, la OPS/OMS colaboró con el Gobierno para reactivar el programa de fluoruración del agua, implantar un sistema de información epidemiológica sobre salud oral y promover la producción de equipos simplificados para la atención odontológica.

INICIATIVA DE SALUD DEL CONO SUR

En una reunión celebrada en Montevideo en agosto de 1986, los Ministros de Salud de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay lanzaron la Iniciativa de Salud del Cono Sur como un foro en el que se examinarían problemas de salud comunes y se planificarían acciones conjuntas para abordarlos. Los Ministros decidieron reunirse cada dos años para poner al día los acuerdos existentes en relación con problemas de salud en las fronteras y para analizar el progreso de la Iniciativa. Los países participantes acordaron asimismo que se reunirían una vez al año para celebrar discusiones técnicas con el fin de fomentar el intercambio de información y experiencias sobre problemas de salud prioritarios, adoptar decisiones referentes a las actividades subregionales o bilaterales que promuevan una mejor utilización de los recursos, y determinar en qué medida cada país cumple con las recomendaciones de las reuniones conjuntas técnicas y ministeriales.

Durante 1992 los Gobiernos prepararon informes individuales del progreso alcanzado en las áreas prioritarias para cada uno de ellos. Según las indicaciones preliminares, donde más se ha logrado adelantar hasta el momento ha sido con respecto a la reducción y control de la enfermedad de Chagas. Se ha establecido una comisión intergubernamental sobre la enfermedad en la que la OPS/OMS actúa como Secretaría. El propósito de la comisión consiste en eliminar de las casas el *Triatoma infestans*, así como interrumpir la transmisión del *Trypanosoma cruzi* por transfusión sanguínea. En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Uruguay se utilizó una guía elaborada por la OPS/OMS para la programación de acciones con el fin de preparar los planes para 1992-1995. Dichos planes fueron revisados y serán coordinados por la OPS/OMS. Se celebraron dos reuniones técnicas relacionadas con la enfermedad de Chagas (en Chile en agosto y en el Uruguay en noviembre) en las que participaron funcionarios nacionales de los programas de control. Se identificó que el control de la calidad de la serología presentaba

un problema importante que era preciso resolver para prevenir la infección por *T. cruzi* por vía de la transfusión. En las revistas *The Economist*, *The New Scientist* y *Nouveau Quotidienne* se han publicado artículos que tratan de este tema de la Iniciativa de Salud del Cono Sur.

Los Ministros se reunieron en septiembre en la Sede de la Organización, con motivo de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, para examinar los adelantos conseguidos durante el año y preparar la Reunión de Ministros que se celebraría en Chile próximamente. Los Ministros reafirmaron el principio de cooperación técnica entre países, dejando constancia de que en cada país existen una serie de componentes claramente reconocidos en sus sistemas de salud, que podrían ser compartidos con los otros países participantes. También se reafirmó que el desarrollo del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) ofrecerá oportunidades para la acción conjunta, en especial en materia de seguridad alimentaria, medicamentos y programas de salud en las fronteras. Además, los Ministros tomaron nota de que ciertas situaciones requerirían la cooperación de dos o tres países, más que la de todo el grupo, y de que habría que utilizar al máximo estas oportunidades.

La Reunión de Ministros y la reunión técnica que se había programado para noviembre en Chile tuvo que ser pospuesta a causa de cambios que iban a producirse en dos de los Ministerios de Salud muy cerca de la fecha de la reunión. Sin embargo, ya se habían preparado cuadros estadísticos comparativos en los que se incluyeron datos sobre morbilidad, mortalidad y recursos humanos disponibles en los países. Se compartió con los países participantes en la Iniciativa los resultados del estudio realizado en poblaciones adultas de Brasil, Cuba, Chile, México y Venezuela, que demostraron la prevalencia del tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y la hipertensión arterial. Se recomendó el diseño de programas de demostración para probar los efectos que tendrían varias intervenciones en relación con esos factores.

ARGENTINA

En 1992 se cumplieron nueve años de vida política dentro de un marco democrático y con una economía de mercado cuya estabilidad se basa en el equilibrio fiscal, la privatización del sector público, la reducción de regulaciones y una significativa baja de las protecciones arancelarias. La prioridad del Gobierno en el campo económico sigue siendo el control de la inflación, preservando al mismo tiempo el crecimiento y la estabilidad de los precios.

El compromiso asumido para el pago de la deuda externa requiere una profundización del ajuste, que ahora alcanza el nivel provincial. La austeridad presupuestaria tiene también las respectivas repercusiones económicas en el sector salud. Sin embargo, en la distribución de recursos algunos programas han sido favorecidos, como por ejemplo el de control de calidad de medicamentos, alimentos y tecnología médica.

La inflación anterior, la reforma del Estado y los criterios de ajuste fiscal pusieron de relieve una serie de problemas de financiamiento, regulación y gestión de los recursos dentro del sector salud, no solamente a nivel nacional y provincial, sino también en los ámbitos de la seguridad social y el privado. Sin embargo, la actual coyuntura económica ha generado nuevas condiciones que podrían facilitar la disponibilidad potencial de recursos internos y externos para realizar los cambios sustantivos que señalan los lineamientos propuestos por el Gobierno para la política de salud.

Mediante un decreto presidencial de 1992, el Gobierno oficializó las políticas enunciadas previamente por las autoridades de salud. Estas políticas enfatizaron la integración del sector salud con los demás sectores sociales y la reorganización de los sistemas y recursos de salud, teniendo como eje el desarrollo de los niveles locales. Se estima que la población cubierta por el subsector de obras sociales pasó de 37% en 1967 a aproximadamente 60% al final de la década pasada. Gran parte del gasto total del sector salud recayó en los subsectores de obras

sociales y privados. Durante 1992, el indicador "egresos por cama" señaló un valor más bajo del subsector público comparado con el privado. Este cambio no se atribuye tanto al factor de eficiencia, sino a que el servicio público atiende a un mayor número de enfermos crónicos y a que los equipos de alta complejidad se concentran en el subsector privado. Los establecimientos públicos tienen mayor volumen de recursos dedicados a las actividades que no producen ganancias directas, como docencia e investigación.

En cuanto a la situación de salud del país, los datos de morbilidad muestran que el grupo de enfermedades infecciosas más notorias durante el período 1985-1988 fue el de las diarreas, seguido por influenza, hepatitis vírica, blenorragia, sífilis y sarampión. La malaria sigue presente en las regiones noreste y noroeste. La leishmaniasis ha reaparecido en forma epidémica en las provincias del noroeste y la hidatidosis humana sigue manifestándose como problema. Las estadísticas oficiales indican la existencia de 17 000 nuevos casos anuales de tuberculosis y la muerte por esa causa de aproximadamente 1 200 personas.

La tasa de mortalidad infantil se ha reducido en un 50% durante las tres últimas décadas. Cabe destacar que este indicador tiene una distribución diferente de acuerdo con la jurisdicción de que se trate. Lo mismo sucede con la mortalidad materna, a la que contribuyen por igual abortos y partos; dentro de estos últimos, las cesáreas representan un 70%.

En cuanto al SIDA, existen aproximadamente 1 500 casos notificados y una cantidad de portadores del VIH que según distintas estimaciones llegarían a 100 000. La incidencia ha aumentado entre los adictos a las drogas inyectables, pero ha disminuido entre los homosexuales y bisexuales. Entre los heterosexuales se observa un aumento del SIDA en las mujeres y los niños.

Con relación a la mortalidad se perfilan cambios visibles en el grupo de causas relaciona-

das con condiciones socioambientales (enfermedades infecciosas y nutricionales). En este grupo de causas se observó un descenso importante hasta 1985, año a partir del cual los indicadores tuvieron un discreto repunte en 1987, para adquirir visos de preocupación en 1989. Estos cambios tienen gran significado, ya que son un indicador del deterioro de las condiciones sociales. Los accidentes y la violencia también han repuntado paulatinamente a partir de 1985.

El sector salud participó en las acciones integradoras de las economías subregionales dentro del marco del Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Las principales actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS en este campo se concentraron en la armonización de normas de producción y comercialización de medicamentos y alimentos. La OPS/OMS colaboró con el PNUD en la coordinación de las actividades bilaterales y multilaterales de cooperación internacional.

La cooperación técnica de la Organización, encaminada dentro de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, contribuyó a fortalecer las medidas preventivas y curativas con respecto al cólera y al SIDA, y a diseñar programas de prevención de accidentes viales. Al mismo tiempo se prestó cooperación a las autoridades nacionales para mejorar las propuestas de reforma del sistema de atención médica, con especial atención a la administración estratégica local.

Mediante un decreto presidencial se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología, con características autárquicas que permitieron establecer una estructura de personal adecuada para atraer profesionales competentes. Gran parte del esfuerzo de cooperación técnica de la OPS/OMS se dedicó a la puesta en marcha de esta entidad de regulación y control de calidad.

BRASIL

Los marcos de referencia para programar la cooperación técnica de la OPS/OMS en el país fueron dados por mandatos gubernamentales en tres niveles diferentes pero relacionados entre sí: los de carácter mundial y regional expresados en la meta de salud para todos en el año 2000, el Octavo Programa General de Trabajo de la OMS y las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994; los de carácter subregional emanados de acuerdos entre los Ministros de Salud de los países del Cono Sur y del Mercado Común del Sur (MERCOSUR); y los de carácter nacional provenientes del Ministerio de Salud y de otras áreas del Gobierno, que tienen como objetivo mejorar las condiciones de salud y de vida de la población.

Las principales directivas nacionales de salud se orientaron hacia la universalización de las acciones, la misión del Ministerio de Salud, el

nuevo modelo de atención, la descentralización de los servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos, las relaciones con el sector privado, la participación social, el financiamiento sectorial, la ciencia y tecnología en salud, las condiciones ambientales y de salud, y la cooperación técnica. El Gobierno continuó reconociendo como eje central para la ejecución de las directivas el Sistema Único de Salud, el cual define las funciones de los niveles federal, estatal y municipal.

En el desarrollo de las actividades nacionales de salud y en la entrega de la cooperación técnica de la OPS/OMS influyeron numerosos factores que dificultaron alcanzar las metas trazadas. Entre los más importantes se encuentran los numerosos cambios en la dirección política del Ministerio y la consecuente inestabilidad a nivel directivo y medio de la administración; las reorientaciones de los programas en marcha y la

creación de otros nuevos, sin el readiestramiento necesario del personal y en ocasiones con insuficientes recursos financieros; y la acción independiente, a veces paralela, de los niveles federal, estatal y municipal. Otros factores importantes que obstaculizaron el logro de los objetivos fueron la reducción de la asignación de recursos, en especial los destinados a los sectores sociales, debido a las medidas de ajuste económico orientadas a un proceso de modernización de la administración pública federal y la racionalización del gasto público.

Además de las razones mencionadas, la persistencia de altas tasas de inflación, la pérdida del poder adquisitivo de los salarios y el elevado subempleo agravaron la situación social a un grado que trasciende ampliamente las posibilidades de la cooperación técnica en el hallazgo de soluciones.

A pesar de esta situación, la OPS/OMS cumplió en gran medida con sus compromisos con el país para 1992 y logró obtener resultados satisfactorios. Entre las actividades realizadas merecen especial mención las siguientes. En el campo de los medicamentos esenciales y vacunas, se brindó apoyo a la implantación de la asistencia farmacéutica en el nivel primario de atención, a la inspección sanitaria de medica-

mentos y al mejoramiento de las condiciones de producción y control de vacunas, sueros y hemoderivados.

En cuanto a la organización de los servicios de salud, se dio prioridad a la descentralización y reorientación de los servicios locales de salud (SILOS), y se siguió dando apoyo a varias experiencias locales en Salvador, Fortaleza, São Paulo y Curitiba. Asimismo, se cooperó en la realización de estudios sobre financiamiento sectorial y dinámica del gasto en salud en estados y municipios, y en el proyecto de garantía de la calidad de los servicios de salud y la acreditación de los establecimientos vinculados al sector.

En relación con el desarrollo de recursos humanos, la OPS/OMS colaboró en programas de mejoramiento de la calidad del personal responsable de la asistencia, planificación y gestión de los servicios locales. Además, cooperó en la realización de estudios sobre los gastos de personal y estructura operativa del sector salud.

Otros programas que recibieron especial consideración fueron los de salud maternoinfantil y salud del adolescente; prevención y control del cólera; control de grandes endemias, en especial la malaria; control de la calidad de los alimentos, y prevención y control del SIDA.

CHILE

La actividad económica continuó expandiéndose bajo el gobierno democrático, y al mismo tiempo se observó un equilibrio en sus principales indicadores, con lo que 1992 resultó el mejor de los últimos 30 años en términos económicos. El incremento del producto interno bruto, el más alto de América Latina, fue de 9,5% (7,5% por habitante).

El Gobierno reafirmó la política nacional de dar prioridad a las inversiones en los sectores sociales, dentro de una clara orientación hacia la corrección de desigualdades y superación de la pobreza. La reforma tributaria instituida en 1990 ha permitido recaudar fondos que ascienden a más de US\$ 400 millones, los cuales se han

canalizado en su mayor parte para aliviar la situación de la vivienda, la educación, la salud y la previsión social de los sectores más desprotegidos. El gasto fiscal social per cápita, que en 1989 alcanzara a \$Ch 64 900 en una tendencia descendente, subió en 1991 a \$Ch 76 400 y en 1992 superó esta cifra, hasta llegar a los niveles históricos más altos. En particular, el gasto público en salud ascendió de \$Ch 67 500 millones en 1990 a \$Ch 101 300 millones en 1992.

