

Hacia el año 2000: En busca de la salud para todos en las Américas

Hector R. Acuña



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

1983

HACIA EL AÑO 2000: EN BUSCA DE LA SALUD PARA TODOS EN LAS AMERICAS

HECTOR R. ACUÑA



Publicación Científica No. 435

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, EUA

1983

Publicada en inglés (1982) con el título:
Toward 2000: The Quest for
Universal Health in the Americas
(PAHO Scientific Publication 435)

ISBN 92 75 31435 7

© Organización Panamericana de la Salud, 1983

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

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

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

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Contenido

	Página
Prefacio	v
Agradecimientos	vii
Introducción	ix
Capítulo 1: ANTECEDENTES HISTORICOS	1-24
Paludismo y fiebre amarilla	1
Interés inicial de los Estados Unidos	4
Primera Convención Sanitaria Internacional	5
1905-1919	7
1920-1947	10
Capítulo 2: LA SALUD EN LAS AMERICAS: 1947-1970	25-43
Dr. Fred L. Soper	26
El decenio de 1950	31
Erradicación de la viruela	37
Abastecimiento de agua y saneamiento	39
Carta de Punta del Este	40
Capítulo 3: EL DECENIO DE 1970: I	44-70
Control de enfermedades	47
Nutrición	61
Salud ambiental	65
Capítulo 4: EL DECENIO DE 1970: II	71-109
Servicios de salud	71
Recursos humanos	82
Investigaciones	90
Financiación del sector salud	95
Cooperación internacional	101
Progresos dentro de la OPS	103
Capítulo 5: EL FUTURO SOCIAL Y ECONOMICO	110-118
Aspectos económicos	111
Aspectos demográficos	113
Posibles estrategias para el desarrollo	115
Capítulo 6: LOS PROXIMOS VEINTE AÑOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD	119-136

Servicios de salud	121
Control y prevención de enfermedades	123
Alimentación y nutrición	126
Salud ambiental	127
Recursos humanos	130
Investigaciones	134
Capítulo 7: FUTURAS NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA	137-147
Financiación	137
Vínculos entre los sectores	143
Organización y participación de la comunidad	144
Cooperación internacional	145
Fuentes	149
Bibliografía	153
Índice	155

PREFACIO

La búsqueda de la salud para todos en las Américas refleja uno de los valores del hombre, la justicia social, sobre la que se basa la meta de salud para todos en el año 2000: que todos los hombres y mujeres gocen de un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Los pueblos del gran continente americano han luchado continuamente por su salud desde tiempos inmemoriales. Desde hace más de 80 años, han librado esa lucha en estrecha cooperación mutua dentro de la Organización Panamericana de la Salud, que también ha constituido, desde el nacimiento de la OMS en 1948, la Región para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

En los últimos años, se ha apresurado en la Región el progreso de la cooperación para la salud gracias a la formulación de la estrategia regional de la salud para todos, seguida por el Plan de Acción para llevar a la práctica dicha estrategia. Es un buen augurio para todos los pueblos de América que persiguen esa meta. Estoy seguro de que este continente demostrará que la salud para todos no es solo una posibilidad sino que, entre las metas sociales previstas para fines de siglo, es la que cuenta con mayores probabilidades de éxito.

La lucha por la salud librada por los pueblos de las Américas ha recibido durante los ocho últimos años firme apoyo del Dr. Héctor Acuña, Director de la Organización Panamericana de la Salud y, al mismo tiempo, Director Regional de la Región de la OMS para las Américas. En el momento en que se imprimió este libro, el Dr. Acuña estaba a punto de jubilarse y confío en que, desde la posición ventajosa de su retiro activo, presenciara el logro de la meta de salud para todos en las Américas, descrita en forma tan elocuente en esta obra.

Halfdan T. Mahler
Director General de la OMS

AGRADECIMIENTOS

El autor está en deuda con muchos colegas y otras personas, ministros de salud y demás funcionarios gubernamentales, que han colaborado directa o indirectamente en la preparación de este libro. Estoy particularmente agradecido a mis amigos de la OPS, con quienes sostuve provechosas discusiones durante mis largos años de participación en el cambiante y arduo campo de la salud pública.

Expreso mi especial reconocimiento al Director General de la OMS, Dr. Halfdan T. Mahler, y a otros colegas de esa Organización, quienes me alentaron y orientaron para convertir esta obra en una realidad.

También deseo manifestar mi gratitud a Alan Fitzgibbon y al personal de mi oficina, así como a todos los otros integrantes del personal de la OPS que colaboraron en cuestiones relacionadas con la impresión y publicación de este libro.



INTRODUCCION

Hace 80 años, un pequeño grupo de representantes de las repúblicas americanas se reunieron en el New Willard Hotel, en Washington, para analizar los problemas de salud existentes en sus países y el modo de resolverlos en forma conjunta. Si bien ya se habían realizado antes otras reuniones internacionales sobre cuestiones de salud, fue la primera que se dedicó exclusivamente a los problemas de salud del hemisferio occidental. En ella tuvo su origen el organismo que aún se ocupa de coordinar la solución de esos problemas, la Organización Panamericana de la Salud, en cuya Secretaría he tenido el privilegio de servir como Director los últimos ocho años.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud como las tareas que afronta junto con los Países Miembros, son hoy muy distintos a los que tuvieron ante sí sus fundadores en la primera reunión, cumplida durante tres días de diciembre de 1902. En ese momento la principal preocupación en las Américas era combatir las enfermedades epidémicas e intercambiar información sobre la propagación de las mismas. A pesar de su enorme importancia en esos momentos, el control de las enfermedades epidémicas era solo un aspecto de la atención de salud; otros fueron descuidados o sencillamente ignorados. Al pasar los años, el continuo progreso en cuanto a inmunización, higiene ambiental y otras medidas de lucha, disminuyeron las enfermedades epidémicas y, con ello, otros problemas pasaron a primer plano: el control de otras enfermedades transmisibles y de las no transmisibles, el abastecimiento de agua potable y otras cuestiones de salud ambiental, la capacitación y la investigación, y la administración de servicios de atención de salud.

El panorama de la salud que contemplamos en 1982 es mucho más heterogéneo que hace ocho decenios. Mientras que entonces se consideraron solo una o dos variables, ahora comprendemos mucho mejor la infinita complejidad de la ecuación constituida por la salud. La atención de salud era a comienzos de siglo la preocupación de un número relativamente pequeño de médicos, que trabajaban sobre unos pocos problemas con recursos científicos y económicos muy limitados; hoy incluye a cientos de miles de profesionales de muchas disciplinas que cuentan con conocimientos y fondos mucho más amplios y que están empeñados en resolver no uno o dos problemas de salud sino cientos o miles de ellos.

Quizás de mayor trascendencia que estos cambios en cuanto al personal, los conocimientos y recursos que sustentan la atención de salud, ha sido la modificación de su concepto básico. En 1902 se limitaba al control de unas cuantas enfermedades; hoy se pretende proporcionar atención integral de salud a todos los individuos.

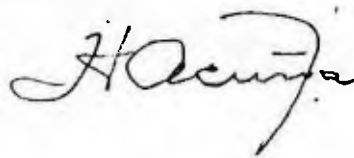
Esta es en verdad una empresa muy ambiciosa, en particular cuando las autoridades de salud del hemisferio occidental—así como las del resto del mundo—se han propuesto cumplirla para fines de este siglo. Esta meta, comúnmente conocida como Salud para Todos, ha sido concebida hace poco tiempo. Sus fundamen-

tos se establecieron en los dos planes decenales de salud para las Américas: el primero, incorporado a la Carta de Punta del Este (Uruguay) de 1961 y preparado durante los dos años siguientes, y el segundo, formulado por los ministros de salud de las Américas en su tercera reunión especial, en Santiago de Chile, en 1972. Estos dos planes, para los decenios de 1961 a 1970 y de 1971 a 1980, respectivamente, tuvieron sus éxitos y sus fracasos, pero su esfuerzo fundamental tendiente a proporcionar atención de salud para todos y los logros obtenidos, demostraron que la atención integral de salud era definitivamente posible. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, de la cual forma parte la Organización Panamericana de la Salud, adoptó en 1977 la meta de salud para todos.

Puesto que la salud para todos es únicamente la expresión de un propósito y un compromiso, fue por cierto necesario formular un conjunto de estrategias y luego preparar un plan de acción más detallado para alcanzar dicha meta. Así, cuando los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud aprobaron la resolución de 1977 de la Organización Mundial de la Salud, también encomendaron a la Secretaría de su Organización que evaluara los resultados del Plan Decenal de Salud para las Américas en el decenio de 1971 a 1980 y que, sobre la base de esa evaluación y de los pronósticos acerca de las futuras necesidades de salud y los recursos con que se contaría, preparara estrategias regionales que incorporaran planes nacionales de salud de largo alcance, para lograr la atención de salud para todos. La Secretaría cumplió esta labor y en 1980 publicó su informe *Salud para Todos en el Año 2000: Estrategias*. En el siguiente año preparó, completando las estrategias, un Plan de Acción detallado y, oportunamente, los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud aprobaron ambos documentos.

Como resultado de estos esfuerzos realizados a fines del decenio pasado y a comienzos del presente, las Américas ahora cuentan con pautas concretas para efectuar sus actividades de salud en los dos próximos decenios. Resta aún saber si en ese período se alcanzará la meta de salud para todos. Su logro dependerá no solo del compromiso y esfuerzos de los ministros de salud y de la Organización Panamericana de la Salud, con los que sin duda se contará, sino también de la buena voluntad de las autoridades políticas de la Región para promover la salud para todos, y del futuro económico de los países americanos.

He escrito esta obra con la esperanza de que un examen razonablemente detallado del pasado, presente y futuro de la cooperación en las Américas en cuestiones de salud y de la labor de la Organización Panamericana de la Salud, proporcione un contexto para comprender el reto sin par pero magnífico que tenemos ante nosotros: lograr la salud para todos en el año 2000.



Héctor R. Acuña

Washington
Noviembre de 1982

Capítulo 1

ANTECEDENTES HISTORICOS

En el sentido científico que hoy asignamos al término, la atención de la salud ha tenido una historia breve en las Américas.

Los indígenas de la época precolombina afrontaban muchos de los mismos problemas de salud que prevalecen en la actualidad y tenían sus propios métodos para tratarlos, a menudo empleando medicinas obtenidas de las plantas, algunas de las cuales han sido redescubiertas en tiempos recientes. Como no llevaban crónicas de la historia de su medicina o se ha perdido una gran parte de la información pertinente registrada, hoy se conoce muy poco acerca de las condiciones y atención de la salud antes de 1492.

Los primeros cuatro siglos del período poscolombino están mejor documentados. Hasta fines del siglo XIX, las enfermedades que asolaban otras regiones del mundo también prevalecían en las Américas, donde la vida del hombre era tan breve como en otras partes y los remedios utilizados en los tratamientos tenían asimismo escasos fundamentos racionales. Las epidemias, en algunos casos de enfermedades introducidas desde Europa, atacaban periódicamente y a veces diezmaban ciudades, países e incluso extensas regiones del Hemisferio.

El progreso de los conocimientos relacionados con las causas, curso y prevención de las enfermedades transmisibles más importantes, alcanzado en Europa durante la segunda mitad del siglo pasado, llegó a las Américas con un retraso considerable. Como sucede con todos los movimientos progresistas en el campo de la ciencia, las nuevas teorías acerca de la etiología de las enfermedades—teorías que no habían sido verificadas aún con experimentos sistemáticos—fueron puestas en duda por mucho tiempo, y durante años o decenios no se intentó llevar a la práctica las medidas preventivas que aquellas indicaban. Todavía a comienzos de este siglo, por ejemplo, muchos médicos seguían mostrándose escépticos con respecto a la teoría de que los mosquitos podían propagar la malaria y la fiebre amarilla.

Paludismo y fiebre amarilla

De las enfermedades transmisibles más importantes del Hemisferio Occidental, la malaria fue la primera en ser esclarecida, si bien esto no aconteció en las Américas. El descubridor del agente etiológico de este asesino universal de las regiones tropicales fue un médico inglés, Ronald Ross, quien trabajó solo en un aislado hospital

de campaña en Secunderabad, India. En la época en que este médico rural realizó su trascendental descubrimiento, la enfermedad causaba la muerte de quizá un millón de personas al año en ese enorme subcontinente.

Ross, que no se había destacado como estudiante en su juventud ni posteriormente como profesional, determinó el modo en que se propaga la enfermedad, modelo que sus excelentes investigaciones presentaron como algo muy sencillo. En el verano de 1897, disecó y observó al microscopio un anofelino que se había alimentado con la sangre de un enfermo de malaria. En el estómago del insecto notó las mismas células circulares que 17 años antes había observado un médico francés en Argelia, el parásito de la malaria, *Plasmodium falciparum*. Esas células estaban creciendo.

Al año siguiente comprobó que el parásito, que se multiplicaba en el estómago del anofelino, finalmente se propagaba por todo su cuerpo, incluida la glándula salival, desde donde era secretado en el torrente sanguíneo del siguiente ser humano picado por el mosquito. Se demostró así que la transmisión del paludismo era de carácter cíclico: el mosquito absorbía plasmodios al chupar la sangre de un enfermo y más tarde los inyectaba en otra víctima. "La puerta está abierta," escribió Ross jubiloso a Inglaterra, "entraré y reuniré el tesoro" (1).