El sector salud mantuvo las orientaciones políticas y las estrategias enunciadas por el Gobierno, que al iniciar su gestión planteó como objetivos mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, resolver la crisis hospitalaria,

fortalecer la prevención de enfermedades y la protección de la salud, mejorar la calidad del medio ambiente y aumentar la eficiencia del sector. Sin embargo, las acciones realizadas presentaron diversas facetas de controversia durante el año ante planteamientos médico-gremiales y hubo un cambio en el Ministerio de Salud. Esta situación llevó a las autoridades a analizar más detenidamente las estrategias empleadas para incorporar otras adicionales, como revisar el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, órgano asesor y consultivo conformado por personal de las instituciones de mayor gravitación en el ámbito del sector.

La cooperación técnica de la OPS/OMS fue brindada en congruencia con las necesidades nacionales y los lineamientos estratégicos de la Organización. Se desarrolló de acuerdo con lo programado, aunque con los ajustes indispensables para atender situaciones coyunturales y cumplir con las recomendaciones emanadas de la evaluación realizada en marzo. A continuación se describen algunas de las actividades más destacadas.

El fortalecimiento de la atención primaria continuó mediante la extensión de los turnos de atención al público, el aumento de los servicios de atención primaria de urgencia, la creación de 20 laboratorios básicos comunales, el reforzamiento de 104 comunas rurales y la ampliación de la atención gratuita en estos servicios, a fin de beneficiar a más de un millón y medio de personas.

Comenzaron a ejecutarse proyectos de inversión de recuperación de la capacidad física instalada y de equipamiento, financiados con créditos del Banco Mundial y del BID y con créditos y donaciones de cinco países, que se agregaron al importante incremento de la inversión pública sectorial.

Se mantuvo la vigilancia del estado nutricional y el mejoramiento del programa de alimentación complementaria. Asimismo, se reforzó sustancialmente el apoyo a la vigilancia del SIDA; se estableció un sistema de evaluación de las actividades de prevención y control de la infección por el VIH y se inició un programa integral de comunicación social. Se consolidaron las acciones de control de la epidemia de

cólera, con una acción intersectorial concertada y la incorporación de técnicas de laboratorio adecuadas para el diagnóstico. Además de proseguir con la prueba de campo de la vacuna contra la meningitis B, se realizaron programas de lucha contra las enfermedades diarreicas, las enfermedades inmunoprevenibles, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y las infecciones intrahospitalarias.

En el campo de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades no transmisibles, cobró forma la iniciativa de organizar un proyecto que abordará intersectorialmente la intervención en los factores de riesgo que configuran el perfil epidemiológico del país. Se desarrollaron también importantes acciones de promoción para combatir el tabaquismo y se propusieron proyectos de ley al respecto. Se inició, conjuntamente con empresas y trabajadores, un proyecto de detección de hipertensión y de diabetes entre los adultos jóvenes.

Siguió en estudio la iniciativa de la Universidad de Chile y de la OPS/OMS para establecer en el país un Programa Regional de Bioética, que cuenta con el auspicio del Gobierno.

La salud ambiental captó la atención pública, lo que se tradujo en una mayor preocupación por parte de diversos sectores nacionales, públicos y privados. Los serios problemas de contaminación del aire, el suelo y el agua desencadenados por la presencia del cólera, del "smog" de Santiago y del "hoyo" en la capa de ozono, entre otros, crearon una conciencia ecológica en la población que motivó la concertación de acciones entre varios sectores con el liderazgo del sector salud, que ha vuelto a asumir un papel protagónico.

El Ministerio de Salud continuó realizando acciones conducentes al mejoramiento de la gestión en todos los niveles de acción sectorial. Jugaron un papel preponderante en este empeño las acciones de apoyo a la descentralización, el desarrollo de los sistemas de información y de automatización de procesos, y, muy particularmente, el numeroso conjunto de acciones de capacitación de personal de los servicios en manejo gerencial de los programas, proyectos y procesos administrativos de los recursos.

Varias reuniones internacionales fueron celebradas en Santiago, con la participación y el auspicio de la OPS/OMS, entre las que se destacan la reunión interagencial de Cooperación entre Países para el Desarrollo Tecnológico en Salud, el Congreso

Panamericano de Ciencias Veterinarias, el Grupo Asesor en Investigación del Uso Indebido de Drogas Psicoactivas, la Reunión de Puntos Focales sobre Emergencias y Desastres, y un taller sobre políticas de atención de los ancianos.

PARAGUAY

El país continuó el proceso de transición democrática iniciado en 1989. Una de las actividades de mayor trascendencia fue la promulgación de la nueva Constitución Nacional, en la que se apoya el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud y la creación de los Gobiernos Departamentales como base de la descentralización de los sistemas de salud.

El Gobierno demostró especial interés en fortalecer su relación con la OPS/OMS, abriendo aún más la posibilidad de acción de la Organización en el quehacer nacional de salud. La cooperación técnica de la OPS/OMS se centró en la prevención y el control de enfermedades, la salud ambiental, la salud pública veterinaria, el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, los recursos humanos y la salud materno-infantil.

En prevención y control de enfermedades se ejecutaron diversas actividades en los proyectos de promoción de la salud, control y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, enfermedades transmisibles por vectores, salud ocular y SIDA. Con respecto al cólera, la Organización dio apoyo a la preparación de proyectos de comunicación social y de vigilancia epidemiológica, y a la adquisición de insumos para el control de la enfermedad. También colaboró en la capacitación del personal de las regiones sanitarias en epidemiología y vigilancia epidemiológica, en la dotación de equipo de computación para el programa de control de la malaria y en el diseño del programa de control de la hipertensión arterial. La cooperación técnica se extendió a la creación de las comisiones de control de infecciones intrahospitalarias

y a la capacitación de personal para la ejecución de actividades de control de la enfermedad de Chagas y el dengue.

En cuanto al SIDA, se cooperó en la adquisición de materiales para los laboratorios de análisis clínicos y para la habilitación de la red nacional de bancos de sangre. Se dio apoyo técnico para la elaboración y difusión de material educativo; se realizó un estudio de seroprevalencia en embarazadas y en grupos de riesgo, y una encuesta CAP con una muestra de 5 126 personas. Con la cooperación técnica de la OPS/OMS se preparó un proyecto de seguridad de la sangre y educación para la prevención del SIDA que, junto con el PNUD, fue presentado al Reino de los Países Bajos para su financiamiento. También se capacitó personal del programa mediante cursos a nivel de servicios y tres becas en el exterior para profesionales.

En lo que atañe a la salud ambiental, se preparó y negoció un proyecto de abastecimiento de agua y alcantarillado para obtener un préstamo del BID y el Banco Mundial. En coordinación con la Universidad Nacional y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la OPS/OMS colaboró en la celebración de la "semana del saneamiento" y fortaleció los esfuerzos nacionales para atender a los afectados por las inundaciones provocadas por el desbordamiento de los grandes ríos del país. Durante el año se elaboró un plan nacional de reciclaje de desechos que será ejecutado por la Municipalidad de Asunción, y prosiguieron los estudios para resolver el problema de contaminación del lago de Ypacaraí. La OPS/OMS también capacitó personal en

aspectos de evaluación del impacto ambiental y salud ocupacional, y colaboró en una reunión conmemorativa del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental en la que se ratificó la Declaración de Puerto Rico: Abastecimiento de Agua, Saneamiento y Salud, adoptada en 1990. Se iniciaron estudios para suprimir el basurero de la laguna Cateura que afecta a una zona muy importante de la capital. Asimismo, la Organización contribuyó a preparar el Plan Nacional de Salud del Trabajador, que pondrán en marcha los Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social y de Trabajo, y el Instituto de Previsión Social. La OPS/OMS también apoyó a varias municipalidades en la adecuación de sus programas de enseñanza de saneamiento básico y facilitó la participación de técnicos nacionales en reuniones internacionales.

En salud pública veterinaria, un especialista financiado por la Organización a través de PANAFOSA colaboró en la realización de programas y acciones prioritarias para el país, como el control de la fiebre aftosa, la eliminación de la rabia humana y canina, el control sanitario de los alimentos, la dotación de biológicos y actividades fronterizas de salud en el marco de compromisos bilaterales. Durante el año, la cooperación técnica de la OPS/OMS facilitó la vinculación del Paraguay al sistema de vigilancia de la cuenca del Plata y reforzó la capacitación de técnicos en diagnóstico de la fiebre aftosa y en materia de gerencia. Se fomentaron los estudios prospectivos de veterinaria y la enseñanza de la epidemiología, y se coordinó la participación de técnicos nacionales en la XIX Reunión de la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa.

En lo que respecta al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, la OPS/OMS siguió cooperando en la consolidación de la programación local en las regiones sanitarias y en la aplicación del sistema de información para el control de gestión y la gerencia de los servicios. Asimismo, inició la capacitación de funcionarios directivos del Ministerio sobre administración estratégica local, y colaboró en la primera reunión de coordinación de servicios de salud entre el Ministerio y el Instituto de

Previsión Social. La cooperación se extendió igualmente al fortalecimiento de los SILOS y a la descentralización en la región sanitaria de Concepción.

Conforme a las prioridades del Gobierno en cuanto al desarrollo de la infraestructura, la OPS/OMS contribuyó a la conformación de cuatro consejos regionales de salud; colaboró en seminarios para actualizar normas de atención en medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y enfermería en el Hospital Nacional del Ministerio de Salud Pública, y apoyó la publicación de manuales sobre estos seminarios. Además, cooperó en la adquisición de equipos para fortalecer la red de computación de la Región de Concepción, y en el diseño de programas computarizados de estadística para el Ministerio de Salud Pública. Durante el año se ofrecieron seminarios y talleres sobre garantía de calidad de la atención de salud, organización de servicios y prestación de atención de enfermería, atención primaria odontológica, cuidado del anciano, rehabilitación de municipios, y aspectos legales de la creación del Sistema Nacional de Salud. La OPS/OMS dio apoyo al Instituto de Previsión Social en varias actividades, entre ellas, el desarrollo de la atención médica institucional y un estudio actuarial sobre el financiamiento de prestaciones a largo plazo y salud.

En cuanto a recursos humanos, la OPS/OMS colaboró en un estudio sobre el mercado laboral de salud, en la organización del programa nacional de posgrado en medicina, en la preparación de un proyecto para la creación de la Escuela de Salud Pública, en la implantación del programa nacional de educación permanente y en la capacitación de dos funcionarios en administración de recursos humanos en el Brasil.

En el campo de la salud maternoinfantil, se siguió dando apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y al programa de salud del adolescente. Como en años anteriores, la Organización participó en actividades de prevención de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y desnutrición. Siguió en marcha el proyecto financiado por el FNUAP en salud maternoinfantil y planificación familiar,

y el de articulación docente-asistencial en salud materno-infantil financiado por la Fundación W.K. Kellogg. Con la colaboración de la OPS/OMS, se inició un programa de planificación familiar mediante métodos quirúrgicos, financiado por la Asociación Voluntaria para la Anticoncepción Quirúrgica.

La Representación de la OPS/OMS en el País realizó una intensa labor durante el año

para la difusión del conocimiento científico y técnico y del papel que desempeña la Organización. Igualmente se continuaron fortaleciendo los nexos de coordinación con las instituciones nacionales y con organismos de cooperación externa. La OPS/OMS alcanzó su objetivo de mejorar el proceso de entrega de la cooperación mediante la constante adecuación del funcionamiento de la Representación a la realidad nacional.

URUGUAY

La economía del país experimentó en el año un 55% de expansión, el producto industrial aumentó entre 1 y 2%, y la tasa de inflación se redujo de 81% en 1991 a 58% en 1992.

Aunque en agosto hubo un cambio de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, los programas prioritarios, a los que la cooperación técnica de la OPS/OMS dio apoyo, continuaron siendo los previstos en 1991. Seguidamente se resumen las actividades de mayor relieve.

Para la reestructuración del nivel central del sector salud, la OPS/OMS colaboró en el fortalecimiento de la estructura de la Dirección General de la Salud, en la formulación de un plan de informática y en el desarrollo del sistema de información del Ministerio, así como en la recopilación y ordenamiento de la legislación vigente en salud. También colaboró en la capacitación de 37 funcionarios de varias instituciones mediante un curso de administración de servicios de salud organizado por el Ministerio, la Universidad de la República y el Banco de Previsión Social, y en el que actuaron como docentes varios catedráticos de seis de las Facultades de la Universidad. En coordinación con el Grupo de Metodología Educacional de la Universidad Católica, la OPS/OMS cooperó con la Escuela de Enfermería del Ministerio de Salud Pública en el perfeccionamiento pedagógico de su personal docente y en el diseño curricular para la misma. Además, participó en una reunión con las autoridades nacionales con el fin de perfeccionar la organización y el funcionamien-

to de la medicina familiar dentro del sistema de servicios de salud, y colaboró con el Parlamento en la instalación de un equipo de computación y un CD-ROM que será utilizado por las Comisiones de Salud de la Cámara de Senadores y la de Diputados. Las nuevas autoridades de salud formalizaron un crédito con el Gobierno de España para la construcción de dos hospitales y la adquisición de equipo para varios de ellos.

En cuanto a promoción de la salud, el Gobierno impulsó las labores de prevención, control e investigación del cáncer, y el control de las enfermedades cardiovasculares. Con ese fin, difundió mensajes educativos a la población sobre los efectos dañinos de la drogadicción y el tabaquismo. Para facilitar el abandono del uso del tabaco, también ofreció apoyo especializado a la población de la capital y a la de una ciudad del interior del país. La OPS/OMS cooperó con las autoridades en la realización de dos reuniones regionales para la prevención del cáncer de mama, en una encuesta sobre la prevalencia del hábito de fumar y, en coordinación con el Instituto de Oncología del Ministerio de Salud Pública, en diversas actividades del Registro Nacional de Cáncer.

A través de los medios de comunicación social, el Gobierno, con el apoyo de la Organización, difundió a la población programas educativos de promoción de la salud, así como los patrones epidemiológicos observados sobre los factores que afectan al país. Durante el año se constituyó una Asociación de Periodistas en

Salud, como resultado de iniciativas de los participantes en los seminarios-taller sobre comunicación social realizados en 1991 y 1992 por el Ministerio y la OPS/OMS. También utilizando los medios de comunicación social, el Ministerio, la Intendencia Municipal de Montevideo y la OPS/OMS realizaron una campaña para la prevención de accidentes de tránsito que promovió el establecimiento de normas que hacen obligatorio el uso del cinturón de seguridad.

Aunque en el país no se registró en 1992 ningún caso de cólera, la epidemia de esa enfermedad constituye una amenaza constante. En enero se obtuvieron los resultados de una encuesta promovida por la OPS/OMS que pusieron en evidencia bajos grados de comportamientos adecuados para combatirla y escasa información educativa para la población. La aparición de casos en el norte de la Argentina generó demandas de información desde diversos servicios públicos de salud, por lo cual la OPS/OMS promovió el reforzamiento de las medidas de preparación del personal de los servicios de salud y el lanzamiento de una campaña de educación mediante los medios de comunicación social. Una nueva encuesta en el segundo trimestre mostró un cambio radical que coincidió con múltiples declaraciones sobre la adecuada preparación de los servicios. Funcionarios nacionales asistieron a talleres sobre cólera realizados en el CEPIS y en el INPPAZ, y luego difundieron la información y los conocimientos adquiridos mediante talleres y cursos nacionales. La ausencia de uniformidad en cuanto a normas y procedimientos del control de alimentos es una preocupación de las autoridades de varios niveles del Gobierno.

El total acumulado de casos notificados de SIDA es de 335 (en el año se diagnosticaron 90 nuevos casos). Se registró un aumento de casos pediátricos, como resultado de la transmisión perinatal. El programa nacional de control del SIDA fue objeto de múltiples actividades de cooperación de la OPS/OMS destinadas a la realización de estudios de seroprevalencia mediante el empleo de sitios centinela y a la capacitación de técnicos de laboratorio a fin de mejorar la calidad del diagnóstico y de promo-

ver la observación estricta de normas de bioseguridad. Con el propósito de prevenir la infección por el VIH, el país controla en un 100% la calidad de la sangre utilizada para transfusiones. El Gobierno está empeñado en conseguir cambios de comportamiento mediante campañas educativas. Dichos esfuerzos incluyeron mensajes transmitidos por televisión y el envío de una carta con información pertinente del Ministro de Salud Pública a 98% de los hogares del país. Además, por Decreto del Poder Ejecutivo, el 29 de julio se observa como "Día Nacional de Lucha contra el SIDA". A finales de año se realizaron dos encuestas para medir el impacto que la campaña ha tenido en la población. La OPS/OMS, además de colaborar en esa campaña educativa, dio apoyo a actividades de revisión y análisis del marco ético y jurídico-legal en materia de tratamiento y prevención de la enfermedad. También colaboró en la articulación de esfuerzos e iniciativas intersectoriales para prevenir y controlar la epidemia.

Las autoridades nacionales revisaron en el año los estudios preliminares presentados ante una reunión de los Ministros de Salud del Cono Sur en 1991, en donde se muestra que la transmisión humana de la enfermedad de Chagas está interrumpida en el Uruguay; esto intentará confirmarse en 1993.

Los Ministerios de Salud Pública y de Ganadería, Agricultura y Pesca coordinaron actividades para el control de las zoonosis. Entre ellas, se destaca la creación de la infraestructura de laboratorio para controlar la leptospirosis a partir de 1993, el fortalecimiento del control de la brucelosis porcina y el inicio de los trámites para declarar al país exento de rabia. Se presentó ante el Parlamento un proyecto de ley que reestructurará la lucha contra la hidatidosis. En muchas de esas actividades se contó con la colaboración valiosa del INPPAZ.

La Organización Internacional de Epizootias declaró al Uruguay exento de fiebre aftosa, hecho que se ha logrado mediante los esfuerzos del Gobierno y la colaboración continua de PANAF-TOSA.

En la nueva estructura de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública,

la unidad encargada del control de salud ambiental se elevó al rango de división. La OPS/OMS coordinó el funcionamiento de esa división junto con la Dirección Nacional de Medio Ambiente del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, así como con algunos gobiernos municipales. También dio apoyo a la participación de funcionarios de la Dirección Nacional de Medio Ambiente, de la Intendencia

Municipal de Montevideo y de la Universidad de la República en reuniones llevadas a cabo fuera del país.

En noviembre se trasladaron las oficinas y el Centro de Documentación de la Representación de la OPS/OMS a un nuevo local más adecuado a las necesidades generadas por el aumento de las actividades de cooperación y el carácter técnico de la misma.

NORTEAMERICA

CANADA

El Canadá es una monarquía constitucional, un estado federal y una democracia parlamentaria; tiene dos sistemas jurídicos y dos idiomas oficiales, el francés y el inglés. El poder legislativo está dividido entre el Parlamento y 10 legislaturas provinciales. En el ámbito federal, el poder legislativo se divide entre las dos cámaras de gobierno, que son el Senado y la Cámara de los Comunes. El Gabinete, encabezado por el Primer Ministro, ejerce la autoridad real del gobierno; en la actualidad está formado por unos 40 ministros. Cada uno de los gobiernos provinciales tiene una estructura paralela a la del gobierno federal.

En los 125 años transcurridos desde que se formó la confederación del Canadá, la población ha cambiado mucho. En 1991 era de unos 27,2 millones de habitantes, en comparación con 3,7 millones en 1871. Los aborígenes, grupo formado por indígenas empadronados, no registrados, Métis (mestizos) e Inuit (esquimales), representan un 2 a 3% de la población. Los canadienses viven más y tienen menos hijos hoy en día y, como resultado, la población se ha envejecido. En el censo de 1991 se informó que más del 11,6% de la población tiene 65 años y más. Se prevé que ese porcentaje aumentará a un 14% en el año 2001 y a cerca del 27% en el 2031. En 1959, la tasa de fecundidad total del Canadá era de 3,94 niños por cada mujer de 15 a 44 años,

mientras que en 1989 era de 1,76 en ese mismo grupo de edad, cifra inferior a la del nivel de reemplazo que es de 2,1 nacimientos por mujer. En 1991, 15,5% de los canadienses declararon tener algún grado de discapacidad; el 63% está casado y se estima que un 33% de los matrimonios terminan en divorcio. En 20 años, el número de familias de padres solteros ha aumentado casi al doble y ha pasado de un poco más de 1 de cada 10 familias en 1966 a alrededor de 1 de cada 5 en 1991. Las familias encabezadas por mujeres representaron 84,6% del total de las familias de padres solteros en 1989, en comparación con 86,1% en 1973. En el decenio de 1960, la participación de la mujer en el mercado de trabajo era inferior al 40%, y aumentó a cerca del 60% en 1990. Al llegar el año 2000, con la menor tasa de natalidad, casi un 60% de la fuerza de trabajo tendrá más de 34 años, en contraste con un 49% en 1986.

En 1989, la esperanza de vida de los recién nacidos era de 73,63 años para los hombres y de 80,36 para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos en 1989 era de 7,1. Entre 1979 y 1988, la tasa general de mortalidad se redujo, en promedio, 1,4% anual para los hombres y 1,2% para las mujeres. En la población canadiense adulta, después de la cardiopatía coronaria, las principales causas de defunción (según las estadísticas de 1988) son el

cáncer de pulmón y la apoplejía para los hombres, y la apoplejía y el cáncer de mama para las mujeres. Es posible que al final del decenio los principales problemas de salud de los canadienses sean la cardiopatía coronaria, los trastornos mentales y diversos tipos de cáncer. El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual afectarán a un menor número de personas que las enfermedades crónicas pero, aun así, seguirán representando un grave riesgo para la salud. A fines de 1991 se habían notificado 9 299 casos (cifra estimada) de SIDA en el Canadá, y se preveía que esa cifra llegaría a 11 000 al terminar 1992.

Al 31 de diciembre de 1991 había 60 559 médicos civiles en ejercicio, incluidos los internos, o sea un médico por cada 450 habitantes. El número de dentistas al 31 de diciembre de 1990 era de 14 394, o sea un dentista por 1 865 habitantes. En 1990 había 256 145 enfermeras registradas, y 223 965 estaban empleadas. El número de fármacos habilitados era de 22 121 en 1990.

El Canadá tiene un amplio sistema de seguro de enfermedad financiado con fondos de recaudación de impuestos, que cubre los servicios de hospital y atención médica que necesitan todos los residentes. Todos los canadienses, independientemente de su capacidad de pago, tienen acceso a la atención de salud. La responsabilidad de la prestación de servicios de atención de salud compete a las jurisdicciones provinciales y territoriales. En virtud de la Ley de Salud del Canadá, el gobierno federal fija las normas básicas y hace un aporte financiero a los planes de salud provinciales. La función del gobierno federal en la prestación directa de los servicios de atención de salud se limita a las poblaciones indígenas que viven en reservas, al personal de las fuerzas armadas, a los reclusos de las penitenciarías federales y a la Real Policía Montada Canadiense. El Departamento de Salud y Bienestar Social trabaja con las comunidades indígenas que desean asumir la responsabilidad de su propia atención de salud. La asignación presupuestaria correspondiente a 1992-1993 para el traspaso del control de los programas de salud a los indígenas es de \$Can 21,9 millones, lo que permite que los pueblos originarios (First Nations) formulen y presten su propia atención de

salud. Hasta la fecha, el 37% de los pueblos originarios participan en el proceso de traspaso, y ya están en marcha otros proyectos preliminares. En 1991, el gasto por concepto de atención de salud ascendió a un total estimado de \$Can 68 000 millones, que representan el 9% del producto interno bruto.

El Canadá ocupa el primer lugar en la clasificación mundial según el índice de desarrollo humano de las Naciones Unidas. Sin embargo, para que ese logro sea permanente, el país debe seguir respondiendo a los desafíos económicos y sociodemográficos que afronta hoy en día junto con otras naciones. La hipótesis tradicional de pleno empleo, crecimiento económico estable y familias de dos padres, uno de los cuales es su sostén, ya no se ajusta a la realidad. Existen desigualdades socioeconómicas en el estado de salud y su alivio sigue constituyendo una alta prioridad en la política de salud. Con el acceso universal a la atención de salud, se han reducido mucho las desigualdades socioeconómicas en salud; sin embargo, eso se debe solo en parte al acceso universal. Los canadienses siguen reconociendo que una conducta responsable en materia de salud destinada a prevenir la enfermedad antes de la intervención médica, un ambiente sano, una política coordinada de salud pública y el bienestar económico son también factores determinantes de la salud.

Ese reconocimiento de la importancia de realizar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades allanó el camino en el último decenio para reorientar las iniciativas de salud y establecer nuevos programas para abordar graves problemas de salud y sociales. En los párrafos siguientes se subrayan algunos programas y estrategias nuevos y prorrogados.

La Estrategia Nacional en Materia de Drogas, prorrogada en 1992, con una asignación de \$Can 270 millones para un período de cinco años, se centra principalmente en la reducción de la oferta y la demanda, haciendo hincapié en la juventud expuesta a alto riesgo, e incluye la distribución entre las provincias de los costos del tratamiento del alcoholismo y la farmacodependencia, y de los programas de rehabilitación de los toxicómanos.

En el Plan de Acción sobre la Salud y el Medio Ambiente se han asignado \$Can 170 millones para un período de seis años con objeto de regular y vigilar las normas nacionales de calidad del aire, el agua, el suelo y los alimentos; proteger a los grupos expuestos a riesgo; facilitar la acción comunitaria, y contribuir a las iniciativas internacionales.

La Iniciativa de Desarrollo Infantil, con un presupuesto de \$Can 500 millones, anunciada por el Ministro de Salud y Bienestar Nacional el 4 de mayo de 1992, se debe ejecutar y administrar en cinco años junto con las provincias, los territorios, los pueblos originarios, las comunidades Inuit y las organizaciones no gubernamentales. La iniciativa se estableció para ayudar a los niños menores de 7 años expuestos a un alto riesgo de trastornos de salud física y mental, problemas de desarrollo, discapacidad, lesiones, maltrato o abandono.

La Estrategia Nacional del SIDA se lanzó en 1990 con un presupuesto de \$Can 120 millones para un período de tres años. El gobierno federal sigue trabajando junto con otras entidades para reducir la propagación del SIDA, ampliar los conocimientos del público, mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la atención, y fortalecer los servicios comunitarios de atención y salud mental.