Ross no solo descubrió la causa y el modo de transmisión de la malaria, sino que también fue el primero en señalar una forma de prevenir la enfermedad; en una carta dirigida al gobierno de la India el 18 de febrero de 1901, propuso la exterminación de los anofelinos.

En esa época, el transporte era demasiado lento y muy grande la distancia entre la India y el otro lado del mundo; por lo tanto, los hallazgos y recomendaciones de Ross no tuvieron repercusiones inmediatas en las Américas. Además, otra enfermedad estaba causando allí efectos desastrosos: la fiebre amarilla.

Si bien muchos factores se unieron para lograr la cooperación panamericana en vencer las enfermedades y mejorar la salud en el Hemisferio, tal vez haya sido esa enfermedad—a menudo mortal—y su esclarecimiento, lo que dio más impulso a ese movimiento.

Al igual que la malaria, la viruela y muchas otras enfermedades transmisibles, la fiebre amarilla devastaba de vez en cuando grandes extensiones del territorio americano. No obstante, si en un momento determinado y en un lugar determinado no hubiera resultado esencial para los Estados Unidos de América, por razones geopolíticas, combatir ese flagelo, alguna otra enfermedad infecciosa hubiera quizás servido de estímulo. El momento ocurrió en 1898; el lugar fue La Habana.

Ese año, los Estados Unidos logró terminar el dominio español de Cuba, que había durado 400 años. La fiebre amarilla, cuya prevalencia era especialmente alta en La Habana, fue una de las numerosas condiciones insalubres encontradas en la isla, que ponían en peligro los intereses militares y económicos estadounidenses. Los casos de fiebre amarilla eran muy frecuentes en la capital cubana, densamente infestada por un mosquito, *Aedes aegypti*, si bien en el momento en que los Estados Unidos ocupó Cuba aparentemente solo una persona había relacionado la enfermedad con el mosquito.

Esa persona fue un médico cubano, el Dr. Carlos Finlay. Durante algún tiempo Finlay—sin tener conocimiento de los hallazgos de Ross en la India—se había preguntado si el *A. aegypti*, o *Stegomyia fasciata* como entonces se llamaba, podría

ser el vector de la fiebre amarilla. Como suele suceder en la investigación científica, estaba bien encaminado, pero sus experimentos no habían obtenido ningún resultado porque había pasado por alto una observación muy sencilla.

Finlay había hecho que sus mosquitos de laboratorio extrajeran sangre de enfermos que padecían de fiebre amarilla y después que picaran los brazos desnudos de voluntarios; no obstante, la enfermedad nunca se transmitió del paciente al voluntario. Finlay no se había dado cuenta de que el *A. aegypti* podía transmitir el parásito solamente durante un período bien definido. Para infectarse, el mosquito debe chupar la sangre del paciente dentro de los tres primeros días posteriores al momento en que este contrajo la enfermedad. Después deben pasar otros 12 a 20 días antes de que el mosquito pueda transmitir la infección. Sencillamente, Finlay había estado utilizando sus mosquitos antes del momento adecuado.

Como sucede también con frecuencia en el campo de la ciencia, otro investigador proporcionó el detalle que faltaba. En el mismo año en que Finlay realizaba sus pruebas en la capital de Cuba, el Dr. Henry Rose Carter, un médico del Servicio de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (hoy día el Servicio de Salud Pública*), que había sido destinado a Mississippi, miles de kilómetros al noroeste de La Habana, recordó que, como resultado de un ataque anterior de fiebre amarilla, había adquirido inmunidad contra la enfermedad. Al observar que, cuando un marinero contraía fiebre amarilla, sus compañeros de tripulación muchas veces no enfermaban, se preguntó si existiría un período de retraso, o incubación, en la transmisión de la enfermedad. Siguiendo su corazonada, hizo un estudio estadístico entre familias rurales aisladas durante un brote de fiebre amarilla, y registró minuciosamente cuántas personas visitaban a los pacientes de su muestra, quiénes y cuándo lo hacían y cuál era el resultado. El análisis reveló que se podía visitar sin riesgo a un paciente siempre que la visita se hiciera dentro de los 10 a 12 días siguientes al momento en que se enfermó pero, después de ese período y aun cuando el paciente estuviera ya muerto y sepultado, su familia y los visitantes corrían peligro. En consecuencia, el paciente no era la fuente de contaminación; parecía evidente que el agente infectante tenía que pasar por un período de "incubación extrínseca", como lo llamó Carter, fuera del cuerpo del enfermo, antes de volverse peligroso.

Las conclusiones de Carter se publicaron dos años más tarde, en 1900, cuando existían 1.400 casos conocidos de fiebre amarilla en La Habana y en el preciso momento en que la Comisión de Fiebre Amarilla del Ejército de los Estados Unidos, presidida por el Coronel Walter Reed, llegaba a Cuba. Impresionado por Finlay, quien ofreció voluntariamente su colaboración, y por Carter, que había sido enviado a La Habana como funcionario de cuarentena, Reed ordenó experimentos, a menudo espectaculares, para comprobar las teorías de Finlay y de Carter. Los resultados fueron convincentes y Reed, casi persuadido, consideró favorablemente la idea de eliminar el *A. aegypti* de la capital cubana.

La persona que lo indujo a tomar esa decisión como una obligación moral fue el Coronel William Gorgas, también un incrédulo, a quien Reed asignó entonces la misión de limpiar La Habana, calle por calle, casa por casa. Gorgas inició su histórica campaña en febrero de 1901.

*En este texto el Servicio de Salud Pública es el de los Estados Unidos de América.

Se logró lo que muchos médicos pensaban que no era posible. En menos de ocho meses la enérgica campaña sanitaria eliminó todas las especies de mosquitos y la fiebre amarilla casi desapareció de la ciudad. En 1902 ya no había ningún caso de fiebre amarilla y las defunciones por malaria ascendieron a 77, en contraste con las 325 acaecidas en 1900. Varios años más tarde, Gorgas, convencido por completo de que los mosquitos podían transmitir organismos patógenos, empleó técnicas similares para combatir la fiebre amarilla durante la construcción del Canal de Panamá.

Estos fueron los principales acontecimientos que estimularon el incipiente movimiento panamericano de fomento de la salud. Simultáneamente, adquirían forma sus bases administrativas y, de nuevo, mucho dependió del interés de los Estados Unidos.

Interés inicial de los Estados Unidos

Durante el siglo XIX, ese país fue asolado repetidas veces por el cólera, importado principalmente por inmigrantes europeos, y por la fiebre amarilla, introducida por los contactos marítimos con América Latina. A partir de 1851, se había intentado llegar a un acuerdo en Europa respecto a una reglamentación internacional de cuarentena, especialmente en relación con el cólera, pero sin lograr éxito porque se carecía de conocimientos acerca de la etiología y el modo de transmisión de las enfermedades epidémicas. Los Estados Unidos no había participado en ninguna de las cuatro primeras conferencias sobre cuarentena realizadas en Europa, pero en mayo de 1880 el Congreso estadounidense adoptó una resolución que autorizaba al Presidente a convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington.

El año anterior el Congreso había aprobado una ley pero algunas de sus disposiciones escapaban a la jurisdicción de los Estados Unidos y solo podían ponerse en vigencia mediante acuerdos internacionales. La ley establecía que ningún barco con destino a otro país podía zarpar del puerto de origen sin que un funcionario consular del país de destino hubiese procedido a su inspección a bordo del mismo, y hubiese extendido el correspondiente certificado de sanidad. Puesto que esta propuesta no era aceptable para todos los países con los cuales los Estados Unidos tenía arreglos comerciales y de los cuales recibía inmigrantes, este país comenzó a interesarse en las medidas internacionales de cuarentena y el Congreso adoptó la mencionada resolución.

La Conferencia de Washington se distinguió de las demás en muchos aspectos. Fue la única celebrada en el siglo XIX en el Hemisferio Occidental; por primera vez participaron delegados de las Américas; además de "delegados especiales" de la profesión médica enviados por cuatro países, asistieron funcionarios diplomáticos de los 26 países participantes, ya destinados en los Estados Unidos; por último, fue una reunión esencialmente administrativa.

A pesar de su carácter totalmente diplomático, fue la única conferencia de la serie en que se hiciera la primera declaración pública de una importante teoría científica. Finlay, el "delegado especial" de España que representaba a Cuba y Puerto Rico, manifestó su opinión de que un agente intermediario era necesario para la transmisión de la fiebre amarilla. Poco después declaró que ese agente era el *A. aegypti*.

En 1892, en Hamburgo, uno de los principales puertos de embarque de inmigrantes a los Estados Unidos, se produjo un grave brote de cólera que provocó gran alarma pública en este último país. Como resultado, en febrero de 1893 el Congreso promulgó una ley que reforzó considerablemente el reglamento nacional de cuarentena y otorgó poderes al Cirujano General de los Estados Unidos, Dr. Walter Wyman, para que destacara funcionarios médicos del Servicio a las oficinas consulares en los principales puertos de embarque, a fin de examinar a todos los posibles inmigrantes.

En 1901 la etiología y el modo de propagación de la fiebre amarilla y de algunas otras enfermedades transmisibles se conocían lo suficiente, lo que hacía factible combatirlas, y las medidas de cuarentena habían suscitado interés en los Estados Unidos y otros países.

En octubre de ese mismo año, se inauguró en la Ciudad de México la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos. En enero de 1902, su Comité de Política Sanitaria Internacional, que se había reunido en nueve ocasiones anteriores sin resultados apreciables, recomendó que la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas (actualmente Organización de los Estados Americanos) convocara una "convención" de representantes de los organismos de salud de los gobiernos americanos con objeto de formular "acuerdos y reglamentos sanitarios" para reducir al mínimo los requisitos de cuarentena relacionados con la fiebre amarilla, la peste bubónica, el cólera, la viruela y otras enfermedades infecciosas "graves".

El 28 de enero la Conferencia aprobó la resolución del comité y decidió que se convocara una convención general de representantes de los organismos de salud de las distintas repúblicas americanas, que se reuniría en Washington en diciembre para considerar la notificación internacional de enfermedades, la convocación de convenciones sanitarias periódicas de todas las repúblicas americanas y el establecimiento de una Oficina Sanitaria Internacional permanente en Washington.

Se inició así una serie de reuniones en las Américas, llamadas primero Convenciones Sanitarias Internacionales, luego Conferencias Sanitarias Internacionales y por último—tal como se conocen en la actualidad—Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Primera Convención Sanitaria Internacional

En la Primera Convención Sanitaria Internacional, celebrada en el New Willard Hotel en Washington del 2 al 4 de diciembre de 1902, la preocupación principal de los fundadores de la Oficina fue la necesidad de que existiera una cooperación efectiva para fomentar la salud en las Américas.

La Convención estableció las responsabilidades de cada país miembro, de todos los países en conjunto y de la Oficina Sanitaria Internacional.

Se suponía que cada país asumiera la responsabilidad de comunicar de inmediato y con regularidad a la Oficina "todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional"; cooperara en la "investigación de brotes de enfermedades contagiosas"; redujera lo más posible el tiempo de detención y desinfección en el sitio de cuarentena; aplicara medidas sanitarias en los puertos;



Dr. Walter Wyman (1902-1911)



Dr. Rupert Blue (1912-1920)



Dr. Hugh Cumming (1920-1947)



Dr. Fred L. Soper (1947-1959)



Dr. Abraham Horwitz (1959-1975)



Dr. Héctor R. Acuña (1975-1983)

utilizara los métodos empleados unos años antes en La Habana para prevenir la fiebre amarilla; estudiara la distribución geográfica del *A. aegypti* con el fin de combatir la fiebre amarilla; destruyera los mosquitos y otros insectos; adoptara medidas para eliminar las basuras y otros desechos y así prevenir la propagación de enfermedades, y desinfectara las evacuaciones de todos los pacientes de fiebre tifoidea y cólera.

En conjunto, los países acatarían las recomendaciones de las convenciones sanitarias y contribuirían con \$5.000 dólares para fundar la Oficina.

La Oficina Sanitaria Internacional sería dirigida por una junta ejecutiva de "cinco personas por lo menos", expertos en el control de las enfermedades transmisibles. El Dr. Wyman, aún Cirujano General de los E.U.A., fue elegido el primer presidente.

La labor de la Oficina, según lo establecieran las resoluciones de la convención, consistía en solicitar que cada país enviara información completa acerca de las condiciones sanitarias en sus puertos y territorios; en aprovechar toda oportunidad de efectuar o fomentar minuciosos estudios científicos de cualquier brote de enfermedades contagiosas en las Américas; en proporcionar su ayuda y experiencia para fomentar y proteger la salud de cada país, y promover o hacer cumplir las medidas sanitarias en los puertos marítimos, incluidas mejoras en la rada, el sistema de alcantarillado, el drenaje del suelo, la pavimentación, la eliminación de focos de infección en los edificios y la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.

Dos aspectos notables de esa primera cooperación entre los expertos en salud de los países americanos continuaron caracterizando su colaboración durante los años posteriores. Primero, restringieron su interés casi exclusivamente a la notificación de las principales enfermedades transmisibles y las medidas sanitarias y de cuarentena para prevenirlas; segundo, la Oficina, al no contar con un local ni personal propio, era un mero mecanismo para recibir y transmitir informes internacionales sobre las enfermedades transmisibles. Con la única excepción del presidente de la Oficina, los miembros permanecían en sus respectivos países y rara vez se reunían, salvo en las convenciones de la organización. Hasta 1936, el presidente fue invariablemente el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los E.U.A. y todavía 11 años más tarde la Oficina funcionaba casi totalmente como un apéndice de su cargo.