En la Iniciativa en contra de la Violencia Familiar, prorrogada por un período de cuatro años, con un presupuesto de \$Can 136 millones para 1991-1995, se siguen aprovechando los programas de trabajo conjunto existentes con otros 14 departamentos federales, provincias, grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales, para recalcar las necesidades de los grupos vulnerables y de alto riesgo y mejorar la respuesta de la comunidad.

El Beneficio Tributario Infantil, que entrará en vigor en enero de 1993, reemplaza todos los beneficios federales para los niños con un solo programa exento del pago de impuestos basado en el ingreso familiar, en el que se incorpora un nuevo suplemento para las familias trabajadoras de bajos ingresos.

Las enmiendas a la Ley de Restricción del Consumo de Tabaco aumentarán la edad legal para la compra de productos del tabaco y esta-

blecerán mayores multas por ventas a menores para evitar que comiencen a fumar.

La Estrategia Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidades es una iniciativa quinquenal de \$Can 158 millones que abarca 11 departamentos federales. La participación del Departamento de Salud y Bienestar Nacional en la eliminación de las barreras para la plena participación política y económica incluye \$Can 1,9 millones anuales para el proyecto piloto de Centros para la Vida Independiente, un programa de contribuciones por un monto de \$Can 9,4 millones y una asignación de \$Can 6 millones del Fondo de Pensiones del Canadá para ayudar a quienes reciben prestaciones por discapacidad dentro del plan para reintegrar a la fuerza de trabajo.

En noviembre de 1992, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional publicó la nueva "Guía canadiense para una alimentación sana". Esta, que es el resultado de la investigación de los consumidores y consultas con los profesionales de salud, las universidades, las organizaciones voluntarias, la industria y varios niveles gubernamentales, incluye, por primera vez, una clasificación para ayudar a los consumidores de "otros alimentos", como los bocadillos.

El 15 de diciembre de 1992, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional anunció una contribución de \$Can 20 millones para el establecimiento de un fondo de incentivo para estudios sobre cáncer de mama, con el fin de apoyar actividades de investigación, examen y tratamiento. Se destinarán otros \$Can 5 millones para apoyar proyectos de información y educación sobre cáncer de mama.

Desde el punto de vista internacional, el Departamento de Salud y Bienestar Nacional tiene sumo interés en asegurarse de que el Canadá esté bien representado en las actividades internacionales. También ofrece asesoramiento técnico y realiza un programa bien establecido de información e intercambio de personal con países desarrollados y en desarrollo. La Dirección de Asuntos Internacionales de dicho Departamento desempeña una función orientadora para velar por que las relaciones bilaterales en materia de salud con los Ministerios de Salud de

otros países, incluso de América Latina y el Caribe, se manejen de una manera coherente. La Dirección también representa al Canadá en las reuniones del Consejo Directivo de la OPS y en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) es el organismo del gobierno federal encargado de poner en práctica la política oficial del Canadá de asistencia para el desarrollo y de administrar el presupuesto para esos programas; en la actualidad, la asistencia oficial para el desarrollo representa alrededor del 0,48% del producto nacional bruto del Canadá. Además de proporcionar los servicios de expertos, el Canadá aportó una suma (estimada) de \$Can 177,95 millones en 1991-1992 para ayudar a los gobiernos de las Américas, de la cual unos \$Can 31 millones se destinaron a actividades de salud, abastecimiento de agua, saneamiento y planificación familiar. El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) desempeñó también una importante fun-

ción de apoyo a proyectos de investigaciones de salud en las Américas en 1991-1992.

En 1992, la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional terminó su primer año de labores como representante técnico de la OPS/OMS en el Canadá. Como tal, uno de sus objetivos fue ampliar la participación canadiense en las actividades programáticas de la Organización. Con ese fin, la Sociedad amplió el registro internacional de personal de salud, una red de expertos canadienses disponibles para trabajar en proyectos de salud en América Latina y el Caribe. Entre otras actividades cumplidas el año pasado, lanzó la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, una actividad regional establecida para prestar asistencia a las poblaciones indígenas a fin de que puedan tener acceso a los principales sistemas de seguridad social; introdujo el boletín trimestral *Salud Inter América*, publicado en español, francés e inglés, y asumió la responsabilidad del programa de becas de la OPS/OMS en el Canadá.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

A fines del decenio de 1990, la población de los Estados Unidos de América llegará a una cifra cercana a los 270 millones de habitantes, y durante su curso habrá experimentado la tasa de crecimiento más lenta en su historia. La población del país en el año 2000 será más anciana y la edad mediana, de más de 36 años, en comparación con 29 años en 1975. Los 35 millones de personas mayores de 65 años representarán alrededor de 13% de la población, y el número de niños menores de 5 años se reducirá a menos de 17 millones. Esa población anciana será una carga más para el sistema general de atención de salud del país. Al mismo tiempo, la composición racial y étnica de la población de los Estados Unidos tendrá un patrón diferente, y los blancos, excluidos los de origen hispano, se reducirán de 76 a 72% de la población.

Para el año 2000, la mejora de las condiciones económicas creará muchos empleos, pero el número de aspirantes jóvenes naturales del país se reducirá debido al cambio de la tasa de natalidad. La tasa de ingreso a la fuerza de trabajo de los negros, hispanos de todas las razas, asiáticos, personas naturales de las islas del Pacífico, indígenas estadounidenses y personas naturales de Alaska será mayor que la de los blancos a consecuencia de los cambios demográficos raciales y étnicos. Las mujeres de todos los grupos raciales y étnicos serán la mayor fuente de nuevos elementos de la fuerza laboral. Durante ese período, los patrones demográficos variarán de una forma que revestirá suma importancia para las autoridades actuales y futuras en la búsqueda de un programa eficaz de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Las estimaciones

sobre esos cambios, hechas con conocimiento de causa, proporcionarán un marco de suma importancia para las decisiones y los programas que llevarán adelante a una nación de gente sana. Se han puesto en práctica nuevos programas para atender las necesidades de la creciente población mayor de 55 años de edad.

En el decenio de 1980 hubo grandes disminuciones de las tasas de mortalidad por las tres causas principales de defunción en los Estados Unidos: cardiopatía, apoplejía y lesiones no intencionales. En gran parte, esos resultados son consecuencia de la disminución de los factores de riesgo: aumento de la detección y el control de la hipertensión arterial, reducción del tabaquismo, mayor uso de cinturones de seguridad, menores límites de velocidad, reducción del alcoholismo y mejores normas de seguridad ocupacional.

Sin embargo, las crecientes tasas de incidencia de sífilis, las bajas tasas de inmunización y el surgimiento de la infección por el VIH en el último decenio señalan la necesidad de formular nuevas estrategias para abordar esos problemas de salud pública. La calidad del aire y del agua ha mejorado desde que el Organismo para la Protección del Ambiente y los estados comenzaron a reglamentarla a comienzos de los años setenta. No obstante, en el último decenio, las personas, comunidades y entidades públicas han mostrado una preocupación cada vez mayor por las sustancias tóxicas, los desechos sólidos y los cambios del medio ambiente del mundo.

Pese a las mejoras generales de salud, los Estados Unidos de América siguen agobiados por las enfermedades prevenibles, las lesiones, la discapacidad y los crecientes costos de la atención de salud. El acceso a dicha atención, incluso a servicios preventivos, es un problema de grandes proporciones para el país. Además, la compleja tecnología para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ha comenzado a privar a la sociedad de la capacidad de pagar por esos servicios.

La salud de la población de un país se mide por algo más que las tasas de mortalidad. La política social hace hincapié en que la buena salud proviene de la reducción de casos innecesarios

de sufrimiento, enfermedad y discapacidad, por medio de mejoras de la calidad de vida de todos. El desafío está en usar la fuerza del conocimiento científico, la competencia profesional, el compromiso individual, el apoyo comunitario y la voluntad política, en conjunto, para que la gente pueda evitar la muerte prematura y la discapacidad. La conservación de un medio físico que apoye la vida humana, el cultivo del apoyo familiar y comunitario, la mejora de la capacidad inherente de cada persona para responder y actuar, y la seguridad de que todos los ciudadanos logren y mantengan un máximo grado de funcionamiento son principios básicos del sistema de salud del país.

Los Estados Unidos de América se han comprometido a lograr tres metas amplias: prolongar el período de vida sana, reducir las disparidades de salud entre los diversos grupos de la población y lograr que todos los habitantes tengan acceso a servicios preventivos. Estas metas se abordarán por medio de estrategias de promoción de la salud concentradas en la elección de un estilo de vida que pueda tener una poderosa influencia en las perspectivas de salud de cada persona, medidas reglamentarias y relativas al medio ambiente que confieran protección a grandes grupos de población, servicios preventivos, incluso orientación, exámenes de detección, inmunización o intervenciones quimioproliféricas para cada persona en los establecimientos clínicos, y sistemas de vigilancia y de recolección de datos, categoría especial relacionada con la integridad de las actividades de recolección de datos que son de importancia crítica para el proceso de vigilancia.

Los programas bilaterales del Servicio de Salud Pública han sido siempre el principal mecanismo de cooperación con los Gobiernos Miembros de la OPS/OMS. Dentro del Servicio de Salud Pública, los Centros para el Control de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud trabajan en forma particularmente activa en el campo de la cooperación internacional. Estos últimos dedican cada año más de US\$ 122 millones a subvenciones y contratos para investigaciones biomédicas y sobre comportamiento, adjudicados a especialistas cientí-

ficos e instituciones del exterior; dichos fondos se utilizan para subvencionar investigaciones y apoyar a más de 2 500 científicos extranjeros que trabajan en los laboratorios de esos Institutos. El papel reglamentario de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige también interacción con varios gobiernos extranjeros. La FDA proporciona asistencia técnica y orientación a otros gobiernos sobre las normas de importación de los Estados Unidos en materia de alimentos, medicamentos, productos médicos y cosméticos, y las restricciones al respecto.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) funciona como el principal canal de asistencia internacional para el desarrollo en los campos de salud, planificación familiar y otros afines. En el ejercicio económico de 1992, el apoyo de la AID para programas de salud, planificación familiar, supervivencia infantil, nutrición y prevención del VIH y del SIDA en las Américas ascendió a un total aproximado de US\$ 165 millones. La política de salud de la AID sigue promoviendo el aumento de la esperanza de vida en los países en desarrollo por medio de una reducción de la mortalidad y morbilidad de los lactantes y los niños pequeños con intervenciones para la supervivencia infantil, tales como una mayor cobertura de tecnología nueva, básica y eficaz, y sistemas de prestación de servicios eficientes y sostenibles. La asistencia prestada por la AID

para planificación familiar se destina a dar mayor acceso a métodos anticonceptivos inocuos, eficaces y de costo módico para poder atender la demanda e incrementar la sostenibilidad de los servicios de planificación familiar. Otras prioridades incluyen prevención y control del cólera, el VIH y el SIDA, mejora de la salud materna y la nutrición (incluso el consumo de micronutrientes), y financiamiento y manejo de la salud.

La colaboración de la Organización con los Estados Unidos se realiza por medio de la adjudicación de becas a profesionales de salud estadounidenses y ofrece a los especialistas nacionales en salud pública la oportunidad de participar como consultores en el trabajo de la OPS/OMS en toda la Región. Además, en el programa de cooperación de la Organización con los Estados Unidos se ha hecho particular hincapié en la reparación y el mantenimiento del equipo biomédico en varios países de las Américas, el adiestramiento de especialistas de los Países Miembros en centros de excelencia de los Estados Unidos y la cooperación bilateral entre ciudades hermanas a lo largo de la frontera mexicano-estadounidense.

A finales de 1992, el nuevo Gobierno electo anunció que en 1993 la reforma de la política pública de salud y la atención de salud recibirían consideración prioritaria, abordando así el viejo problema del acceso a la atención y a los servicios de prevención.

MEXICO

Dentro del contexto internacional, concluyeron las negociaciones del Tratado de Libre Comercio entre México, Canadá y los Estados Unidos de América, y se consolidó la iniciativa de la Conferencia Iberoamericana de Guadalajara de fortalecer la integración latinoamericana con España y Portugal. Asimismo, México reforzó sus lazos comerciales con Bolivia, Colombia, Chile, Venezuela y los países de Centroamérica, inició discusiones con el MERCOSUR,

y participó en las conferencias mundiales sobre la infancia y la ecología.

Las actividades de salud durante el año correspondieron al Programa Nacional de Salud 1990-1994, enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo. Las estrategias del programa se centraron en el fortalecimiento de los SILOS y la descentralización de los servicios de salud, asegurando la amplia participación de la comunidad. Entre los proyectos se destacaron la

vacunación universal, actividades extramuros de los Institutos Nacionales de Salud y los hospitales jurisdiccionales, producción de biológicos y reactivos, centros de transfusión sanguínea, y turismo y salud.

El Plan Trinacional de Cooperación Fronteriza en Salud México-Belice-Guatemala puso énfasis en los programas de control de vectores, inmunización, control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, movimientos migratorios, medicina tradicional, desastres, fortalecimiento de las redes de servicios, así como turismo y salud. Por otra parte, México cooperó con Honduras en la formación de recursos humanos en el área de seguridad social, y con los Estados Unidos de América en la protección del medio ambiente, control de adicciones, zoonosis, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, salud de los trabajadores, salud materno-infantil e información de salud. La Organización financió durante el año la capacitación de 98 becarios en diversas instituciones universitarias y de salud.