1905-1919

La Segunda Convención Sanitaria Internacional se reunió en Washington en octubre de 1905. Estableció sus propios procedimientos de funcionamiento normal y resolvió celebrar reuniones cada dos años, a las que asistirían delegados autorizados para actuar oficialmente.

Una de las propuestas importantes fue que las autoridades nacionales de salud se encargaran de las cuarentenas marítimas y las medidas en todo caso de epidemia que amenazara propagarse a países vecinos. Esta recomendación dio lugar a la Convención Sanitaria de Washington de 1905, el precursor del actual Código Sanitario Panamericano.



*Delegados a la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional,
San José, Costa Rica, 1910.
(Foto: OPS/OMS)*



*Delegados a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana,
Washington, septiembre de 1982.
(Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)*

La Segunda Convención también destacó la profunda preocupación de los países americanos con respecto a la fiebre amarilla, y resolvió que las medidas preventivas tomadas en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, "confirmaban aún más . . . que la picadura de mosquitos infectados era el único medio natural de propagación de la fiebre amarilla".

La Tercera Convención Sanitaria Internacional (Ciudad de México, diciembre de 1907) autorizó a la Oficina a establecer relaciones con la Oficina Internacional de Higiene Pública—antecesora de la actual Organización Mundial de la Salud—con sede en París. Recomendó expresamente que los países europeos adoptaran la Convención Sanitaria de Washington de 1905, por considerarse esencial que las colonias europeas en el Hemisferio Occidental cumplieran con las resoluciones adoptadas por las repúblicas americanas para combatir la fiebre amarilla.

Como la Oficina no tenía un local en Washington, se acordó que ocuparía despachos en el nuevo edificio de la Unión Panamericana en esa ciudad. Este último organismo contrataría y pagaría los servicios de un empleado para llevar la contabilidad de la Oficina y cobrar las cuotas de contribución a sus países miembros.

En la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional (San José, Costa Rica, 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910) se cambió por votación el nombre de "Convención" por "Conferencia" (2).

Puesto que en ese momento ya eran obvios los grandes progresos alcanzados en el control de las enfermedades transmisibles, se estaba registrando un mayor interés en fomentar la salud en general. A partir de esa conferencia, la discusión de medidas internacionales para combatir las enfermedades cuarentenables quedó relegada en importancia y se prestó mayor atención a otros problemas fundamentales en las Américas, tales como la vacunación antivariólica obligatoria, las campañas contra la malaria y la tuberculosis, la elaboración de legislaciones nacionales de salud, el fomento de investigaciones sobre enfermedades tropicales y el establecimiento de laboratorios para la investigación y el diagnóstico en las ciudades puertos.

A pesar de estas pruebas de que las autoridades sanitarias de los países americanos estaban ampliando sus campos de interés, su preocupación por las enfermedades transmisibles y por controlar las enfermedades mediante medidas sanitarias no disminuyó. Durante decenios, esa preocupación, siempre presente, se manifestaría sutilmente en el empleo del término "sanitaria" en los nombres de la Oficina y de las conferencias. No fue sino hasta 1958 que se reemplazó por el término "salud", más amplio y moderno, en el nombre de la propia organización; su secretaría, curiosa y anacrónicamente, continúa llamándose "Oficina Sanitaria".

La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional (Santiago de Chile, noviembre de 1911) agregó obligaciones a las ya establecidas por la Tercera Convención para las comisiones nacionales de información sanitaria. Esas comisiones se encargaban principalmente de intercambiar información sobre las enfermedades con comisiones similares de otros países. Sus nuevas obligaciones consistían en asesorar a sus gobiernos respectivos acerca de los compromisos adquiridos como consecuencia de las Conferencias Sanitarias Internacionales o de ratificaciones especiales.

Las comisiones de información sanitaria servirían de fuente continua de datos internacionales de salud pública, y puesto que por lo general formaban parte de los ministerios de salud de los países, actuarían de enlace con la Oficina. Nueva-

mente se destacó la necesidad de que las comisiones transmitieran informes completos, incluidas las estadísticas vitales, acerca de las condiciones nacionales de salud. Se encargó a la Oficina que evaluara las medidas adoptadas y que incluyera en el programa de la siguiente conferencia las modificaciones que necesitase la Convención Sanitaria de Washington de 1905.

Otra recomendación, aparentemente la primera de su género en la historia de la salud pública, fue que los gobiernos organizaran cursos prácticos especiales de higiene y sanidad y, si se consideraba conveniente, otorgaran certificados para contar con higienistas y especialistas en sanidad calificados.

El Dr. Walter Wyman, reelecto presidente de la Oficina en la Segunda, Tercera y Cuarta Conferencias, mientras seguía ocupando el cargo de Cirujano General de los E.U.A., no pudo asistir a la Sexta Conferencia por razones de enfermedad. Diez días después de la clausura de la misma falleció en Washington.

En 1912, los miembros de la junta directiva de la Oficina designaron al Dr. Rupert Blue, sucesor de Wyman en el cargo de Cirujano General, como segundo presidente de la Oficina. Su elección formal como presidente estaba prevista para la Sexta Conferencia en 1913, pero debido al comienzo de la Primera Guerra Mundial hubo que aplazar las conferencias. Cuando finalmente se celebró la conferencia, Blue había terminado sus funciones como presidente de la Oficina y como Cirujano General de los E.U.A.

1920-1947

Lo que podría considerarse como el segundo período en la historia de la cooperación interamericana en salud y precursor de la presente Organización Panamericana de la Salud duró de 1920 a 1947.

La Sexta Conferencia Sanitaria Internacional (Montevideo, Uruguay, 12-20 de diciembre de 1920) confirmó la designación provisional efectuada en el mes de marzo anterior, del Dr. Hugh S. Cumming—sucesor de Blue en el cargo de Cirujano General—como Director de la Oficina, nuevo nombre para el antiguo cargo de presidente. Cumming terminó sus funciones de Cirujano General en 1936 pero continuó siendo Director de la Oficina hasta 1947, siendo así el director que sirvió durante más tiempo.

Al mismo tiempo, se eligió Vicedirector de la Oficina a un Cirujano General Asistente, el Dr. J. H. White. El reemplazo del título de "Presidente" por el de "Director" no modificó la estructura de la Oficina, que aún contaba con siete miembros pero ahora de seis países diferentes. Además del Director y del Vicedirector, había un Secretario guatemalteco y cuatro miembros, respectivamente, de Argentina, Brasil, Cuba y Venezuela.

En 1921, Cumming designó al primero—y durante casi tres años el único—miembro del personal con cargo al presupuesto de la Oficina. Esta persona fue W. P. Montgomery, "oficial ejecutivo", quien más tarde fue el primer empleado pensionado a su retiro por un organismo internacional en Washington. Dos años después, aumentó el personal permanente con la contratación por diversos períodos de un auxiliar de publicaciones, un auxiliar de oficina y un taquígrafo. También en esta época, el Servicio de Salud Pública de los E.U.A. adoptó la política de

destacar a algunos de sus expertos principales a la Oficina, para cumplir funciones especiales en los Países Miembros.

Si la Oficina no tuvo gastos en sus comienzos, 20 años después estos casi no habían aumentado. En el ejercicio 1921-1922, el total de gastos fue de \$2.830,70,* de los cuales \$4,67 correspondieron a gastos de viajes y \$5,50 a "libros". Dos años más tarde, el total de gastos sumó US\$11.154,29.

Una importante decisión tomada durante la Sexta Conferencia fue que se debía publicar un "boletín" mensual en español y en inglés, que se titularía *Informes mensuales de sanidad panamericana de la Oficina Sanitaria Internacional*. La publicación mensual apareció en 1922, pero con el nombre de *Boletín Panamericano de Sanidad*. El Dr. Arístides A. Moll fue nombrado redactor científico y traductor jefe del *Boletín*. A sugerencia de White y bajo su dirección, la Oficina preparó y publicó dos ediciones especiales del *Boletín*: una en español, con un tiraje de 6.636 ejemplares, y otra en portugués de la cual se imprimieron 2.000. Ambas contenían artículos escritos por destacados especialistas de los Estados Unidos. Después, la publicación del *Boletín* se convirtió en una de las actividades permanentes de la Oficina—y se ha mantenido desde entonces—con tiradas mensuales de 3.000 ejemplares.

En 1923 la Quinta Conferencia Internacional de los Estados Americanos (Santiago de Chile) asignó una nueva tarea a la Oficina: la preparación de un proyecto de Código Sanitario Marítimo Internacional. Cuando los delegados de 18 países se reunieron en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana (La Habana, noviembre de 1924) aprobaron el proyecto, llamado más tarde Código Sanitario Panamericano.

Asimismo, en virtud de otra decisión tomada en la Quinta Conferencia, se cambió el nombre de Oficina Sanitaria Internacional por el de "Oficina Sanitaria Panamericana" y el de las conferencias por "Conferencias Sanitarias Panamericanas". Este cambio llevó a la modificación del nombre del *Boletín* que, en agosto de 1923, apareció ya con su nombre actual, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

La Conferencia de Santiago en 1923 también decidió que, en los períodos entre una y otra Conferencia Sanitaria Panamericana y bajo los auspicios de la Oficina, se reunieran en Washington los jefes de los servicios nacionales de salud o sus representantes acreditados. La primera reunión se efectuó en septiembre de 1926 y los participantes analizaron varios temas importantes, como la interpretación de ciertos artículos del Código Sanitario Panamericano, aprobado dos años antes. Se celebraron otras cuatro conferencias en Washington—en 1931, 1936, 1940 y 1944—y la sexta y última tuvo lugar en la Ciudad de México en 1948.

En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana (Lima, 1927), Cumming recordó a los delegados que la Sexta Conferencia había resuelto que los miembros de la Oficina (constituida aún por un comité de siete miembros, la mayoría de los cuales vivía a grandes distancias de Washington) podían, en caso de serles imposible asistir personalmente, ser representados por sus funcionarios diplomáticos

*A no ser que se indique lo contrario, para los efectos de esta publicación las cantidades se citan en dólares de los E.U.A.

residentes en esa ciudad o por alguna otra persona designada por sus respectivos gobiernos. Cumming declaró en un informe:

Ni los miembros de la Oficina Sanitaria, ni sus gobiernos, han hecho uso hasta la fecha de este privilegio de nombrar apoderados y, como consecuencia, nunca se ha reunido un número suficiente de miembros para constituir quórum. Yo había abrigado la esperanza de formar quórum en la fecha de la reunión de los Directores Nacionales de Sanidad en Washington, en septiembre de 1926, pero como no había autorización para sufragar los gastos de viaje de los miembros, esto desgraciadamente no pudo realizarse. Bien puede verse que por estas razones el Director de la Oficina Sanitaria se ha visto en la necesidad de asumir los oficios y responsabilidades y desempeñar las obligaciones que debían recaer en la Oficina íntegra, pues de otro modo esta no podría funcionar legalmente (3).

Como resultado de la declaración de Cumming, la Conferencia decidió establecer un Consejo Directivo, que debería reunirse con intervalos de un año o 18 meses. No se trataba de un nuevo organismo sino de una nueva denominación, ya que el Consejo estaba formado por los funcionarios y miembros de la Oficina. Sin embargo, en su calidad de miembros del Consejo, se les reembolsarían los gastos de viaje y viáticos, pero sin que excedieran estos últimos de 10 dólares oro al día.

Cumming comunicó después a los delegados que la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París el año anterior, en la que participó como delegado de los Estados Unidos, había pedido que la Oficina actuara como "organización regional" de la Oficina Internacional de Higiene Pública para reunir datos estadísticos sobre salud e información epidemiológica concerniente a las Américas. La Octava Conferencia Panamericana accedió de inmediato a esa solicitud. También se decidió que los miembros de los departamentos nacionales de salud podían ser nombrados "comisionados viajeros" de la Oficina, la cual sufragaría sus gastos de viaje mientras que sus gobiernos seguirían haciéndose cargo de sus sueldos.

El Dr. John D. Long, funcionario del Servicio de Salud Pública que había sido elegido Vicedirector en la Séptima Conferencia en 1924, fue el primer comisionado viajero de la Oficina en agosto de 1928. Su nombramiento señaló el comienzo de las actividades sobre el terreno de la OPS, actualmente cumplidas por un personal de más de 800 miembros. Hizo largos viajes a Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay; en cada país, se entrevistó con las autoridades de salud, visitó los servicios para combatir la peste y, cuando lo consideró necesario, también los puertos. En Ecuador preparó un proyecto de reglamento para combatir la peste; en Panamá hizo un estudio de la administración de salud pública y, a solicitud del Presidente de este país, elaboró un código sanitario provisional. En algunos países, trató de lograr la ratificación del Código Sanitario Panamericano.

Cumming informó que los gastos por concepto de sueldos correspondientes a los ejercicios 1924-1925, 1925-1926 y 1926-1927, sumaban, respectivamente, US\$4.416,67, \$6.002,50 y \$8.068,34, mientras que los gastos por viajes ascendían a \$1.592,93 en 1924-1925, a nada en 1925-1926 y a \$89,59 en 1926-1927. La cantidad relativamente grande destinada a viajes en el primer ejercicio se explicaba por los viajes de Long.