La OPS/OMS colaboró en los programas de la Secretaría de Salud y llevó a cabo una evaluación de la cooperación técnica prestada al país en 1988-1991, con la participación de funcionarios de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de otros sectores vinculados. De la evaluación emanaron recomendaciones para todas las áreas dentro del marco de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización.

El proyecto estratégico nacional de desarrollo de las jurisdicciones sanitarias (SILOS), que cuenta con la colaboración de la OPS/OMS, tuvo un notable incremento cualitativo y cuantitativo, ampliando su cobertura a 136 de las 234 jurisdicciones existentes en el país. Además de los siete componentes que inicialmente conformaban el proyecto —estructura orgánica, enseñanza y capacitación, supervisión, abastecimiento de agua potable, conservación y mantenimiento de equipos hospitalarios, participación social e información— se agregaron el de regulación, fomento sanitario, enfermedades diarreicas agudas, control y prevención del cólera y planificación familiar.

Con respecto a la red de servicios, la OPS/OMS contribuyó a la realización de la Reunión Nacional de Acreditación de Hospitales, con participación de todas las instituciones del sector, en la cual se definió una propuesta inicial sobre la organización y funciones de la Comisión Nacional de Acreditación. Igualmente, se fortaleció la relación con el Instituto Mexicano del Seguro Social y se firmó un convenio de cooperación entre la OPS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La red nacional de laboratorios recibió apoyo de la OPS/OMS para el diagnóstico del cólera y la capacitación de personal. Por otro lado, con el financiamiento de la OPS/OMS, la Gerencia General de Biológicos y Reactivos becó a cuatro profesionales en las áreas de producción y control de calidad de vacunas.

En lo referente a la formación de recursos, la Organización colaboró con la Secretaría de Salud en materia de investigación del mercado de trabajo, coordinación sectorial y estatal, formación técnica e implantación de sistemas de capacitación, e información y documentación. Se dio apoyo para la consolidación de un sistema nacional de enseñanza y acciones de capacitación y desarrollo académico con programas docentes innovativos. La OPS/OMS diseminó información científica y técnica, con lo que se fortaleció la descentralización de la promoción y venta de publicaciones, aumentó la cobertura del Programa Ampliado de Libros de Texto, y se reforzó la infraestructura del Centro de Información Técnica de la Representación de la OPS/OMS. También se fortalecieron las bases de datos en salud a través de la apertura de la Red Nacional de Documentación e Información Científica en Salud, con conexiones en el país y en el exterior. La Organización colaboró en la recopilación y difusión de información sobre salud de grupos indígenas y medicina tradicional, y brindó su apoyo en la realización de reuniones técnicas sobre estos temas. Asimismo, dio apoyo al III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública.

La Organización colaboró con el procesamiento y la publicación de datos de mortalidad y dio apoyo a la evaluación del sistema estatal de

información básica. También cooperó en la incorporación de parteras empíricas al sistema de vigilancia epidemiológica simplificada, aumentando su cobertura en localidades sin médico.

En relación con el control de enfermedades, la cooperación se orientó a fortalecer la capacidad resolutoria de los SILOS, promoción de la salud, coordinación con la seguridad social, intervenciones en grupos de riesgo, participación social, los insumos, y la cooperación técnica entre países de la Región. También se colaboró en los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores. Con estos programas se ha logrado disminuir en casi 50% la incidencia parasitaria anual por dos años consecutivos en el caso de la malaria, e incorporar 14 000 enfermos de oncocercosis (78%) al esquema de tratamiento con Ivermectina. También se brindó apoyo a los programas de control de la enfermedad de Chagas, leishmaniasis y dengue, y en el programa de control de tuberculosis se puso énfasis en el desarrollo de recursos humanos. La Secretaría de Salud le adjudicó gran prioridad al control de la lepra durante 1992. La Representación de la OPS/OMS presentó un plan para eliminar la enfermedad mediante la identificación de grupos de alto riesgo, la movilización de recursos, y la incorporación del 75% de los 17 000 casos conocidos al tratamiento multimedicamentoso.

En cuanto al control de las infecciones respiratorias agudas, la OPS/OMS participó en la preparación de tres cursos de capacitación, una reunión de evaluación, y en la publicación y difusión de material educativo.

Se inició la segunda fase del Programa Ampliado de Inmunización y se consolidó la erradicación de la poliomielitis.

En el área de control de enfermedades crónicas no transmisibles se destacan una serie de cursos y talleres en los que se difundieron y evaluaron el contenido de los programas sobre cáncer cervicouterino, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, tabaquismo y diabetes. La OPS/OMS brindó apoyo a la Dirección de Control de Enfermedades Crónicas degenerativas, a la Dirección General de Fomento de la Salud y a la Dirección General de Epidemiología para la capacitación de recursos humanos.

También dio apoyo a la participación de delegaciones mexicanas en la VIII Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud que se llevó a cabo en la Argentina, y en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Colombia. Además se otorgaron becas a tres profesionales para asistir a cursos sobre epidemiología y promoción de la salud en Puerto Rico y Bolivia.

Cabe destacar que en el área de control de enfermedades crónicas no transmisibles la OPS/OMS busca reforzar los componentes de prevención y promoción con un enfoque más amplio e integral, para lo cual desarrolló una serie de actividades destinadas al control de los factores de riesgo más importantes. Entre ellas se destacan la realización del Seminario Internacional sobre la Dieta como Factor de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, la planificación de un proyecto de intervención para la prevención de las enfermedades crónicas y la preparación de un proyecto de control del tabaquismo en grupos laborales beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En relación con el control de las zoonosis, la OPS/OMS participó activamente en la realización de la III Reunión Internacional sobre Avances en Investigación en Rabia en las Américas, y en la IV Reunión de Directores Nacionales de Control de Rabia. Se mejoró la ejecución del programa de control de la rabia canina en las áreas de mayor riesgo epidemiológico, y se dio apoyo al análisis prospectivo de la enseñanza de la salud pública en 15 escuelas y facultades de medicina veterinaria.

Conjuntamente con la OPS/OMS, la Secretaría de Salud inició la vigilancia epidemiológica de las enfermedades exantemáticas febriles y reforzó la capacidad en técnicas de laboratorio. Para alcanzar la meta de eliminar el tétanos neonatal, se identificaron los municipios de alto riesgo y se vacunó a todas las mujeres en edad fértil. La OPS/OMS colaboró con el Gobierno en el refuerzo de la vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades prevenibles por vacunación mediante la notificación semanal negativa y el seguimiento continuo por parte de los epidemiólogos regionales.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, se elaboraron normas nacionales de control, se dictaron cursos para epidemiólogos y enfermeras, y se hizo una evaluación interinstitucional. Uno de los problemas que recibió mayor atención fue el SIDA, donde la OPS/OMS trata de reforzar la prevención, la vigilancia epidemiológica y la investigación. La Organización también participó en la difusión de información epidemiológica, en las actividades de la Comisión Nacional de Prevención y Control del SIDA, y en los esfuerzos del Gobierno para mantener el diálogo con los consejos estatales y las organizaciones no gubernamentales. Para disminuir la incidencia del SIDA, las actividades de apoyo se concentraron en la difusión de mensajes por radio y televisión, y en el diseño y evaluación de material educativo y guías para trabajadores de la salud. También se otorgó capacitación y apoyo técnico al centro de información del Consulado de México en Los Angeles, California (EUA), y a la biblioteca del Centro Regional de Intercambio de Documentación e Información sobre SIDA. Con el propósito de prevenir la transmisión del VIH mediante transfusión sanguínea, se actualizó la segunda versión del manual de laboratorio y se realizó un estudio sobre patrones de casos de VIH/SIDA asociados a la transfusión de productos sanguíneos.

En salud maternoinfantil, la OPS/OMS facilitó la capacitación de 32 funcionarios estatales en ese campo y de un gran número de parteras empíricas, y desempeñó un papel activo en el funcionamiento de los 162 comités de mortalidad materna y perinatal existentes en el país. En apoyo al compromiso contraído en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, de disminuir las enfermedades diarreicas en un 50% a fines de 1994, colaboró en la ejecución de la última etapa del Programa de Investigación de Introducción de Tecnología (PRITECH), concediendo importancia a la capacitación clínica y gerencial. En el campo de la difusión de información se elaboró material para la prevención de enfermedades diarreicas, y en el de la investigación se inició el estudio de la percepción del cuidado de pacientes con

enfermedades diarreicas en los servicios de salud.

Respecto a programas destinados a las mujeres, la Organización dio apoyo al programa nacional de planificación familiar y difundió ampliamente el libro *La salud de la mujer adolescente, adulta y anciana*; se pusieron en marcha estrategias en favor de la salud de la mujer que trabaja en la industria maquiladora, y se concretó la participación de organizaciones femeninas en actividades de promoción de la salud.

En materia de nutrición, juntamente con la FAO, la Organización brindó apoyo para la realización de la reunión regional preparatoria de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, que contó con la participación de 16 países. También cooperó con el Instituto de la Nutrición para la ejecución de un estudio sobre el impacto de la crisis en el estado nutricional de los niños, así como para la publicación de guías alimentarias.

En el área de protección de los alimentos, la OPS/OMS participó en programas de inspección y verificación sanitaria. Asimismo colaboró en la realización de cursos sobre análisis microbiológico de *Vibrio cholerae* en los alimentos y sobre metodología de análisis de riesgo y control, así como en la publicación del manual de técnicas y procedimientos para la investigación de *Vibrio cholerae* en el agua y en los alimentos.

En cuanto al control de riesgos para la salud relacionados con el ambiente, la OPS/OMS hizo hincapié en la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios de agua potable y alcantarillado, y fortaleció el control de la existencia de cloro residual en los sistemas de agua potable y el inicio de un programa nacional de letrización. Se firmó un convenio entre la OPS/OMS, el Instituto Mexicano de Tecnología del Agua y la Comisión Nacional del Agua para implantar un sistema de control y certificación de la calidad de materiales y equipos asociados al uso y aprovechamiento del agua. La OPS/OMS también colaboró en actividades destinadas a evaluar y controlar los riesgos ambientales, y cooperó con autoridades nacionales para mejorar los servicios de recolección y eliminación sanitaria de desechos sólidos. Con la

Secretaría de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de Ecología y la Procuraduría Federal de Protección Ambiental, la OPS/OMS ejecutó proyectos de prevención y control de la contaminación ambiental. También se realizaron otros esfuerzos complementarios con universidades e institutos de enseñanza de ingeniería sanitaria y ambiental.

Entre otras actividades llevadas a cabo durante el año, la OPS/OMS colaboró en la realización de una serie de cursos y seminarios en las áreas de salud mental, salud de los ancianos, accidentes, salud ocular y drogadicción; finan-

ció la participación del encargado del programa de salud oral a la Conferencia Internacional sobre Salud Oral que se celebró en Alemania, y continuó la cooperación técnica iniciada anteriormente en las áreas de turismo y salud, principalmente mediante conferencias y la publicación de libros. Finalmente, en relación con el proyecto de preparación para desastres, merecen mencionarse las tareas de apoyo con motivo de la emergencia provocada por el siniestro de Guadalajara, y el inicio del programa de cooperación entre la OPS/OMS, el PNUD y el Gobierno para mitigar los desastres.

OFICINA DE CAMPO DE LA OPS/OMS EN EL PASO, TEXAS

Los 10 estados de la frontera entre los Estados Unidos de América y México tienen una población aproximada de 65 millones, de los cuales poco más de 11 millones viven a lo largo de la frontera propiamente dicha. La elevada tasa de crecimiento demográfico en los últimos dos decenios ha sido el resultado de varios factores políticos, sociales y económicos, en particular la migración en busca de mejores oportunidades de empleo y, más recientemente, las consecuencias del Tratado de Libre Comercio entre los países de América del Norte.

Las principales causas de defunción en la zona fronteriza fueron los accidentes, las enfermedades crónicas, los tumores malignos y las cardiopatías. Entre las causas de mortalidad infantil cabe citar las enfermedades perinatales, las anomalías congénitas y las infecciones intestinales y respiratorias. Los patrones de morbilidad muestran diferencias significativas entre los dos países: en los Estados Unidos, las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA, son motivo de profunda preocupación; en México, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias constituyen las mayores amenazas. La tuberculosis es causa de inquietud para ambas naciones.

El acelerado desarrollo urbano e industrial de los estados fronterizos ha ocasionado contaminación y degradación del medio ambiente. La próspera actividad económica del comercio, el turismo y, en particular, la industria maquiladora (plantas de ensamblaje) en expansión, han suscitado ciertos problemas sociales, económicos y ambientales.

Las prioridades de salud en la frontera mexicano-estadounidense, establecidas por ambos países por medio del proyecto CONSENSO en 1991, son: salud ambiental, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, salud maternoinfantil, salud ocupacional, atención primaria de salud y abuso de sustancias.