En cuanto a otras cuestiones, la Conferencia eligió al Dr. Mario G. Lebrede, de Cuba, como Vicedirector (el primer latinoamericano que ocupó ese cargo) y de-

signó al Dr. Bolívar J. Lloyd, del Servicio de Salud Pública de los E.U.A., que había colaborado en algunas ocasiones con Cumming, como Asistente del Director. Un año después, Lloyd asumió la responsabilidad de supervisar la labor normal de la Oficina. La Conferencia también aprobó un protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano y estableció el procedimiento para ratificar dicho Código.

En el decenio de 1920, la actividad principal de la Oficina continuó siendo la recopilación y difusión de informes sobre las enfermedades transmisibles. En algunos casos, tanto los directores nacionales de salud como la Oficina recurrieron a servicios telegráficos para acelerar el intercambio de información, y se canjearon informes cablegráficos con la Oficina Internacional de Higiene Pública en París, y con el Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto.

El Consejo Directivo, creado en 1927 por la Conferencia Sanitaria Panamericana, se reunió por primera vez en Washington del 27 de mayo al 9 de junio de 1929. Asistieron Cumming, Lebrede, Lloyd, Long y los Dres. João Pedro de Albuquerque, de Brasil, Solón Núñez, de Costa Rica, Ramón Báez Soler, de la República Dominicana, y Justo F. González, de Uruguay.

La tarea principal de esa reunión consistió en redactar una "Constitución y Estatutos" de la Oficina Sanitaria Panamericana, que fueron aprobados con pequeñas modificaciones por la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. La Oficina, por definición, no era aún una organización sino una "junta ejecutiva" de composición variable; sus miembros eran elegidos en cada Conferencia Sanitaria Panamericana y continuaban residiendo y trabajando en sus respectivos países.

En la nueva constitución se disponía que el Consejo, en realidad sinónimo de la Oficina, debía estar formado por nueve miembros "titulares": un Director Honorario, un Director, un Vicedirector, un Secretario, el Presidente Provisional de la siguiente Conferencia Sanitaria Panamericana y cuatro vocales; todos ellos debían ser elegidos en cada Conferencia. Todos los miembros titulares tenían derecho al voto. Además, había "miembros *ex officio*" con derecho a participar en la reunión pero no de votar. Estos últimos eran el Asistente del Director, que era siempre un Cirujano General Asistente del Servicio de Salud Pública y los comisionados viajeros que, casi invariablemente, eran funcionarios del mismo Servicio.

Estaba estipulado que, en caso de ausencia prolongada, renuncia, muerte o incapacidad del Director, debía ser reemplazado por el Vicedirector a menos que—como sucedía casi siempre en aquel entonces—este no residiera en Washington; en ese caso, el Asistente del Director asumiría transitoriamente esas funciones.

La constitución disponía que el presupuesto anual de la Oficina no fuera inferior a \$50.000, que se obtendrían aplicando una tasa de 21,5 centavos oro de E.U.A. por cada 1.000 habitantes de los países miembros.

El Consejo adoptó ocho resoluciones. Entre estas, había una recomendación de efectuar en 1931 en Washington, una conferencia de los directores de salud de las repúblicas americanas; otra, que incitaba a los gobiernos de los países miembros a efectuar un estudio sobre nutrición y a difundir información acerca de esta materia; una sugerencia de que el *Boletín de la Oficina* continuara publicando datos y descubrimientos relacionados con el cáncer; una advertencia de que aún existían casos de peste bubónica en seis repúblicas americanas por lo menos; una

exhortación a los países que no lo hubiesen hecho a ratificar el Código Sanitario Panamericano y, por último, una felicitación a Brasil por haber eliminado la fiebre amarilla, junto con una observación acerca de la necesidad de continuar combatiendo la enfermedad en otros lugares.

Diez años después de la reorganización de la Oficina en 1920, su Director preparó su propio informe anual por primera vez. Hasta 1930 ese informe había sido parte del informe anual de la Unión Panamericana. En la introducción, Cumming describe el nuevo procedimiento en la siguiente forma:

De acuerdo con la Sección 6 del Artículo 2 de la Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobados por el Consejo Directivo en su primera sesión administrativa en Washington, del 27 de mayo al 8 de junio de 1929, se ha preparado el siguiente informe de las operaciones de la Oficina durante el ejercicio fiscal que terminó el 30 de junio de 1930, se le ha hecho asunto de registro en los archivos de la Oficina y se ha mandado una copia de este informe a cada uno de los miembros del Consejo Directivo. También se ha proporcionado copia de este informe al Director General de la Unión Panamericana para su inclusión en su informe anual al Consejo de Gobierno de la Unión Panamericana (4).

En aquel momento, las cuotas de los Gobiernos Miembros se estimaban sobre la base de un presupuesto total anual de no menos de \$50.000. Se preparó y envió a cada miembro del Consejo Directivo el proyecto de presupuesto para el ejercicio que concluiría el 30 de junio de 1931, con el fin de que hicieran comentarios y sugerencias. Esto representó un indicio importante del desarrollo alcanzado y de la mayor responsabilidad del Consejo.

La fiebre amarilla, especialmente la variedad selvática, continuaba siendo un problema en las Américas. En su primer informe anual, Cumming llamó especialmente la atención hacia un brote epidémico en Colombia y señaló que "cuatro casos de fiebre amarilla fueron notificados en Brasil, del 1 de julio al 14 de septiembre de 1929. No se descubrieron más casos hasta el 19 de abril de 1930, cuando se notificaron dos casos en la ciudad de Mage, en el interior del Estado de Rio de Janeiro."

El Dr. Fred L. Soper, un especialista en fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Brasil y otros países sudamericanos, quien después fue Director de la Oficina, resumió este período decisivo en un estudio de la fiebre amarilla en ausencia de *A. aegypti*, presentado a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana en noviembre de 1934. Dijo en parte:

En 1930 ya se sabía que otros mosquitos, además de *Stegomyia*, podían transmitir en el laboratorio el virus amarílico de animal a animal. Sin embargo, solo en marzo de 1932 quedó demostrado que la fiebre amarilla existía en condiciones y zonas donde el *Stegomyia* podía ser descartado como vector (5).

Después de destacar que "la fiebre amarilla constituye realmente un problema continental que exige acción internacional" y de solicitar la acción conjunta de los países americanos, agregó que las observaciones reunidas acerca de la fiebre amarilla selvática justificaban "una investigación completa de la posible existencia de huéspedes vertebrados diferentes del hombre".

La Oficina emprendió estudios epidemiológicos sobre la peste en Sudamérica, en cooperación con las autoridades nacionales y locales, primero en Guayaquil y luego en Lima. Con la autorización del Consejo Directivo, el Dr. C. R. Eskey fue

nombrado epidemiólogo de la Oficina para trabajar con Long en Ecuador; este último visitó Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Venezuela con objeto de detectar la presencia de peste.

Entre otras enfermedades que eran motivos de preocupación a comienzos del decenio de 1930, se encontraban el tifo, fiebre ondulante, brucelosis, oncocercosis, malaria, lepra, sarampión, tos ferina y viruela.

Se comunicó la existencia de tifo en Bolivia, Brasil, Chile, Estados Unidos y México, y en estos dos últimos y en Brasil se descubrieron nuevos tipos de la enfermedad y nuevos vectores y animales huéspedes que podrían estar involucrados en la transmisión. Los datos conocidos acerca del tifo tanto endémico como epidémico y acerca del papel desempeñado por pulgas y ratas estaban cambiando la epidemiología de las enfermedades rickettsiales. La fiebre ondulante continuó siendo un problema de salud en los Estados Unidos y se estableció que existían varias cepas distintas de *Brucella*. La oncocercosis prevalecía en ciertas partes de Guatemala y México, y las autoridades de este último país estaban realizando estudios intensivos de la enfermedad. La malaria representaba un problema importante en muchos países y la tuberculosis en casi todos.

La lepra se encontraba ampliamente difundida, si bien estaba mejorando el aislamiento de los casos. El sarampión y la tos ferina prevalecían en las Américas en todos los climas y todavía causaban muchas defunciones, especialmente en los niños. La viruela existía en prácticamente todos los países americanos, pero estaba decididamente ausente en algunos de ellos.

Como resultado del gran interés de las autoridades americanas de salud por esas enfermedades transmisibles, la Oficina comenzó a publicar en 1930 una nueva serie de "Informes Sanitarios Semanales", que contenían las últimas comunicaciones cablegráficas acerca de la prevalencia de enfermedades cuarentenables. Los informes se convirtieron después en el actual *Boletín Epidemiológico* bimensual.

Otro acontecimiento importante de 1930 fue el proyecto de reglamento internacional destinado a impedir la propagación mediante el transporte aéreo de enfermedades cuarentenables, proyecto que envió la Oficina Internacional de Higiene Pública de París a la Oficina. Cumming envió copias del mismo al Consejo Directivo y a los Directores de Sanidad de las repúblicas americanas solicitando comentarios. En su informe anual correspondiente a 1930-1931, señaló que, debido al número de peticiones recibidas cablegráficamente como respuesta, "se acordó solicitar a la Oficina Internacional de Higiene Pública que aplazara su acción sobre los reglamentos, hasta que hubieran sido considerados en reunión conjunta por los Directores de Sanidad y el Consejo Directivo . . ." (6). Se accedió a esta solicitud y el tema se incluyó en el programa de la Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad. El punto de mayor controversia en el proyecto de reglamento era el que proponía modificaciones en las interpretaciones existentes de los convenios sobre la fiebre amarilla.

En abril de 1931 y bajo los auspicios de la Oficina, se celebró la Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad en la Unión Panamericana en Washington. Asistieron *ex officio* los miembros del Consejo Directivo. Además de analizar la Convención Sanitaria de Navegación Aérea que se proponía, la Conferencia consideró aspectos de sanidad urbana y rural, el abastecimiento de agua y leche puras, notificación de enfermedades transmisibles, en-

fermedades venéreas, tuberculosis y empleo de vacunas para combatirla, parasitosis intestinales, viruela, malaria, peste, higiene industrial, salud materno-infantil, nutrición, farmacodependencia y oncocercosis.

Como lamentarían Directores posteriores, la Oficina siempre parecía tener demasiado trabajo y muy pocos fondos para sufragar su labor. A fines del ejercicio fiscal correspondiente a 1931, los gastos ascendieron a \$59.300 pero solo se habían asignado \$50.000. A mediados de 1932, Cumming informó: "Los gastos de la Oficina excedieron nuevamente sus ingresos y se acudió a sus fondos de reserva para cubrir este déficit" (7). En esos momentos, el personal, cuyos sueldos se incluían en el presupuesto, estaba integrado por un editor-traductor científico, un auxiliar de oficina, cuatro traductores-taquimecanógrafos y un empleado jubilado. Todo el personal profesional continuaba a cargo del Servicio de Salud Pública de los E.U.A.

En 1933 los gastos de nuevo excedieron las cuotas recaudadas. Cumming señaló que la venta forzosa de bonos, en los que se habían invertido los fondos de reserva, había producido una pérdida, si bien esta se compensó con los intereses devengados por otros bonos. Los presupuestos ordinarios de la Oficina fueron de \$52.000 en 1934-1935, \$56.000 en 1935-1936, \$70.000 en 1937, \$100.750 en 1938, \$87.500 en 1939 y \$107.550 en 1940.

En su informe anual correspondiente a 1933-1934, Cumming declaró:

La naturaleza del trabajo de la Oficina es tal que sería capaz de alcanzar considerable ampliación. Además, las Conferencias Internacionales de las Repúblicas Americanas y las Conferencias Sanitarias Panamericanas le imponen de cuando en cuando obligaciones adicionales. También existe la tendencia de parte de otras organizaciones internacionales, cuyo trabajo se parece en cierta medida al de la Oficina Sanitaria, a amalgamarse con esta. En relación con esto, debe hacerse notar que, si las actividades de la Oficina han de ser aumentadas materialmente, deberá proveerse *mayor personal y más espacio para oficinas* (8).

De hecho, la falta de espacio a que se refería Cumming era grave: solo un despacho en el edificio de la Unión Panamericana. A fines del decenio de 1930, trabajaban en esa habitación una docena de personas, incluido el Director. Como resultado de ese hacinamiento—que redujo al mínimo el espacio para los archivos—solo se conservaba la correspondencia muy importante. El resto se destruía de inmediato, unas semanas después o, cuando más, un año o dos más tarde. En el futuro, esta falta de archivos defraudaría a los historiadores de las primeras actividades de la Oficina.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, noviembre de 1934) por primera vez contó con la presencia de delegados de las 21 repúblicas americanas. Entre los observadores se encontraban el Dr. M. T. Morgan, de la Oficina Internacional de Higiene Pública; el Dr. Frank Boudreau, de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, y Soper, en representación de la Fundación Rockefeller.

Se adoptaron 42 resoluciones. La primera se refería al Código Sanitario Panamericano y la última aprobaba la Constitución y los Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana. Las 40 restantes se referían a casi todos los aspectos de las actividades de salud más importantes en esos momentos.

En su informe a la Conferencia, Cumming exhortó a los delegados a moderar sus justas aspiraciones y señaló:

... hace catorce años ... la Oficina Sanitaria Panamericana no existía más que de nombre ... pero hoy día su influencia se hace sentir no solo en los países de América, sino también en los de Europa. Sin embargo, es menester tener presente que, por ahora, nuestros recursos son limitados y creo por lo tanto que no debemos malgastar nuestros esfuerzos en empresas para las cuales no contamos con fondos adecuados, o que no estén directamente relacionadas con los fines de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y de la Oficina misma ... (9).

Poco después de la Conferencia, además de Long, se añadieron dos nuevos comisionados viajeros. El Dr. Henry Hanson fue destinado a Ecuador y Perú, y el Dr. M. A. Roe, del Servicio de Salud Pública, fue enviado a Cuba para colaborar con las autoridades nacionales de salud y con los funcionarios de la Fundación Rockefeller. A fines del decenio de 1930, el creciente cuerpo de representantes viajeros—precursores del personal residente sobre el terreno que ahora existe en las Américas—incluía a los Dres. Edward C. Ernst (designado Asistente de Cumming en 1938), John R. Murdock y Anthony Donovan, además de cuatro ingenieros sanitarios: William Boaz, el ingeniero sanitario principal, William W. H. Komp, Edward D. Hopkins y Walter N. Dashiell. En junio de 1937, Euclides Villagómez, de Ecuador, fue nombrado inspector sanitario de la Oficina y asignado a Brasil para estudiar los métodos de control del *A. aegypti* e informar sobre estos.

En el Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas de Nueva York, Murdock y Roe recibieron capacitación en aspectos especiales de la fiebre amarilla, y en el laboratorio de San Francisco del Servicio de Salud Pública recibieron adiestramiento en peste. Murdock realizó varios viajes de inspección en el Brasil, incluido un recorrido en compañía de Soper en zonas en que se estaban llevando a cabo actividades contra la fiebre amarilla selvática.

En 1936 hubo varios acontecimientos importantes. Después de jubilarse de su cargo de Cirujano General del Servicio de Salud Pública a comienzos de febrero, Cumming dedicó todo su tiempo a la dirección de la Oficina.

Ya en 1905 se había proyectado la traducción al español de la Farmacopea de los Estados Unidos pero, a pesar de repetidos esfuerzos, nunca se habían podido obtener los fondos necesarios para hacerlo. En 1934, la IX Conferencia Sanitaria Panamericana autorizó a la Oficina a establecer relaciones con las comisiones nacionales de farmacopeas y dos años después en 1936, la Oficina finalmente inició la traducción de la novena edición revisada de la Farmacopea. La edición en español fue aceptada como la oficial en Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Panamá y República Dominicana y también fue usada en Filipinas y Puerto Rico.

A la Tercera Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad (Washington, abril de 1936), asistieron representantes de 14 repúblicas americanas. Los temas más importantes incluyeron el persistente problema de la fiebre amarilla selvática, cuyo vector aún no se conocía. Se acordó que los aeropuertos deberían mantenerse libre de mosquitos y que las tripulaciones de aviones que viajaran a territorios infectados deberían ser vacunadas contra la enfermedad. Los Directores también dedicaron atención especial a otras enfermedades transmisibles: brucelosis, peste bubónica, malaria, oncocercosis y tracoma.

Después de examinar el tema de la administración de salud pública, los Directores recomendaron que se establecieran servicios técnicos especiales para estudiar los problemas de salud pública, se uniformaran técnicamente las actividades nacionales de salud y se crearan unidades urbanas y rurales de salud con personal capacitado a tiempo completo.

También se hicieron recomendaciones acerca de la higiene industrial, salud materno-infantil, creación de institutos para estudiar las condiciones que afectan a las personas que viven en zonas de gran altitud, control de la malaria y enfermedades venéreas, investigaciones sobre vacunas contra la viruela, fiebre tifoidea y difteria, y continuación de los experimentos con BCG.

A fines de junio, Cumming pudo informar que, finalmente, el Código Sanitario Panamericano había sido ratificado por todas las repúblicas americanas.

Durante el ejercicio fiscal de 1935-1936, la Oficina recibió \$101.643, incluidas las cuotas pendientes de años anteriores, y gastó \$55.441. En el ejercicio siguiente, su presupuesto llegó a \$70.030. Las cuotas para 1937-1938, calculadas sobre la base de una población total de 266.581.904 habitantes en las 21 repúblicas americanas, se fijaron en \$57.315.

El interés recién despertado en la Oficina por la nutrición, llevó en ese momento a la creación de una Comisión de Nutrición presidida por el Dr. Justo F. González, de Uruguay. Con un comisionado viajero designado poco antes, el Dr. W. H. Sebrell de los E.U.A., González realizó una serie de encuestas sobre nutrición en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Estados Unidos y Perú. Se presentó un informe completo de las actividades de la Comisión ante la X Conferencia Sanitaria Panamericana.

En vísperas de esta Conferencia se produjo un cambio importante en el personal de la Oficina. El Asistente de Cumming, el Dr. Bolívar J. Lloyd, que durante 12 años había estado directamente a cargo de las labores cotidianas de la Oficina, se jubiló el 1 de septiembre de 1938. Lo sustituyó el Dr. Edward C. Ernst, destinado a la Oficina por el Servicio de Salud Pública. Ernst actuó como Asistente del Director hasta su inesperada muerte, como consecuencia de un ataque cardíaco, en su despacho de la Oficina en noviembre de 1944.

La X Conferencia Sanitaria Panamericana se reunió en Bogotá del 4 al 18 de septiembre de 1938, con representantes de las 21 repúblicas americanas.

En una breve mirada retrospectiva a las actividades de la Oficina, Cumming hizo constar el nombramiento de quien parece haber sido el primer profesional cuyo sueldo fue pagado por la Oficina y no por el Servicio de Salud Pública de los E.U.A. Se trataba de William Boaz, un ingeniero sanitario contratado en marzo de 1937.

La Conferencia atendió la súplica de Cumming en cuanto a fondos adicionales y modificó *ad referendum* la Constitución para prever un presupuesto anual no inferior a \$100.000, estimado según un prorrateo de \$0,40 por cada 1.000 habitantes de los Países Miembros.

Otras enmiendas establecieron que la elección de los miembros del Consejo Directivo "con la posible excepción del Director", se rigiera por el principio de rotación entre todos los países. El número de integrantes del Consejo aumentó de nueve a 11, que incluían al Director y al Vicedirector, dos consejeros y siete vocales. Los miembros serían elegidos por las Conferencias Sanitarias Panameri-

canas mediante votación secreta, ocuparían sus cargos hasta la siguiente conferencia y no podrían ser reelegidos. Si bien las elecciones eran a título personal, los candidatos debían estar relacionados con sus administraciones nacionales de salud y su elección estaba sujeta a la aprobación de sus gobiernos.

Se introdujo una modificación en la Constitución redactada en la primera reunión del Consejo Directivo en 1929. En caso de ausencia prolongada, renuncia, fallecimiento o incapacidad del Director y de que sus funciones no pudieran ser asumidas por el Vicedirector, como ocurría siempre pues el Vicedirector vivía y trabajaba en otro lugar, la dirección no sería ocupada interinamente por el Asistente del Director sino por alguien designado por los otros miembros del Consejo. El recién elegido Vicedirector fue el Dr. João de Barros Barreto, del Brasil. De acuerdo con la enmienda, la Constitución no mencionaba el arraigado cargo de Asistente del Director sino que esencialmente el mismo cargo (Subdirector) fue incluido en una lista de funcionarios de la Oficina, publicada poco después de la Conferencia; el titular del mismo era Ernst.

En octubre de 1938 y mayo de 1939, Cumming asistió a reuniones de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París, como representante principal de su país, y en diversas ocasiones asistió a las de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones en su calidad de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Si por cualquier motivo las repúblicas americanas que eran miembros de la Sociedad no enviaban delegados a las reuniones de la Sección de Higiene, Cumming juzgaba que era su deber considerar los temas debatidos, desde el punto de vista de todas las repúblicas americanas, y fue siempre en conformidad con ese principio que ejerció su influencia y emitió su voto. En su informe anual correspondiente a 1938-1939, mencionó que en esas reuniones se había analizado la posibilidad de una cooperación más estrecha entre la Sección de Higiene y la Oficina, pero no se tomó acción concreta en ese momento.

La cooperación entre los funcionarios de salud de las repúblicas americanas continuó en aumento. La Oficina colaboró en las investigaciones científicas ayudando a obtener muestras biológicas y cepas patógenas y a identificar insectos. En diciembre de 1938 se designó una comisión integrada por Ernst y Long, comisionados viajeros, y Dagoberto González, del Consejo Directivo, para representar a la Oficina en la Octava Conferencia Internacional de los Estados Americanos, en Lima; la Conferencia apoyó el aumento de las cuotas de los países, que había sido aprobado por la X Conferencia Sanitaria Panamericana. Al año siguiente, se enviaron representantes de la Oficina a la Primera Conferencia Panamericana de Aviación Sanitaria realizada en Montevideo.

Tan pronto se dispuso del texto oficial de la nueva nomenclatura internacional de causas de defunción, la Oficina la tradujo y la publicó en el *Boletín* (junio y agosto de 1939) a fin de hacerla llegar a todas las autoridades de salud de las Américas. El *Boletín* continuó publicando información acerca de las Conferencias Sanitarias y las reuniones de Directores Nacionales de Sanidad, así como artículos científicos e informes de interés para todos los países.

Al comenzar el decenio de 1940, la Oficina aún no había resuelto el grave problema de la falta de espacio. De las 17 personas que integraban el personal en Washington, 12 trabajaban en un despacho y el resto en distintas instalaciones del edificio de la Unión Panamericana. Hasta 1947, las funciones de la Oficina Sani-

taria estaban distribuidas en las siguientes secciones o unidades: editorial (que incluía la publicación del *Boletín* y las actas de las conferencias sanitarias), epidemiología y bioestadística, legal, traducciones, contabilidad, distribución de publicaciones y archivo.

Como lo había decidido la X Conferencia Sanitaria Panamericana, las reuniones de Directores Nacionales de Sanidad se realizarían cada cuatro años, en forma alternada con las conferencias sanitarias. En consecuencia, la Cuarta Reunión de Directores Nacionales se efectuó en Washington, a principios de mayo de 1940. Asistieron Representantes de Canadá y de la Guayana Holandesa (ahora Suriname). Los Directores consideraron temas analizados en reuniones anteriores y otros nuevos: la sanidad en el transporte aéreo, métodos para evaluar las actividades de salud y ensayos de esos métodos en ciudades representativas; medicina preventiva como parte de los programas de educación médica; perfeccionamiento de métodos para reunir y utilizar las estadísticas vitales, y la estandarización de métodos para el diagnóstico, registro y tratamiento de las enfermedades venéreas. Se recomendó que se extendiera la franquicia postal a la Oficina, por su naturaleza autónoma y crecientes actividades, privilegio que fue concedido por los Estados Unidos a fines de junio de 1938.

Simultáneamente, Cumming convocó a una reunión del Consejo Directivo, que no se volvió a reunir hasta 1946; no obstante, Cumming expresó en sus informes anuales correspondientes a 1941, 1942 y 1943, que, a falta de reuniones formales, continuaba el intercambio de opiniones y puntos de vista con los miembros del Consejo.

Entre 1938 y 1945, cinco comités técnicos cumplieron actividades relacionadas con la malaria, nutrición, el Código Sanitario, tifo y otras enfermedades rickettsiales e ingeniería sanitaria. La principal dificultad afrontada por estos comités fue la planificación de reuniones para los miembros que vivían en lugares muy distantes entre sí.

A pesar de que la Oficina había tenido comisionados viajeros desde la designación de Long en agosto de 1928, no comenzó a establecer oficinas permanentes sobre el terreno hasta fines del decenio siguiente. En su informe anual correspondiente a 1939-1940, Cumming mencionó una provisional "Zona Sanitaria del Caribe", con sede en Panamá, a la cual se asignó un comisionado viajero y un ingeniero sanitario. Se proyectaba la adición de una enfermera y otro personal en el futuro. En 1942, ya se había establecido una "división del Pacífico", con sede en Lima, y se hicieron los planes para organizar una división del Atlántico. El propósito de estas oficinas era establecer una distribución geográfica adecuada de los servicios y del personal, a fin de aumentar la eficiencia y la rapidez de la comunicación con los países.

El programa cooperativo de control de las enfermedades venéreas en la frontera entre México y los Estados Unidos, llevó a la creación de una oficina en El Paso, Texas, en febrero de 1942. Se suponía que esta oficina supervisara la capacitación del personal que participaría en el programa; la adquisición de suministros y material para el tratamiento y la profilaxis; una campaña educativa contra las enfermedades venéreas, que incluía la distribución de literatura y cartelones y conferencias ante un público de escolares y adultos, y la coordinación de programas nacionales.

Las actividades de la Oficina sobre el terreno continuaron aumentando durante los últimos años del decenio de 1930 y los primeros del siguiente. Los asesores temporeros cumplieron una serie de misiones. El Dr. S. L. Christian, por ejemplo, fue enviado a Lima en 1939 a colaborar en la organización de un nuevo hospital del seguro social; un año después, el Dr. O. E. Dewey fue a El Salvador a estudiar la situación hospitalaria y el Dr. James P. Leake trabajó con las autoridades colombianas de salud para combatir un brote de poliomiélitis.