Estas prioridades se convirtieron en el marco para diseñar la estrategia binacional de salud para la zona fronteriza, que incluye el proyecto de ciudades hermanas. Para finales del año se habían aprobado los nueve proyectos siguientes con el apoyo de los gobiernos federal, estatales y locales de los Estados Unidos y México: "Extensión de la cobertura de inmunización por medio de consejeras de salud comunitarias" (ciudades hermanas de Tijuana, Baja California-San Diego, California); "Centro Epidemiológico Fronterizo para el VIH" (Caléxico, California-

Mexicali, Baja California); "Control de la tuberculosis" (San Luis Río Colorado, Sonora, México, y condado de Yuma, Arizona, Estados Unidos de América); "Campaña para la salud de los dos Nogales" destinada a ampliar los conocimientos de salud ambiental en la vida diaria de los residentes del condado de Santa Cruz, Arizona, y Nogales, Sonora; "Nuestros niños: ampliación de la cobertura de inmunización de los niños menores de 2 años de edad" (El Paso, Texas y Las Cruces, Nuevo México-Juárez, Chihuahua); "Mejora de la salud pública de Ciudad Acuña, Coahuila-Del Río, Texas por medio del establecimiento de servicios esenciales de acueductos y alcantarillados"; "Ambos Laredos" (actividades de promoción de la salud/educación para la salud destinadas a la población residente en las colonias); y "Proyecto de promoción de la salud/educación para la salud y prevención de las enfermedades" (Brownsville, Texas-Matamoros, Tamaulipas).

Mejóro la función de la Oficina de Campo de la OPS/OMS como punto focal de información binacional sobre salud pública con las actividades continuas de recolección, análisis y difusión de datos.

La Oficina de Campo sirve de Secretaría de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, cuya 50ª reunión anual se celebró en Tampico, Tamaulipas, México, y contó con la asistencia de más de 700 personas de ambos países.

Basándose en las recomendaciones formuladas por la OPS/OMS y el Grupo Federal de Conferencias en la reunión anual, la Oficina de Campo preparará perfiles de salud que puedan utilizarse para fines de planificación y diseño de propuestas para el proyecto de ciudades hermanas. Otra actividad importante en materia de salud materno infantil fue la publicación y difusión de tres directorios de servicios para adolescentes destinados a mejorar la información disponible al respecto.

Por medio de sus actividades de vigilancia e intercambio de información, la Oficina de Cam-

po ayudó a difundir información fiable sobre problemas de salud binacionales como el cólera y la anencefalia. Para establecer colaboración continua en salud pública entre los programas pertinentes en la Universidad de Texas en El Paso y la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la OPS/OMS apoyó la realización de seminarios binacionales una vez por mes.

La Oficina de Campo promovió actividades de prevención y control del VIH/SIDA. La zona de El Paso, Texas, y Ciudad Juárez, Chihuahua, creó un consorcio de entidades y organismos interesados en coordinar las actividades para celebrar el Día Mundial del SIDA. Además, se asignó máxima prioridad al adiestramiento de profesionales de salud en prevención del SIDA y se celebró un simposio binacional sobre el SIDA copatrocinado con apoyo de la OPS/OMS.

La Oficina de Campo publicó y distribuyó cinco publicaciones (*Salud en la frontera*, *Boletín epidemiológico de la frontera*, *Boletines de salud materno infantil*, *Noticias/News* y el *Informe anual*). También facilitó la movilización de recursos para la preparación de propuestas para proyectos sobre el SIDA, atención materno infantil y abuso de sustancias en el lugar de trabajo. Estas propuestas se presentaron a organismos externos y la Oficina de Campo servirá de catalizador de diversos organismos e instituciones para la movilización de recursos.

La educación y el adiestramiento del personal de salud siguen siendo uno de los motivos de profunda preocupación para ambos países, particularmente en lo que se refiere a prestación de servicios de atención primaria de salud y a investigaciones al respecto. La Oficina de Campo copatrocinó 127 conferencias y seminarios binacionales en los que se abordaron varios problemas de salud, tales como el cólera, la diabetes, la tuberculosis y el abuso de sustancias.

Con miras a fomentar la educación para la salud y la participación de la comunidad, la Oficina de Campo mantiene un centro de intercambio de materiales de educación para la salud.

ANEXO 1

HISTORIA Y ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

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

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

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

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

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

Estructura: La Organización Panamericana de la Salud comprende:

La Conferencia Sanitaria Panamericana —autoridad suprema en la que todos los Gobiernos Miembros están representados— se reúne cada cuatro años, determina las normas generales de la Organización, sirve de foro en asuntos de salud pública y elige al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. A partir de 1986 la Conferencia inició la aprobación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el siguiente cuatrienio.

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

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

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

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

Gobiernos Miembros:

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

Gobiernos Participantes:

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

Miembros Asociados: Puerto Rico

Gobiernos Observadores: España y Portugal

Representaciones de la OPS/OMS en los Países:

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

Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas, Estados Unidos de América
Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe, Barbados

Oficina Central:

Washington, D.C., Estados Unidos de América

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

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

ANEXO 2

COMPOSICION DEL COMITE EJECUTIVO DE 1980 A 1993 (SEPTIEMBRE A SEPTIEMBRE)

País	1980 a 1981	1981 a 1982	1982 a 1983	1983 a 1984	1984 a 1985	1985 a 1986	1986 a 1987	1987 a 1988	1988 a 1989	1989 a 1990	1990 a 1991	1991 a 1992	1992 a 1993
Antigua y Barbuda													
Argentina													
Bahamas													
Barbados													
Belice													
Bolivia													
Brasil													
Canadá													
Colombia													
Costa Rica													
Cuba													
Chile													
Dominica													
Ecuador													
El Salvador													
Estados Unidos de América													
Granada													
Guatemala													
Guyana													
Haití													
Honduras													
Jamaica													
México													
Nicaragua													
Panamá													
Paraguay													
Perú													
República Dominicana													
Saint Kitts y Nevis													
San Vicente y las Granadinas													
Santa Lucía													
Suriname													
Trinidad y Tabago													
Uruguay													
Venezuela													

INDICE

- Accidentes, 5, 10, 87, 172
Acuerdo de Cartagena, 38, 153
Acuerdo Norteamericano de Libre Comercio (NAFTA), 2
Adiestramiento de personal, 34, 38, 42, 43, 44, 47, 56, 75, 76, 77, 78, 85, 95, 100, 145, 154, 175, 177, 185, 189
(*véase también* Recursos humanos)
Administración de Agua y Alcantarillado (WASA), 128
Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, EUA), 184
Administración, OPS, 93-97
Adolescentes, salud de los, 19, 23, 75, 144, 151, 173, 176
Adultos, salud de los, 43
(*véase también* Promoción de la salud)
Agencia Británica de Desarrollo de Ultramar (BODA), 100, 117, 118, 123
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), 38, 63, 74, 100, 182
Agencia para el Desarrollo Internacional (AID, EUA), 12, 28, 67, 72, 74, 78, 90, 115, 119, 120, 133, 140, 142, 165, 166, 167, 184
Agua, abastecimiento de, 69-70, 107, 113, 121
Agua y Saneamiento para la Salud (EUA), 74
Alcantarillado (*véase* Salud ambiental)
Alcoholismo, 87, 89, 103, 117, 170, 180, 183
Alemania, 27, 149, 162, 188
Alimentación y nutrición, 5, 65-67, 99, 119, 121, 126, 152, 156, 159, 169, 181, 187
Alimentos, protección de los, 81, 88, 89, 90, 102, 105, 106, 145, 169
América Central (*véase* Centroamérica)
Análisis de la situación de salud y sus tendencias, 33-36
Ancianos, salud de los, 38, 43, 86, 151
Anguila, 115-116
Antigua y Barbuda, 100-101
Antillas Francesas, 101
Antillas Neerlandesas y Aruba, 101-103
Antrax, 89
Año de la Salud de los Trabajadores, 37, 67
Area Andina (*véase* Subregión Andina)
Argentina, 171-172
Aruba, 101-103
Asamblea Mundial de la Salud, 19, 33, 72, 182
Aseo urbano, 71
Asociación Americana contra el Cáncer (EUA), 88
Asociación Canadiense de Salud Pública, 74, 113
Asociación de Escuelas de Salud Pública (EUA), 52
Asociación Estadounidense de Salud Pública, 57
Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, 32, 189
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), 68, 108, 175
Asociación Internacional de Seguridad Radiológica (IRPA), 49
Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), 52
Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, 52
Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 52
Aspectos demográficos de la situación de salud, 3-5
Asuntos jurídicos, 26-27
Atención ocular (*véase* Salud ocular y Ceguera, prevención de la)
Atención perinatal, 73
Atención primaria de salud, 40-49
Ayudas visuales, 60-62
- Bahamas**, 103-105
Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 12, 25, 26, 28, 47, 68, 69, 72, 74, 81, 88, 100, 111, 112, 116, 122, 124, 127, 133, 138, 142, 147, 149, 150, 151, 159, 161, 165, 166, 167, 174, 175
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (*véase* Banco Mundial)
Banco Mundial, 25, 26, 28, 37, 38, 66, 68, 69, 72, 74, 86, 112, 122, 138, 141, 142, 143, 149, 150, 152, 162, 163, 167, 174, 175
Barbados, 105-106
Becas, Programa de la OPS, 52-55, 105, 106, 110, 111, 117, 122, 123, 124
Bélgica, 67
Bolivia, 133-136
Bermuda, 106-107
Biblioteca del Congreso (EUA), 39
Biblioteca de la OPS, 39, 59-60
BIREME (*véase* Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud)
Bocio endémico, 67, 147, 167
Boletín Epidemiológico, 34
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 45, 57, 59, 60
Bolivia, 154-157
Bonaire, 101-103

- Brasil, 172-173
 Brucelosis, 89, 90
Bulletin of the Pan American Health Organization, 57
- Canadá, 179-182
 Cáncer, 86, 101, 117, 129, 142, 160, 168, 180, 181, 186
 Capacitación (*véase* Adiestramiento y Recursos humanos)
 CAREC (*véase* Centro de Epidemiología del Caribe)
 Caribe, área del, 99-130
 cooperación para la salud en el, 99-100, 103, 133 (*véase también* cada país)
 CARICOM (*véase* Comunidad del Caribe)
 CARITAS, 166
 Carnegie Corporation, 33, 49, 74
 Carnet Andino de Salud, 14, 155
 CD-ROM, 60, 177
 Ceguera, prevención de la, 88, 142
 Centroamérica, 130-152
 iniciativa de salud de, 130-132 (*véase también* cada país)
 Centro Eisenhower para la Conservación de Recursos Humanos, 37
 Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 33, 35, 47, 81, 85, 94, 100, 101, 103, 106, 117, 126, 135
 Centro de Información para la Promoción de la Salud (OPS), 86
 Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 38, 39, 42, 85, 86
 Centro Internacional del Envejecimiento (EUA), 86
 Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), 42, 182
 Centro de Investigación y Educación en Salud (Nicaragua), 37
 Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), 37, 39, 60, 148
 Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 14, 86
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 74, 95, 126, 166
 Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (Costa Rica), 37
 Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), 68, 70, 71, 95
 Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAF-TOSA), 92, 95, 157, 161, 176, 178
 Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), 60, 62, 68, 69, 70, 71, 81, 167, 178
 Centro Piloto de Física Radiológica, 48
 Centro Regional de Documentación sobre Desastres, 51
 Centros para el Control de Enfermedades (CDC, EUA), 14, 47, 48, 61, 81, 90, 116, 159, 183
- CEPIS (*véase* Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente)
 Ciguatera, 121
 Cisticercosis, 89, 90, 91, 169
 CLAP (*véase* Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano)
 Clasificación Internacional de Enfermedades, 36, 165
 Club Rotario Internacional, 61, 74, 166
 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 65
 Cólera, 5, 6, 18, 23, 27, 36, 47, 51, 60, 61, 67, 68, 69, 71, 79-82, 89, 98, 101, 102, 104, 105, 106, 110, 111, 113, 116, 117, 123, 125, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 152, 154, 155, 159, 162, 164, 166, 172, 173, 174, 178, 184, 185, 189
 Colombia, 158-161
 Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo, 69
 Comisión de las Comunidades Europeas (CCE), 49, 167
 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), 14, 25, 33, 38, 42, 62
 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 87
 Comisión Intergubernamental de la Enfermedad de Chagas, 32
 Comisión Intergubernamental de la Iniciativa del Cono Sur, 77
 Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS/OPS), 46, 63, 64
 Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas (UNSCEAR), 49
 Comité de Coordinación Interagencial, 12
 Comité Ejecutivo de la OPS, 19-22
 composición del, 1990-1993, 193
 Comité de Expertos en Mectizán, 78
 Comité Interagencial OPS/OMS-UNICEF-PNUD-Banco Mundial-BID, 39
 Comité Interinstitucional de Agua, Saneamiento y Medio Ambiente, 151
 Comité Internacional de la Cruz Roja, 142
 Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA), 88
 Comité Regional de la OMS para las Américas, 17
 Compras, servicios de, 95
 Computadora, sistemas de, 28-29, 94
 Comunicación social en salud, 60, 78, 85, 117, 146, 168
 Comunidad del Caribe (CARICOM), 2, 98, 99, 133
 Comunidad Económica Europea (CEE), 27, 70, 71, 91, 120, 123, 132, 135, 138, 142, 149
 Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), 47
 Conferencia de Educación Farmacéutica (II), 45