Los comisionados viajeros de la Oficina continuaron viajando. Long visitó Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Haití, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El Dr. Murdock fue a Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela y, en agosto de 1942, asistió en Barbados a una conferencia sobre cuarentena en las colonias británicas. Donovan cumplió misiones en ocho países sudamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay y dedicó atención especial a las actividades de control de la peste en Ecuador y Perú.

En cuanto a la ingeniería sanitaria, Boaz, ingeniero sanitario jefe, en sus viajes a Brasil, Haití y México, se dedicó a la lucha contra los mosquitos, el abastecimiento de leche, los servicios sanitarios rurales y el abastecimiento de agua. Dashiell, asignado a la zona del Caribe, colaboró en investigaciones sanitarias en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Hopkins visitó Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú, para dar conferencias en cursos de ingeniería sanitaria, orientar al Ministerio de Salud peruano sobre el funcionamiento de su departamento de ingeniería sanitaria, asesorar acerca de la pasteurización de la leche y las condiciones sanitarias en las minas y recolectar mosquitos para su estudio y clasificación. Otro ingeniero sanitario, Eloy A. Barreda, realizó estudios sobre el sistema de abastecimiento de agua en Lima e investigó posibles sustitutos del verde de París como insecticida. El Ing. Donald L. Snow, destacado a la Oficina en 1943 por el Servicio de Salud Pública de los E.U.A., trabajó en esta hasta 1948; durante ese período, colaboró en estudios del sistema de alcantarillado en Chile y ayudó a combatir la peste en Perú.

El Dr. Atilio Macchiavello, quien entró a formar parte de la Oficina como epidemiólogo en 1939, fue destacado para estudiar la peste en el norte de Brasil, Ecuador y Perú; colaboró también en la preparación de un código sanitario en Uruguay. El Dr. Newton E. Wayson estudió un brote de peste en Venezuela.

A fines de 1942, se inició un ambicioso programa de asistencia para fomentar estudios de enfermería y mejorar los servicios en este campo en colaboración con las autoridades nacionales de salud, la Fundación Rockefeller, el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Oficina del Niño de los E.U.A. Se destacó a 12 enfermeras para trabajar en distintos países.

Durante este período también creció el nuevo programa de becas de la Oficina. En 1939, se logró que seis estudiantes de medicina de Chile realizaran su internado en seis hospitales del Servicio de Salud Pública; al año siguiente, una asignación de fondos por el Congreso estadounidense permitió ofrecer 22 becas a aspirantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México y Perú. Más tarde, diversas dependencias gubernamentales estadounidenses contribuyeron a aumentar considerablemente el

Las actividades de la Oficina sobre el terreno continuaron aumentando durante los últimos años del decenio de 1930 y los primeros del siguiente. Los asesores temporeros cumplieron una serie de misiones. El Dr. S. L. Christian, por ejemplo, fue enviado a Lima en 1939 a colaborar en la organización de un nuevo hospital del seguro social; un año después, el Dr. O. E. Dewey fue a El Salvador a estudiar la situación hospitalaria y el Dr. James P. Leake trabajó con las autoridades colombianas de salud para combatir un brote de poliomielitis.

Los comisionados viajeros de la Oficina continuaron viajando. Long visitó Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Haití, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El Dr. Murdock fue a Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela y, en agosto de 1942, asistió en Barbados a una conferencia sobre cuarentena en las colonias británicas. Donovan cumplió misiones en ocho países sudamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay y dedicó atención especial a las actividades de control de la peste en Ecuador y Perú.

En cuanto a la ingeniería sanitaria, Boaz, ingeniero sanitario jefe, en sus viajes a Brasil, Haití y México, se dedicó a la lucha contra los mosquitos, el abastecimiento de leche, los servicios sanitarios rurales y el abastecimiento de agua. Dashiell, asignado a la zona del Caribe, colaboró en investigaciones sanitarias en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Hopkins visitó Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú, para dar conferencias en cursos de ingeniería sanitaria, orientar al Ministerio de Salud peruano sobre el funcionamiento de su departamento de ingeniería sanitaria, asesorar acerca de la pasteurización de la leche y las condiciones sanitarias en las minas y recolectar mosquitos para su estudio y clasificación. Otro ingeniero sanitario, Eloy A. Barreda, realizó estudios sobre el sistema de abastecimiento de agua en Lima e investigó posibles sustitutos del verde de París como insecticida. El Ing. Donald L. Snow, destacado a la Oficina en 1943 por el Servicio de Salud Pública de los E.U.A., trabajó en esta hasta 1948; durante ese período, colaboró en estudios del sistema de alcantarillado en Chile y ayudó a combatir la peste en Perú.

El Dr. Atilio Macchiavello, quien entró a formar parte de la Oficina como epidemiólogo en 1939, fue destacado para estudiar la peste en el norte de Brasil, Ecuador y Perú; colaboró también en la preparación de un código sanitario en Uruguay. El Dr. Newton E. Wayson estudió un brote de peste en Venezuela.

A fines de 1942, se inició un ambicioso programa de asistencia para fomentar estudios de enfermería y mejorar los servicios en este campo en colaboración con las autoridades nacionales de salud, la Fundación Rockefeller, el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Oficina del Niño de los E.U.A. Se destacó a 12 enfermeras para trabajar en distintos países.

Durante este período también creció el nuevo programa de becas de la Oficina. En 1939, se logró que seis estudiantes de medicina de Chile realizaran su internado en seis hospitales del Servicio de Salud Pública; al año siguiente, una asignación de fondos por el Congreso estadounidense permitió ofrecer 22 becas a aspirantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México y Perú. Más tarde, diversas dependencias gubernamentales estadounidenses contribuyeron a aumentar considerablemente el

número de becas otorgadas por la Oficina, que se adjudicaron a beneficiarios de más países. Las becas se asignaron a estudiantes graduados en medicina, salud pública, ingeniería sanitaria y enfermería; abarcaron desde cursos académicos en diversas escuelas a períodos de práctica profesional, programas de residencia, capacitación sobre el terreno y giras especiales de estudios. Las becas correspondientes a campos de especialización incluyeron diversas disciplinas: bacteriología, cardiología, entomología, higiene industrial, cirugía dental, pediatría, radiología, urología, ingeniería sanitaria, y estadísticas vitales. Además, Argentina, Cuba, Chile, México, Panamá y Venezuela ofrecieron becas a estudiantes de las otras repúblicas americanas.

Los ingresos de la Oficina correspondientes al ejercicio de 1938-1939 ascendieron a \$64.877, y los egresos a \$80.351. En el siguiente ejercicio, los ingresos y gastos llegaron, respectivamente, a \$90.932 y \$102.972; un año después, los ingresos, excluidos los de otras fuentes aparte de las cuotas de los gobiernos, ascendieron a \$107.437, mientras que los gastos sumaron \$92.083. En el ejercicio fiscal 1941-1942 los ingresos fueron \$102.372 y los egresos \$86.814. En 1942-1943, el ingreso ordinario de la Oficina, incluidas las cuotas de los gobiernos, fue de \$142.867, de los cuales se gastaron \$113.964, más un ingreso de \$339.138 proveniente de otros fondos administrados por la Oficina. En su informe anual correspondiente a 1942-1943, Cumming señaló el problema causado por el retraso en el pago de las contribuciones que la Oficina había sufrido y que ha continuado sufriendo desde entonces:

Respecto a las cuotas recibidas al 30 de junio de 1943, catorce Repúblicas están al día, cuatro tienen un año de cuota pendiente; una debe dos años y dos tienen pendientes más de dos años.

Los gastos durante el año fiscal procedentes de fondos administrados por la Oficina (incluyendo fondos del Coordinador de Asuntos Interamericanos, del Servicio de Salud Pública y del *Commonwealth Fund*, llegaron a \$339.138, comprendiendo \$210.562 para becas, viajes de estudio y otros medios de enseñanza, \$56.227 para el control de enfermedades venéreas, \$48.593 para mejorar la enseñanza de enfermería, \$11.437 para estudios de tifo, \$10.849 para control de la oncocercosis, y cantidades menores para viajes de especialistas, mejoría hospitalaria, exposiciones de lucha contra la tuberculosis, imprenta y otros gastos (10).

Al cumplir su 40º aniversario, la Oficina pudo notificar una disminución general en las Américas de las enfermedades cuarentenables como resultado de mejores condiciones sanitarias. A veces existían algunas excepciones. Este era el panorama de las enfermedades en 1942:

- *Enfermedad de Chagas*. Se notificaron casos en la mayoría de las repúblicas americanas.
- *Fiebre amarilla*. Solo la forma selvática de la enfermedad continuó siendo un problema. En Bolivia, donde se había informado acerca de la erradicación de *A. aegypti* casi por completo, se produjeron cuatro brotes epidémicos con un total de 91 casos y 45 defunciones. En Brasil, el total de defunciones disminuyó de 19 en 1941 a 10 en 1942 y, en 10.969 de las 12.159 localidades en las que se realizaban actividades de control de *A. aegypti*, el índice de infestación por el mosquito fue de cero. Colombia notificó 20 defunciones por fiebre

- amarilla selvática y Perú ocho entre mediados de 1942 y mediados de 1943. En Venezuela se atribuyó una defunción a la fiebre amarilla.
- *Meningitis*. Se produjeron dos brotes epidémicos graves de meningitis cerebrospinal en 1942: en Chile y en los Estados Unidos. Chile notificó 5.199 casos y 790 defunciones, y los Estados Unidos, 3.769 casos, cifra que se elevó a 12.000 casos en los seis primeros meses de 1943.
 - *Peste*. El número de casos y defunciones disminuyó en Argentina, Bolivia, Ecuador y Perú. Solo se comunicó un caso humano en los Estados Unidos (California).
 - *Poliomielitis*. Esta enfermedad había avanzado en casi todos los países. Argentina notificó 870 casos paralíticos y 34 defunciones; Bolivia, tres casos, y Brasil, 27 casos y 12 defunciones en siete capitales de estados. Un grave brote en Colombia provocó 219 casos y cinco defunciones; Costa Rica comunicó 28 casos y una defunción en 1941, pero solo cuatro casos en 1942; Cuba sufrió una epidemia con 594 casos y 53 defunciones, y Chile notificó 22 casos y dos defunciones. Las cifras en otros países fueron las siguientes: Ecuador, dos casos; El Salvador, siete; Estados Unidos, 4.193 casos en 1942, en contraste con 9.086 en 1941; Guatemala, cuatro casos; México, 40 defunciones; Panamá, dos casos; Perú, 10 casos; Puerto Rico, 107 casos; Trinidad, 229 casos y 23 defunciones entre octubre de 1941 y octubre de 1942.
 - *Tifo*. Tanto el tifo como otras enfermedades por rickettsias fueron mejor estudiadas que combatidas en las Américas, debido fundamentalmente a los presupuestos deficientes. En 1942, el tifo constituía un problema importante en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, México y Perú, mientras que en los Estados Unidos el tifo murino constituía un problema.
 - *Viruela*. Se notificaron brotes de viruela en Argentina, Colombia, México y Paraguay.

Entre el 7 y el 18 de septiembre de 1942 se reunió en Rio de Janeiro la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, a la que asistieron delegados de las 21 repúblicas americanas así como observadores de Canadá (por primera vez representado en la Conferencia), de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Fundación Rockefeller.

Una serie de resoluciones de carácter general adoptadas por los delegados reflejaron las condiciones existentes en las Américas durante la Segunda Guerra Mundial. La primera resolución se refería a la conservación y desarrollo de recursos y suministros para resguardar la salud pública, y al intercambio de dichos suministros para la seguridad del Hemisferio. Se recomendó además que se hiciera un inventario de los recursos de salud disponibles y de las necesidades de suministros en cada país, y que se estableciera una cooperación integral entre los servicios de salud civiles y militares.

Otras recomendaciones se refirieron a la ingeniería sanitaria, nutrición, vivienda, saneamiento a lo largo de la Carretera Panamericana, estadísticas vitales, tifo, enfermedad de Chagas, influenza, tuberculosis, lepra, diarrea y enteritis.

Se introdujo otra modificación en la Constitución de la Oficina. Hasta la X Conferencia inclusive, se había elegido a determinadas personas para ocupar los

cargos del Consejo Directivo; ahora Cumming insistió en que los miembros deberían ser los países y no individuos, eliminando así toda posibilidad de que se produjeran situaciones embarazosas como había sucedido en el pasado cuando formaban parte del Consejo personas que habían dejado de tener categoría oficial en sus respectivos países (11). La Conferencia accedió a la recomendación del Director y desde entonces ha seguido en vigencia esa interpretación de la Constitución.

Durante el resto de la Segunda Guerra Mundial no hubo otros hechos importantes para la Oficina.

Capítulo 2

LA SALUD EN LAS AMERICAS: 1947-1970

En el período inmediatamente posterior a la guerra, se produjeron algunos acontecimientos que pusieron en peligro la continuidad de la existencia de la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias.

En el verano de 1945, la Conferencia sobre organización de las Naciones Unidas, reunida en San Francisco, aprobó una resolución para crear una organización internacional de salud relacionada con las Naciones Unidas pero independiente de su estructura política. La organización propuesta, si bien sería parte del sistema de las Naciones Unidas, tendría su propio tratado, constitución, composición y presupuesto.

En febrero de 1946, al reunirse por primera vez, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas convocó una reunión preliminar de representantes de 16 países y cuatro organismos internacionales con el fin de convocar una conferencia para crear una Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un mes después, se reunió en París una Comisión Técnica Preparatoria para organizar las propuestas para la conferencia. Cumming y Moll asistieron como observadores y, prematuramente, se describieron como representantes de la "Organización Sanitaria Panamericana", que no estaría constituida hasta pasado más de un año.

En general, se daba por sentado que la OMS absorbería la Oficina Internacional de Higiene Pública y la todavía existente Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, o que estos organismos simplemente serían disueltos. La única cuestión de fondo acerca de la cual la Comisión Técnica Preparatoria no pudo llegar a un acuerdo, fue la situación de las organizaciones regionales de salud en relación con la OMS. Existía en Alejandría una Oficina Regional Panárabe de Salud, recién creada, y su absorción por la OMS era una conclusión inevitable. En realidad, la única "organización regional" cuestionable era la Oficina Sanitaria Panamericana. En vista de que la Comisión no pudo llegar a un acuerdo con respecto al futuro de ese organismo del Hemisferio Occidental, se presentaron dos propuestas antagónicas a la Conferencia Sanitaria Internacional convocada por el Secretario General de las Naciones Unidas.

Entre el 19 de junio y el 22 de julio de 1946 se celebró en Nueva York la Conferencia Internacional de la Salud, a la que asistieron autoridades de salud de

todo el mundo. Desde el principio los delegados estaban conscientes de la universalidad del concepto de salud pública, por lo que delegados de países que no eran miembros de las Naciones Unidas, como Irlanda, Suecia y Suiza, no tuvieron reparos en unirse a la OMS.

Durante varias semanas se debatió si las Conferencias Sanitarias Panamericanas y la Oficina debían continuar existiendo una vez creada la OMS. Finalmente se llegó a una solución que conciliaba las distintas opiniones, la cual se incorporó a la Constitución de la OMS que, específicamente en el Artículo 54, "Arreglos Regionales", estableció:

La Organización Sanitaria Panamericana representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas y todas las demás organizaciones intergubernamentales regionales de salubridad que existan antes de la fecha en que se firme esta Constitución serán integradas a su debido tiempo en la Organización. La integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas (1).

Esta transacción conciliatoria se aprobó solo porque, deliberadamente, los delegados no definieron el término "integración". Para algunos significaba absorción o amalgamamiento; para otros, la relación iba a ser más moderada.

Cumming rechazó en forma terminante la absorción de la Oficina Sanitaria Panamericana por la OMS, mientras que el Dr. Brock Chisholm, jefe de la delegación canadiense, quien más tarde sería Secretario Ejecutivo de la Comisión Interina y luego primer Director General de la OMS, se mostró al principio igualmente inflexible en su oposición a que continuara existiendo la Oficina.

Los delegados de las repúblicas americanas, al mismo tiempo que expresaban el deseo de sus países de colaborar en la creación de la OMS y de formar parte de esta, reafirmaron la decisión de esos países de mantener la Oficina y las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Los representantes de las 21 repúblicas y de Canadá firmaron la Constitución de la OMS, acto que estaba sujeto a la ratificación posterior de sus gobiernos.

Puesto que se requería que 26 naciones ratificaran la Constitución antes de que la OMS consolidara su existencia, hasta que llegara ese momento se estableció una comisión interina que se encargaría de los asuntos internacionales de salud. Una vez recibida la 26a ratificación, la OMS fue creada oficialmente en mayo de 1948.

Dr. Fred L. Soper

A comienzos del otoño de 1946, el Dr. Fred Lowe Soper, quien más que ningún otro contribuiría a transformar la Oficina y a adaptarla a las necesidades de la posguerra, visitó los Estados Unidos en viaje de licencia al país de origen. Conviene recordar que Soper, entre 1924 y 1942, había trabajado en Sudamérica en la lucha contra la fiebre amarilla y el *A. aegypti*—principalmente en Brasil—como representante de la Fundación Rockefeller; y durante la guerra había continuado trabajando en Africa y en Italia como principal representante en salud pública de la Fundación. En Washington sostuvo largas conversaciones con Cumming y Murdock, Asistente del primero; el Dr. Thomas Parran, Cirujano General del



El 24 de mayo de 1949 se firmó un acuerdo en la ciudad de Washington, designando a la OSP como la nueva oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para el hemisferio occidental. En la foto: firmando, a la izquierda, el Dr. Brock Chisholm, primer Director General de la OMS, y a la derecha, el Dr. Fred L. Soper, Director de la OSP. (Foto: OMS)

Servicio de Salud Pública; el Dr. L. L. Williams (h), jefe de la sección sanitaria, División de Asuntos Laborales, Sociales y de Salud Internacionales de la Secretaría de Estado, y el Dr. James A. Doull, director de la Oficina de Relaciones Internacionales de Salud, Servicio de Salud Pública. Más tarde, Soper declaró en sus memorias, *Andanzas por el mundo de la salud*:

El Dr. Cumming me expresó su deseo de retirarse durante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, en enero de 1947, y el Dr. Parran me comunicó que yo era su candidato para la dirección de la Oficina. Le expliqué que la Fundación Rockefeller me había asignado a su región más extensa y que me había encomendado el establecimiento de una oficina regional en el Cairo para sus actividades en África y el Medio Oriente. Añadí que mi interés en América del Sur y en el problema de la fiebre amarilla era tal que me sentiría tentado a regresar a las Américas, si me ofrecían la Dirección de la Oficina y la representación de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental.

La situación financiera de la Oficina me pareció desalentadora, pero estaba convencido de que podría remediarse. . . . Señalé que el presupuesto de la OSP era totalmente insuficiente para el tipo de organización que se necesitaba. El Dr. Parran había formado parte del Consejo de Directores Científicos de la División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller y conocía bien algunos de los programas dotados de presupuestos bastante considerables, en los que yo había participado.

El Dr. Doull me señaló las aportaciones del Servicio de Salud Pública de EUA a la OSP, inclusive los sueldos de médicos, ingenieros, enfermeras y otro personal que figuraba en la nómina del Servicio. Indicó que para junio de 1947 deberían estar terminados los planes para retirar de la OSP al personal del Servicio de Salud Pública con el fin de que pudiese colaborar con otros países, mediante negociaciones directas. No capté el mensaje de que Doull también retiraría los fondos para subvenciones y becas, con los que se financiaban las actividades prin-

cipales de la Oficina en el ejercicio económico de 1947. Tampoco supe prever que, más tarde, Estados Unidos se opondría, por un tiempo, a cualquier aumento de las contribuciones a la Oficina, insistiendo en que este organismo debería recurrir a la OMS para el financiamiento de su Oficina Regional para las Américas. . . .

Estas diversas conversaciones me dieron a entender con claridad que nadie sabía cuándo se crearía la Organización Mundial de la Salud, y que no había ninguna garantía de que la OSP mantuviera su identidad después del establecimiento de la OMS. Tampoco se podía prever la medida en que se podrían preparar presupuestos suficientes, ni si la OSP dispondría directamente de fondos o tendría que limitarse a los que le llegaran en calidad de Oficina Regional de la OMS. Asimismo, se planteaba la cuestión de las condiciones en que la propia OMS estaría dispuesta a conceder iniciativa y autonomía a sus oficinas regionales y, por último, no se sabía cuál sería el sueldo del Director de la OSP, puesto que, durante los 27 años anteriores, el Dr. Cumming había prestado servicio sin remuneración (2).

Mientras ocurrían estos acontecimientos que afectarían el futuro de la Oficina, esta continuaba con su programa anterior de actividades. El Consejo Directivo se reunió en La Habana del 1 al 10 de octubre de 1946 para considerar, entre otros temas, las relaciones de la Oficina con la OMS. Soper recordó después:

El Consejo consideró el conflicto entre la Constitución de la OMS y el mandato de la Carta de Chapultepec adoptada en la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y la Paz (Ciudad de México, 21 de febrero-8 de marzo de 1945). La Carta . . . disponía "Que la Oficina Sanitaria Panamericana continúe actuando como organismo general coordinador sanitario de las Repúblicas americanas y de todos aquellos otros países del Hemisferio Occidental que deseen utilizar sus servicios . . .", y "Que se reconozca debidamente en cualquier organización mundial de salubridad el carácter continental de la Oficina Sanitaria Panamericana . . ." El Consejo Directivo, al enfrentarse con este dilema, dispuso en su Declaración de La Habana "que la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización que la sustenta mantendrán su identidad, integridad y futuro desarrollo bajo el régimen político que les es propio y que será accesible a todos los países del Hemisferio". En efecto, la Oficina Sanitaria Panamericana se convirtió en Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas al mismo tiempo que conservaba su identidad (3).

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana que, más que ninguna otra, iba a reestructurar las bases para la cooperación interamericana en cuestiones de salud, se reunió en Caracas del 11 al 24 de enero de 1947. Participaron delegados de 20 repúblicas americanas, todas las cuales habían firmado la Constitución de la OMS. Cabría suponer que la preocupación fundamental de los delegados debía ser el examen de las relaciones de su organización con la futura OMS, pero, en vez de tratar este asunto, decidieron reorganizar la Oficina.

El resultado fue la creación de una "Organización Sanitaria Panamericana" (OSP) compuesta de cuatro órganos: la Conferencia Sanitaria Panamericana, que fue declarada "autoridad suprema" de la OPS; el Consejo Directivo integrado, como la Conferencia Sanitaria, por un representante de cada País Miembro, que se reuniría anualmente en los años en que no lo hiciera la Conferencia; el Comité Ejecutivo, que se compondría de siete representantes elegidos por el Consejo Directivo entre sus propios miembros para que, durante períodos escalonados de tres años, entre las reuniones de la Conferencia Sanitaria y el Consejo Directivo, trataran asuntos del programa, y la Oficina Sanitaria, que se convirtió en la Secretaría de la OSP.

La Conferencia eligió siete Países Miembros para formar el primer Comité Ejecutivo. Por sorteo se decidió quiénes cumplirían funciones durante tres años, dos años y un año, de tal manera que hubiera períodos escalonados de tres años en las elecciones futuras. Una vez constituido el Comité, la Conferencia le dio instrucciones para redactar una constitución según las líneas generales proporcionadas por la Conferencia y, de común acuerdo con el Director, convocar una reunión del Consejo Directivo dentro de los próximos nueve meses para aprobar la Constitución.

La Conferencia entonces eligió por unanimidad a Soper como Director de la Oficina, cargo para el que sería reelecto por otros dos períodos de cuatro años en 1950 y 1954.

Los Gobiernos Miembros también consideraron otros problemas importantes, como la organización de los servicios nacionales de salud, las relaciones entre la salud pública y el sistema de seguro social, las zoonosis, la lucha contra la malaria, normas relacionadas con alimentos y fármacos, la epidemiología de la tuberculosis y el progreso de las campañas para combatir esta enfermedad, problemas de salud de los trabajadores migratorios, notificación de la fiebre reumática y programas cooperativos de salud pública.

Al retirarse de las labores cotidianas de la Oficina para convertirse en su Director Honorario, Cumming describió las necesidades más urgentes de la institución: reorganización, financiamiento adecuado, espacio apropiado para la sede, preparación de personal profesional interamericano, establecimiento de relaciones satisfactorias con la OMS, evitar la falta de representación de los Gobiernos Miembros en las Conferencias Sanitarias debido a diferencias políticas con los gobiernos huéspedes, fijar un sueldo para el Director de la Oficina y establecer el tiempo que ocuparía ese cargo.

Estos eran los problemas fundamentales que afrontó Soper cuando asumió sus funciones en febrero de 1947. Una de sus primeras medidas fue obtener fondos para acrecentar el tradicionalmente pequeño presupuesto de la Oficina. Más tarde escribió en *Andanzas por el mundo de la salud*:

La Oficina se encontraba en una situación económica muy precaria. Estaba sostenida por las aportaciones de los Estados Miembros sobre la base de contribuciones a razón de EUA\$0,40 por 1.000 habitantes, pero los pagos se efectuaban de manera muy irregular y con retraso. Las contribuciones representaban un ingreso anual de \$115.000. Estados Unidos de América abonaba el 52% de esa cantidad, pero en 1946 hubo una reducción de \$8.000, cuando Filipinas, con sus 20 millones de habitantes, se convirtió en república. Complicaba la situación el hecho de que casi todo el personal técnico profesional procedía del Servicio de Salud Pública de EUA, remunerado por Estados Unidos de América. . . .

Durante la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos de América había facilitado recursos a la Oficina encauzados hacia ciertos programas especiales y la adjudicación de becas. De esta manera, en 1946 llegó a tener un programa de \$600.000 a partir de una base de \$115.000. Pero el Servicio de Salud Pública quería suspender el apoyo en forma de personal y reducir los fondos para becas. La Oficina contaba con unos \$85.000 para atender los gastos correspondientes a 1947, calculados en \$175.000. En la XII Conferencia, algunos de los participantes deseaban que la OPS se desarrollara y ampliara, mientras que otros la concebían como totalmente dependiente de la OMS. El resultado fue que la cuota de \$0,40 por 1.000 habitantes continuó en 1947. Pese a la votación favorable a la am-

pliación del programa y a la obtención de una nueva sede para la OPS, no se tomó medida alguna para aumentar la contribución de los gobiernos.

Esperaba que la OMS nos ayudaría en la obtención de fondos para la Oficina. Pero mi esperanza se desvaneció cuando, en marzo de 1947, asistí a la reunión de la Comisión Interina de la OMS en Ginebra y me enteré de que la propia Comisión tenía un presupuesto muy reducido y no disponía de fondos para la Oficina...

Fundamentalmente, como Director de la OSP, me alegraba de que la OMS no pudiera prestar ayuda financiera inmediata a la Oficina, pues si en 1947 hubiera dispuesto de fondos suficientes, lo más probable es que la Oficina se hubiera convertido en su organismo regional. En la fluida situación de aquel año, era sin duda alguna importante mantener las actividades de la OSP, e incluso aumentarlas, antes de que entrara en vigor la Constitución de la OMS. En la Primera Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS (abril de 1947), sugerí que se autorizara al Director a solicitar y recibir contribuciones especiales de los Gobiernos Miembros. El Representante de Estados Unidos de América fue el que más se opuso a esta propuesta; afirmó que se veía obligado a tomar esa posición porque el Gobierno de su país nunca votaría fondos para aportaciones de esta naturaleza a una organización internacional. Ante mi insistencia continua, por último estuvo de acuerdo con los demás miembros del Comité (4).

En el transcurso de un año, el presupuesto de la OSP aumentó con creces debido casi exclusivamente a la enérgica actividad de Soper. A su solicitud, el recién constituido Consejo Directivo, en su I Reunión (Buenos Aires, septiembre de 1947) aumentó la cuota anual de los Países Miembros de \$0,40 a \$1.00 por cada 1.000 habitantes, con lo que se obtendría en 1948 un presupuesto básico para la Oficina de \$285.000. Además, Soper pidió y obtuvo, entre 1948 y 1954, las siguientes contribuciones: Argentina, \$400.000; Brasil, \$260.000; Chile, \$1.900; El Salvador, \$2.500; México, \$200.000; República Dominicana, \$5.000; Uruguay, \$50.000 y Venezuela, \$75.000. Soper señaló en sus memorias:

Gracias a las aportaciones voluntarias [la OSP] pudo ampliar su programa, con independencia de cualquier apoyo de la OMS. Además, estas aportaciones hicieron imposible la insistencia de la OMS en absorber la OSP, que ya había crecido demasiado para ser absorbida por una organización mundial, todavía muy nueva y sin experimentar. Este proceso en un momento crítico consolidó la posición de la OSP como organización internacional independiente. Cuando se reunió la Primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948, la OSP tenía un presupuesto y un programa que no podía integrarse en el presupuesto relativamente limitado que se aprobó para la OMS (5).

El próximo asunto en la agenda de Soper consistió en resolver el problema, existente desde hacía decenios, de la falta de espacio adecuado para la Oficina. Después de consultar al Comité Ejecutivo y completar los arreglos necesarios con la Unión Panamericana, los despachos de la Oficina fueron trasladados del edificio de la Unión Panamericana a una mansión rentada en el número 2001 de la Avenida Connecticut, Washington, D.C., donde se alojaron también varias dependencias de la Unión hasta que se inauguró su nuevo anexo. En 1948, la OSP rentó dos casas contiguas; sin embargo, pronto se comprobó que los locales no eran adecuados. En 1951, con ayuda de préstamos sin interés por \$150.000 otorgados por las Fundaciones W. K. Kellogg y Rockefeller, se compraron edificios contiguos en los números 1501 y 1515 de la Avenida New Hampshire, en Dupont Circle, con un valor de \$300.000. Al año siguiente, se pagaron \$50.000 y

en 1953 el resto de los préstamos. Soper también hizo arreglos para transferir gradualmente desde la Unión Panamericana a la Oficina, la sección de contabilidad, personal, correspondencia y otros servicios cumplidos por la Unión.

Una vez aprobada la Constitución de la OSP el 1 de octubre de 1947 y fijado un presupuesto mucho mayor para 1948, Soper pudo comenzar a contratar profesionales de salud pública de todos los países, para reemplazar a los que ya no serían remunerados por Estados Unidos y otros países. A excepción de un pequeño número de personal de otros organismos internacionales y servicios nacionales de salud destacados en la Oficina, lo que continuó durante algunos años, la Oficina ya tenía en su nómina a su propio personal a fines del decenio de 1950, aunque algunos empleados eran en realidad pagados por la OMS. A fines de 1954—un año representativo de ese decenio—el personal de salud pública de la Oficina incluía 72 médicos, siete veterinarios, ocho ingenieros sanitarios, un odontólogo, 28 enfermeras y 18 científicos, además de 44 técnicos y otro personal no profesional para trabajo sobre el terreno.

El nacimiento oficial de la Organización Sanitaria Panamericana tuvo lugar en abril de 1947, cuando el Comité Ejecutivo se reunió por primera vez en Washington para redactar la Constitución cuyas líneas generales había esbozado la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, otorgar al Director la autorización necesaria para reorganizar la Oficina y preparar la primera reunión del recién constituido Consejo Directivo, en septiembre.

En ese mismo mes, el Comité Ejecutivo se reunió por segunda vez, en Buenos Aires. Inmediatamente después de sus sesiones, se celebró la reunión del nuevo Consejo Directivo, que aprobó la Constitución de la OSP, documento que fue firmado el 2 de octubre de 1947. También aprobó la propuesta de Brasil de establecer un programa continental de erradicación de *A. aegypti*, posiblemente el primer programa internacional de salud de tanta envergadura en el mundo.

La OSP y la OMS, cuando esta última tenía ya 12 meses de existencia, llegaron a un acuerdo acerca de sus relaciones futuras y, el 24 de mayo de 1949, Soper y Chisholm firmaron un Acuerdo oficial, que fue aprobado por la Segunda Asamblea Mundial de la Salud el 30 de junio de 1949. El Acuerdo dispone que el Consejo Directivo (y cada cuatro años la Conferencia Sanitaria Panamericana) y la Oficina "servirán, respectivamente, como el Comité Regional y la Oficina Regional" de la OMS para las Américas; que el Director de la Oficina, "hasta el final del período para el que fue electo" actuará como Director Regional de la OMS, cargo que Soper asumió cuando el Acuerdo entró en vigencia, y que, "siguiendo la tradición, ambos organismos mantendrán sus nombres respectivos..." También se reconocía a la Organización Sanitaria Panamericana como "entidad independiente". El Acuerdo entró en vigencia el 1 de julio de 1949.

El decenio de 1950

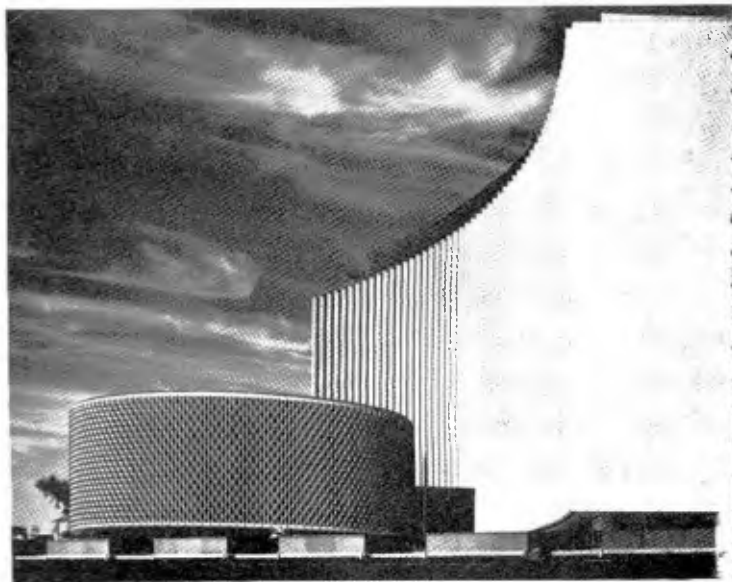
La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo—ahora Santo Domingo) en septiembre de 1950 ratificó todas las resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo desde 1947, relevó a la Oficina de la responsabilidad de cumplir programas o funciones no previstas específicamente en el presupuesto,

En 1947, las dependencias de la Oficina se trasladaron del edificio de la Unión Panamericana al 2001 de la Avenida Connecticut, en Washington (Foto: OPS)



En 1951, con ayuda de préstamos sin interés de las Fundaciones W. K. Kellogg y Rockefeller, la OPS adquirió edificios contiguos en el 1501 y el 1515 de la Avenida New Hampshire, en Dupont Circle. (Foto: OPS)

Edificio de la sede actual de la OPS en Washington, diseñado por Román Fresnedo Siri e inaugurado en agosto de 1966. Los costos de construcción se cubrieron en gran parte mediante un préstamo de la Fundación W. K. Kellogg. (Foto: OMS)



formuló recomendaciones para erradicar la malaria, aprobó un presupuesto de \$1.943.681 para 1951 y reeligió a Soper para un segundo período.

En su VI Reunión, realizada en La Habana en septiembre de 1952, el Consejo Directivo aprobó un presupuesto para la Oficina de \$2.000.000 correspondiente a 1953. También se adoptaron otras resoluciones para mejorar la labor en sus propias reuniones, las actividades de la Oficina y el desarrollo de programas. Como resultado de resoluciones anteriores y después de un amplio debate, casi todos los representantes presentes firmaron un Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano, relativo a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS en las Américas.

Al mismo tiempo, La Habana era también escenario del Primer Congreso Interamericano de Salud Pública, realizado en conmemoración del 50° aniversario de la Oficina y de uno de los precursores en la investigación de la fiebre amarilla, el cubano Carlos Finlay.

El Congreso dedicó atención especial al saneamiento rural, organización e integración de los servicios de salud pública y progresos recientes en el tratamiento y control de las enfermedades. También se llevaron a cabo simposios sobre educación en salud pública, salud maternoinfantil, situación de la vacunación con BCG a la luz de la nueva quimioterapia antituberculosa, rabia y brucelosis. Importancia especial tuvo el simposio sobre fiebre amarilla, que dió oportunidad de examinar la presencia de la forma selvática en las Américas, el diagnóstico y la vacunación contra la fiebre amarilla y la erradicación de *A. aegypti*.

Las actividades de la Oficina continuaron creciendo y extendiéndose durante el decenio de 1950. El Consejo Directivo, en su VII Reunión realizada en 1953, aprobó programas de salud pública a largo plazo preparados por la Oficina, basados "en la evaluación y el estudio continuos de las necesidades y los recursos de los Países Miembros", con el objeto de reforzar los servicios fundamentales para el fomento y la conservación de la salud; proporcionar medios para adiestrar personal profesional y semiprofesional para los servicios de salud y desarrollar con este fin los recursos locales y regionales; y coordinar y ayudar en la planificación y funcionamiento de programas individuales o regionales de erradicación de enfermedades transmisibles como malaria, viruela, sífilis, frambesia y fiebre amarilla.

Entre los temas tratados en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago de Chile, octubre de 1954) se incluyeron métodos para incrementar la confiabilidad de los datos estadísticos primarios requeridos para los programas de salud; control de las diarreas infantiles, a la luz de los recientes progresos científicos; métodos de educación para la salud en las zonas rurales; erradicación de la malaria y lucha contra la treponematosi.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, octubre de 1958) cambió el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud, pero no introdujo ninguna modificación similar en las denominaciones de la Conferencia y de la Oficina.

En esos momentos, la organización de la Oficina ya era muy semejante a la actual. Su Sede en Washington constaba del despacho del Director y varias divisiones y oficinas. Los funcionarios principales del Director eran el Subdirector (hoy Director Adjunto), encargado de la oficina de planificación y coordinación y de la oficina de información pública, y el Secretario General (hoy Subdirector),

que dirigía la sección de conferencias, los servicios editoriales y la biblioteca. Las tres divisiones de la Sede eran salud pública, educación y adiestramiento, y administración.

La división de salud pública comprendía tres secciones: promoción de la salud, que asesoraba sobre administración de salud pública, enfermería, atención médica, salud maternoinfantil, salud dental, educación para la salud y nutrición; saneamiento del medio, que se ocupaba de saneamiento rural y municipal, planificación urbana y vivienda, control de insectos, higiene de los alimentos, control de roedores y aspectos ambientales de la higiene industrial, y enfermedades transmisibles, que abarcaba epidemiología y estadística, enfermedades transmisibles agudas, tuberculosis, enfermedades venéreas y servicios de veterinaria de salud pública. Debido a su alcance e importancia, dos programas continentales constituían unidades aparte: erradicación de *A. aegypti* y erradicación de la malaria.

La división de educación y adiestramiento tenía dos secciones, becas y educación profesional. Sus actividades incluían medicina, salud pública, ingeniería sanitaria, enfermería y veterinaria de salud pública.

La división de administración comprendía la oficina de auditoría interna y dos secciones: gestión administrativa y personal, y la de presupuesto y finanzas. Cada sección estaba dividida en dos dependencias correspondientes al nombre de la sección. Esta división también se ocupaba de servicios generales (inventario, envíos, archivos, reproducción de documentos, medios visuales, viajes y mantenimiento del edificio) y servicios de suministro para la Oficina y los Gobiernos Miembros de la OPS.

Como consecuencia del crecimiento de los programas de la Oficina y por lo tanto de su personal, las dos divisiones técnicas del decenio de 1950 se convirtieron posteriormente en departamentos independientes que, con el tiempo, llegaron a sumar 14. A mediados del decenio de 1970, los departamentos se consolidaron en cinco divisiones y luego fueron reducidas a las cuatro actuales: servicios integrales de salud, prevención y control de enfermedades, protección de la salud ambiental y recursos humanos e investigación. En vista de que la división de administración tenía características