- Conferencia Iberoamericana de Guadalajara, 184
 Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (II), 78
 Conferencia Interamericana sobre Protección de Alimentos y Turismo, 90
 Conferencia Internacional sobre Nutrición, 66, 121, 123, 124, 141, 156, 157, 167, 169, 187
 Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 12, 40, 86, 158, 186
 Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular, 86
 Conferencia Internacional de Salud Oral, 188
 Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos, 45
 Conferencia Ministerial sobre el Paludismo, 78
 Conferencia Mundial de Educación Médica (1993), 56
 Conferencia Mundial sobre la Mujer (IV, 1995), 33
 Conferencia Mundial sobre Prevención y Control de Accidentes (II), 87
 Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud (VIII), 88, 186
 Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), 37
 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED-92), 13, 18, 36, 39, 67, 132, 139, 145
 Conferencia sobre Salud en la Vivienda en las Américas (I), 71
 Conferencia Sur-Norte sobre Genoma Humano (I), 63
 Conferencias y servicios generales, 94
 Congreso Latinoamericano de Diabetes, 86
 Congreso Latinoamericano de Nutricionistas-Dietistas (IX), 67
 Congreso Latinoamericano de Prevención de la Ceguera (I), 88
 Congreso Mundial de la Familia (VII), 140
 Cono Sur, 170-178
 iniciativa de salud, 170
 Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS), 37
 Consejo Consultivo Internacional para los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, 67
 Consejo Directivo de la OPS, 17-19
 Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura (CIECC), 87
 Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, 130, 139
 Contaminación ambiental, 88, 163, 174, 188
 Convenio Andino de Seguridad Social, 14, 155
 Convenio de Cooperación Técnica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, 92
 Convenio Hipólito Unanue, 98, 153
 Cooperación Andina en Salud, 98, 153-154, 157, 162, 166, 168
 Cooperación para la Salud en el Caribe, 99-100, 103
 Cooperación técnica, OPS/OMS, a nivel subregional y de país, 98-189
 Cooperación técnica entre países, 13, 14, 31-32, 99, 102, 105, 109, 114, 136, 157, 168
 Coordinación externa para la salud y el desarrollo social, 27-28
 Coordinación de información, 28-29
 Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (COSAL), 46
 Corte Internacional de Justicia, 131
 Costa Rica, 11, 136-138
 Cuba, 11, 107-109
 Cuerpos Directivos, 17-22
 Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, 18, 20, 25
 Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 12, 19, 36, 39, 66, 67, 72, 73, 108, 121, 166, 167, 187
 Cumbre Presidencial Centroamericana (XIII), 37
 Curazao, 101-103

Chagas, enfermedad de, 10, 13, 32, 47, 76, 142, 147, 155, 170, 178, 186
 Chile, 173-175
 China (Taiwán), 133

DANIDA (*véase* Organismo Danés de Desarrollo Internacional)
 Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, 70, 176
 Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, 49, 100, 104, 141
 Declaración de Innocenti, 65
 Declaración de Puerto Rico, 70
 Declaración de Santafé de Bogotá, 153, 158
 Declaración de Washington, 72
 Demografía, 3-5
 Dengue, 9, 75, 121, 126, 132, 142, 145, 147, 149, 163, 186
 Desarrollo de los Programas de Salud, 65-92
 Desarrollo de servicios, 11-15
 Desarrollo socioeconómico y político, 1-3
 Desastres (*véase* Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre)
 Descentralización (*véase* Sistemas locales de salud)
 Desechos sólidos, 104, 110, 122, 126, 134, 135
 Día Mundial de la Alimentación, 103
 Día Mundial de Reducción de los Desastres, 50
 Día Mundial de la Salud, 62, 87, 120, 129, 146
 Día Mundial del SIDA, 62, 189
 Día Mundial sin Tabaco, 62, 88, 102, 119
 Diabetes, 13, 66, 86, 117, 127, 151, 189
 Dinamarca, 27, 53, 131, 149
 Dirección Administrativa, 23
 Director Regional, Programa del, 23

- Discapacitados, 149, 183
 Distribución y venta de publicaciones, 59
 Dominica, 109-110
 Drogas, uso indebido de, 87, 89, 104, 117, 118, 133, 180, 189
- ECO (*véase* Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud)
 Economía de la salud, 1-3, 14
 Ecuador, 161-164
 Educación y capacitación, 46, 49, 56, 60-61, 68, 78, 134
 (*véase también* Adiestramiento de personal y Recursos humanos)
 Educación médica y salud, 53, 57
 El Salvador, 139-143
 Emergencia (*véase* Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre)
 Encuentro OPS/OMS/EURO sobre Ciudades y Municipios Saludables (España), 86
 Enfermedades
 cardiovasculares, 66, 177, 186
 crónicas, 66, 99, 121, 127, 129, 137, 186, 188
 diarreicas, 6, 47, 68, 73, 74, 102, 103, 105, 121, 137, 144, 151, 159, 174, 188
 infecciosas, 6, 89, 105
 no transmisibles, 106, 121, 175
 transmisibles, 75-79, 101, 105, 110, 111, 116, 126, 142, 145, 149, 155, 160, 163, 169, 175
 de transmisión sexual, 47, 79, 101, 105, 110, 111, 116, 117, 118, 124, 126, 128, 135, 160, 166, 171, 183, 187, 188
 Enfermería, 42, 56, 101, 103, 105, 106
 Epidemiología, 121
 España, 25, 61, 85, 120, 138, 149, 184
 Estados Unidos de América, 182-184
 Estrategias de salud para todos en el año 2000, 35, 52
 Estupefacientes (*véase* Drogas, consumo de)
 Europa, 3, 4, 27
 Excreta, eliminación de, 68, 71
- Farmacodependencia, 169
 Federación Dental Internacional, 46
 Federación Latinoamericana de Hospitales, 41
 Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), 46
 Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades/Escuelas de Medicina (FEPAFEM), 52
 Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, 43
 Fiebre aftosa, 10, 88, 89, 90, 91-92, 157, 164, 176
 Fiebre amarilla, 10
 Fiebre hemorrágica venezolana, 75
- Fiebre tifoidea, 7, 80
 Finanzas, 93-94
 Finlandia, 27, 43, 132, 149
 Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), 33
 Fondo de Igualación de Impuestos (OPS), 93
 Fondo Monetario Internacional, 105, 110
 Fondo Multilateral de Aportaciones Voluntarias para el Desarrollo de Actividades de Preinversión, 25
 Fondo Multilateral para el Desarrollo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud, 18, 20, 26
 Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID), 104
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 12, 25, 28, 33, 38, 61, 66, 67, 69, 70, 72, 74, 108, 115, 120, 125, 133, 142, 155, 156, 157, 166
 Fondo para la Paz (Guatemala), 13
 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 12, 72, 74, 108, 115, 120, 162, 166, 176
 Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, 117
 Francia, 101, 110, 125, 149, 154, 167
 Fundación Ceguera de los Ríos, 78
 Fundación Christian de la Ceguera, 78
 Fundación Helen Keller, 78
 Fundación Interamericana, 57
 Fundación Internacional para el Cuidado de los Ojos, 78
 Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 76
 Fundación Panamericana de la Salud y Educación (OPS), 165
 Fundación Rockefeller, 63, 91
 Fundación W.K. Kellogg, 19, 41, 74, 138, 157, 177
 Fundación Wellcome, 74
- Gerontología (*véase* Ancianos, salud de los)
 Granada, 110-111
 Grupo del Caribe de Cooperación para el Desarrollo Económico, 100
 Grupo Intersectorial para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, 141
 Grupo de Trabajo sobre el Cólera, 81
 Grupo de Trabajo en Supervivencia Infantil, 61
 GTZ (*véase* Organismo Alemán para la Cooperación Técnica)
 Guatemala, 143-146
 Guayana Francesa, 101
 Guyana, 112-113
- Hábito de fumar (*véase* Tabaquismo)
 Haití, 114-115
 Hepatitis, 7, 75, 76, 89, 171
 Hidatidosis, 89, 90, 91
 Higiene de la vivienda, 71-72

- Hipertensión, 66, 117, 127, 170, 175, 183, 186
 Honduras, 146-148
 Hospitales, 50, 71, 108, 110, 116, 119, 127
- INCAP (*véase* Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
 Indias Occidentales Británicas, 115-116
 Infecciones respiratorias agudas, 74, 103, 123, 159, 174, 186
 Información y asuntos públicos, 60-62
 Información científico-técnica en salud, 59-60
 Información sobre salud
 apoyo, 57-62
 coordinación, 28-29
 divulgación, 57-62
 Iniciativa Andina Maternoinfantil, 157
 Iniciativa de Comunicación para la Salud, 61
 Iniciativa de Salud de Centroamérica, 41, 43, 44, 130-132
 Iniciativa de Salud del Cono Sur, 170
 Iniciativa "Salud y paz hacia el desarrollo y la democracia", 130
 Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, 41, 182
 Iniciativas subregionales, 98-189
 (*véase también* bajo cada iniciativa)
 Inmunización (*véase* Programa Ampliado de Inmunización y Vacunación)
 INPPAZ (*véase* Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis)
 Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), 65, 67, 94, 103, 135
 Instituto de Desarrollo Económico (IDE), del Banco Mundial, 38
 Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, 19, 113
 Instituto Internacional de Ciencia y Tecnología, 67
 Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), 25, 42
 Instituto Nacional del Cáncer (EUA), 88
 Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 47, 60, 62, 65-67, 86, 89, 94, 135, 137, 138, 142, 147, 152
 Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), 19, 90, 95, 178
 Instituto Peruano de Seguridad Social, 165
 Instituto de Salud Ambiental del Caribe, 122
 Instituto de Salud Pública de México, 42
 Institutos Nacionales de Salud (NIH) (EUA), 183
 Investigación, fomento y desarrollo de la, 109
 Irradiación de los alimentos, 90
 Islas Caimán, 116-117
 Islas Turcas y Caicos, 117-118
 Islas Vírgenes Británicas, 115-116
 Italia, 27, 41, 74, 100, 103, 113, 120, 132, 138, 152, 165
- Jamaica, 118-120
 Japón, 27, 120, 131, 140, 149
- Laboratorio de Pruebas de Medicamentos, 45
 Laboratorio, servicios de, 47-48
 Lactantes (*véase* Salud maternoinfantil)
La OPS ahora, 62
 Leishmaniasis, 145, 147, 169, 186
 Legislación de salud, 39, 60
 Lepra, 9-10, 23, 75, 76, 78, 117, 126, 142, 145, 186
 Leptospirosis, 89
 LEYES (banco de datos), 39
 Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), 60
- Malaria, 5, 8-9, 76, 77, 89, 113, 121, 126, 131, 137, 138, 142, 145, 149, 163, 169, 173, 175
 Malnutrición (*véase* Alimentación y nutrición)
 Mantenimiento de instalaciones y equipo médico, 43
 Marco de Macroplanificación a Mediano Plazo, 1989-1995, 127
 Martinica, 101
 MASICA (Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano), 68, 69, 70, 132, 134, 138, 139, 145, 147, 151
 Medicamentos y vacunas esenciales, 44-46, 103, 109, 134, 138, 144, 148, 152, 155, 160, 162, 166, 169
 (*véase también* Vacunas y productos biológicos)
 Médicos sin Fronteras, 154
 Medicus Mundi Navarra (España), 154
 Medio ambiente, 13, 68, 70-71, 98, 100, 104, 128, 132, 185
 "Memorándum de Colaboración Interagencial", 72
 Meningitis, 14, 174
 Mercado Común Europeo, 133
 Mercado Común del Sur (MERCOSUR), 2, 13, 39, 45, 48, 170, 172, 184
 México, 184-188
 MICROISIS, 39, 60
 Migración, 3-4, 11, 112, 133, 143, 185
 Montserrat, 115-116
 Mortalidad, 3, 4, 5, 10, 112, 121, 171, 183
 infantil, 5, 73, 132, 157, 168, 179, 188
 materna, 73, 123, 136, 142, 157
 Mujer, salud y desarrollo, 32-33, 102, 109, 120, 136, 140, 145, 148, 151, 157, 161, 168
 Subcomité Especial sobre, 19, 21-22
- Naciones Unidas, 3, 4, 5, 25, 27, 28, 50, 63, 70, 100, 114, 115, 120, 131, 138, 146, 150, 161, 180
 Neuritis óptica, 11
 Nicaragua, 148-150

- Nigeria, 134
 Niños, salud de los (*véase* Salud materno-infantil y planificación familiar)
 Norteamérica, 179-189
 (*véase también* cada país)
 Noruega, 27, 131, 132, 149
 Nutrición (*véase* Alimentación y nutrición)
- Odontología (*véase* Salud oral)
 Oficina de Campo de la OPS/OMS (El Paso, Texas), 30, 32, 188-189
 Oficina de Cooperación Internacional (OMS), 120
 Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre (UNDRO), 155, 162
 Oncocercosis, 78, 145, 169
 Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), 68, 69, 71
 Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA), 53, 121, 138, 148
 Organismo de Energía Nuclear de la OCDE, 49
 Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional (FINNIDA), 44
 Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), 48, 49
 Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), 33, 69, 82, 138, 147
 Organización de los Estados Americanos (OEA), 28, 35, 37, 38, 50, 69, 70, 72, 87, 99, 115
 Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL), 46, 52
 Organización Internacional de Epizootias, 178
 Organización Internacional del Trabajo (OIT), 26, 38, 49, 69
 Organización Mundial de la Salud (OMS), 49, 53, 57, 60, 72, 75, 79, 82, 86, 98, 154
 centros colaboradores, 43, 46, 48, 66
 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 38, 49, 66, 72, 90, 120, 141, 142, 156, 162, 167, 187
 Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), 49, 63
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 14, 38, 62, 63, 72
 Organización de las Naciones Unidas para El Salvador (ONUSAL), 140
 Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994, 24, 30, 44, 52, 60, 65, 66, 72, 73, 103, 112, 117, 120, 133, 139, 150, 162, 172
- PAHO-LAN, 29, 60
 Países Bajos, Reino de los, 27, 43, 44, 60, 69, 74, 81, 120, 131, 133, 134, 135, 138, 147, 149, 155, 162, 175
 PALTEX (*véase* Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción)
 PANAFOSA (*véase* Centro Panamericano de Fiebre Aftosa)
 Panamá, 150-152
 Paraguay, 175-177
 Parlamento Andino, 36
 Parlamento Centroamericano (PARLACEN), 36, 39, 68, 69, 139
 Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), 36, 39, 68, 70, 108
 Participación de la comunidad, 65, 119, 134, 150
 PASCAP (*véase* Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá)
 Personal, OPS/OMS, 93, 94-97
 Personal de salud (*véase* Recursos humanos)
 Perú, 164-167
 Plan de Acción 1993-2000 para la Consolidación de la Eliminación de la Rabia en las Américas, 91
 Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra en las Américas, 78
 Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica, (*véase* Iniciativa de Salud de Centroamérica)
 Plan de prevención y control del cólera, 79-82
 Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, 11, 18, 20, 23, 24-26, 68, 98, 145
 Planificación familiar (*véase* Salud materno-infantil y planificación familiar)
 Planificación y Programación, Subcomité de, 19, 20-21, 25, 31
 Planificación de recursos humanos, 53, 56
 Poliomiélitis, 5, 7, 10, 61, 111, 115, 158, 164, 169
 Políticas de salud, desarrollo de, 36-39
 Portugal, 184
 Premio OPS en Administración, 19
 Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, 49-52, 81, 101, 117, 121, 134, 138, 141, 149, 152, 165
 Presupuesto y Finanzas, 18, 20, 93-94
 anteproyecto de presupuesto por programas de la OPS para la Región de las Américas 1994-1995, 20
 conversión de la deuda para la salud, 19, 20
 excedente del presupuesto 1990-1991, 18
 presupuesto anual por programas, 24
 Problemas principales de salud en la Región, 5-11
 Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud, 30-31
 Productos biológicos (*véase* Vacunas y productos biológicos)
 Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (OMS), 46
 Programa de Adiestramiento en Salud para Centro-

- américa y Panamá (PASCAP), 37, 45, 52, 121, 131, 134, 137, 142, 148, 152
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI), 7, 11, 35, 61, 62, 73, 74, 93, 95, 101, 102, 103, 105, 106, 110, 113, 117, 122, 124, 126, 128, 129, 134, 135, 142, 145, 146, 151, 156, 159, 164, 166, 176, 186
- Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), 46, 52, 53, 141, 165, 185
- Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados en Centroamérica (PRODERE), 44, 89, 132, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 147
- Programa del Director Regional, 23
- Programa de Emergencia para Centroamérica, 41
- Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, 76, 163
- Programa de Formación en Salud Internacional (VII), 56
- Programa de Fortalecimiento del Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de Salud, 30
- Programa general de la OPS, desarrollo y gestión del, 23-29
- Programa General de Trabajo de la OMS (Octavo), 72
- Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND), 91
- Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (OMS), 71
- Programa de Investigación de Introducción de Tecnología (PRITECH), 74, 187
- Programa de Legislación Sanitaria (OMS), 39
- Programa de Lucha contra la Lepra (OMS), 42
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 67, 120, 167
- Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, 35, 84, 115, 118, 135, 160
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 14, 25, 28, 31, 38, 41, 50, 62, 63, 68, 69, 72, 108, 120, 131, 140, 160, 162, 167, 172, 175, 188
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, 118
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), 39, 69
- Programa de Promoción de la Salud, 85-88
- Programa Regional de Bioética, 19, 21, 27, 174
- Programa Regional para la Eliminación de la Rabia Urbana, 10
- Programa Regional de Enfermedades Transmisibles, 21
- Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, 32-33, 102
- Programa Regional de Salud Materno-infantil, 72-75
- Programa de Salud de los Adultos (OPS), 86
- Programa de Salud Ambiental (OPS), 67-72
- Programa de Subvenciones para Investigación (OPS), 64
- Programas de salud, desarrollo de los, 65-92
- Promoción de la salud, 12, 18, 85-88, 99, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 117, 129, 136, 163, 167, 168, 177, 180, 183, 186
- Proyecto de Apoyo de Campo sobre la Deficiencia de la Vitamina A (VITAL), 67
- Proyecto CONSENSO, 188
- Proyecto "Convergencia", 14, 31-32, 62, 166
- Proyecto "Democracia y Salud", 20, 36, 39
- Proyecto PROAGUA, 132
- Proyecto PROQUIM, 132
- Proyecto de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza, 41, 44
- Proyecto SUMA, 21, 51
- Publicaciones oficiales y técnicas, OPS, 57-59
- distribución y venta, 59
- Puerto Rico, 18, 26
- Rabia**, 10, 89, 90-91, 111, 113, 136, 158, 164, 176, 178, 186
- Recursos externos, movilización de, 27-28
- Recursos humanos
- adiestramiento, 31, 42, 68, 70, 86, 89, 125, 186
 - administración de, 53-56, 144
 - coordinación y apoyo, 52-53
 - desarrollo de, 52-57, 71, 75, 107, 109, 111, 112, 116, 121, 122, 123, 124, 129, 134, 137, 141, 144, 147, 152, 155, 160, 165, 173, 176
 - formación, 56-57
- Red de Instituciones en Apoyo de la Investigación de Campo (FIEDLINCS), 76
- Red Internacional de Información Legislativa, 39
- Red Latinoamericana de Biotecnología, 63
- Red Latinoamericana de Instituciones Reguladoras y Laboratorios de Control de Calidad, 45
- Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición (RORIAN), 66
- Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA), 69
- Refugiados, 13, 125
- Rehabilitación, 149, 155, 167
- Rehidratación oral, terapia de, 75
- Reino Unido, 117, 149
- Representaciones en los Países, OPS/OMS, 30, 31, 32, 59, 60, 61, 95
- República Dominicana, 120-121
- Residentes en salud internacional, programa de la OPS, 56-57
- Residuos sólidos, 71-72
- Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (L), 189
- Reunión Centroamericana sobre Ecología y Salud (ECOSAL I), 132, 139, 142, 145

- Reunión de la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (XIX), 176
 Reunión de Directores de Laboratorios Nacionales de Referencia del SIDA (Quinta), 47
 Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), 34, 130, 132, 139
 Reunión del Grupo del Caribe de Cooperación para el Desarrollo Económico (XI), 100
 Reunión Interagencial de Salud Materno-infantil (I, Cuba), 108
 Reunión Internacional sobre Avances en Investigación en Rabia en las Américas (IV), 186
 Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), 153
- Saba, 101-103
 Saint Kitts y Nevis, 122
 Salud ambiental, 67-72, 101, 102, 104, 106, 110, 111, 113, 122, 123, 126, 133, 137, 138, 141, 145, 147, 151, 159, 163, 167, 174, 175, 189
(véase también Contaminación ambiental)
Salud Andina, 153
 Salud animal *(véase Salud pública veterinaria, Zoonosis y enfermedades individuales)*
 Salud dental *(véase Salud oral)*
Salud Inter América, 182
 Salud materno-infantil y planificación familiar, 72-75, 101, 102, 103, 108, 110, 111, 113, 122, 123, 124, 126, 129, 142, 144, 151, 156, 159, 169, 173, 187
 Salud mental, 87, 117, 138, 142, 151, 167
 Salud ocular, 11, 88, 136, 175
(véase también Ceguera, prevención de la)
 Salud ocupacional *(véase Salud de los trabajadores)*
 Salud oral, 46, 102, 134, 167, 169
 Salud pública veterinaria, 88-92, 142, 145, 152, 157, 161, 164, 176
 Salud, situación y tendencias, 33-36
 Salud de los trabajadores, 18, 72, 126, 132, 147, 151, 169, 185
 San Eustaquio, 101-103
 San Martín, 101-103
 San Vicente y las Granadinas, 122-124
 Saneamiento ambiental *(véase Salud ambiental)*
 Santa Lucía, 124-125
 Sarampión, 5, 7, 10, 11, 61, 73, 105, 111, 130, 145, 146, 158, 167, 171
 Seguridad social, 37, 42, 130, 136, 143, 147, 155, 165, 185
 Seguro de enfermedad del personal OPS, 93
 Seminario Centroamericano sobre Violencia contra la Mujer: Problema de Salud Pública, 32
 Seminario Internacional de Salud Pública sobre la Investigación del Recurso Físico en Salud (XIII), 43
 Servicio Editorial, OPS, 57-59
 Servicios generales, OPS, 94
- Servicios de laboratorio, 47
 Servicios de salud
 desarrollo, 11-15, 40-44, 107, 111, 112, 117, 120, 122, 123, 124, 165
 organización, 40, 173
 políticas, planes y programas, 11-15
 tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para, 47-49
 SIDA *(véase Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)*
 SILOS *(véase Sistemas locales de salud)*
 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 5, 8, 9, 11, 19, 26, 62, 73, 76, 82-85, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 119, 124, 126, 128, 129, 133, 134, 135, 138, 142, 146, 147, 151, 156, 160, 166, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 180, 181, 184, 185, 187, 188, 189
 SIREVA *(véase Sistema Regional de Vacunas)*
 Sistema Económico Latinoamericano (SELA), 14, 28, 31, 62, 70
 Sistema de Información de Apoyo Externo a los Países, 70
 Sistema de Información del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECOLINE), 69
 Sistema Informático del Niño, 74
 Sistema Informático Perinatal, 73
 Sistema de Monitoría de Agua y Saneamiento (OMS/UNICEF), 70
 Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), 24, 30
 Sistema Regional de Vacunas (SIREVA), 63
 Sistema Subregional de Vigilancia Epidemiológica en Centroamérica, 130
 Sistema de Vigilancia para Erradicación de la Poliomielitis, 74
 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), 148, 149
 Sistemas locales de salud (SILOS), 12, 21, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 65, 72, 73, 77, 86, 87, 101, 102, 103, 119, 120, 125, 128, 131, 139, 140, 141, 143, 147, 150, 156, 158, 159, 162, 168, 173, 176, 184, 185, 186
 Sistemas de salud, infraestructura, 30-64
 Situación socioeconómica y de salud, 1-16
 Sociedad Canadiense para la Salud Internacional, 41, 182
 Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, 21-22
 Subcomité de Planificación y Programación, 19, 20-21, 25, 31
 Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto, 153-169
 Sudamérica, 153-169
 cooperación andina en salud, 153-154
 (véase también cada país)
 Suecia, 27, 47, 131, 132, 135, 140, 151, 162

- Suiza, 114
 Suriname, 125-127
- Tabaquismo, 12, 88, 102, 167, 168, 170, 177, 183, 186
 Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio, 47-49
 Teniasis, 89, 90, 91, 169
 Tétanos neonatal, 7, 10, 73, 74, 145, 156, 158, 164, 167, 186
 Tos ferina, 158, 164
 Toxicomanía (véase Farmacodependencia)
 Trabajadores, salud de los, 37
 Traducciones e interpretación, 94
 Trinidad y Tabago, 127-130
 Tripanosomiasis americana, 77
 Tuberculosis, 5, 7-8, 11, 76, 89, 90, 91, 115, 121, 142, 152, 155, 174, 186, 188, 189
 Turismo y salud, 13, 19, 23, 42, 89, 100, 133, 136, 185, 188
- 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)
 Unidades Comunitarias de Rehidratación Oral y Saneamiento, 75
 Unión Internacional contra el Cáncer, 88
 Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), 52
 Universidad de Arizona, 43, 121
 Universidad de Columbia, 88
 Universidad de Chile, 27
 Universidad de Guyana, 112, 114
 Universidad de Harvard (EUA), 78
 Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica), 39, 100
 Universidad Johns Hopkins (EUA), 87, 88
 Universidad de Keele (Reino Unido), 117
 Universidad McGill (Canadá), 100
 Universidad de Nueva York (EUA), 72
 Universidad de São Paulo, 39
 Universidad de Texas (EUA), 42, 189
 Urbanización, impacto en la salud, 4
 Uruguay, 177-179
 Uso indebido de drogas (véase Drogas)
- Vacunación, 6, 7, 61, 74, 107, 121, 132, 146, 156, 185, 186
 (véase también Programa Ampliado de Inmunización)
 Vacunas y productos biológicos, 62, 63, 76, 89, 90, 91, 193, 103, 129, 159
 Vectores, 102, 104, 117, 126, 128, 135, 169, 186
 Venezuela, 167-169
 Veterinaria (véase Salud pública veterinaria)
 Violencia, 5, 10, 32, 172, 181
 Viruela, 10
 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 46, 47, 75, 76, 82-85, 113, 115, 116, 118, 129, 133, 169, 171, 174, 178, 183, 184, 187, 189
 Vitamina A, deficiencia, 10, 18, 23, 65
 Vivienda, higiene de la, 71-72
- Yodo, deficiencia, 66, 67
- Zoonosis, 88, 89, 90-91, 121, 136, 164, 178, 185, 186
 (véase también Centro Panamericano de Fiebre Aftosa e Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis)

Siglas y Organismos o Programas Correspondientes

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA)
AMPES	Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)
CAIS	Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones en Salud
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control de Enfermedades (EUA)
CEE	Comunidad Económica Europea
CEPALC	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (NU)
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIID	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá)
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
COSALFA	Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa
ECO	Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FNUFUID	Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INPPAZ	Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis
LACRIP	Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer
NIH	Institutos Nacionales de Salud (EUA)
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PASCAP	Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer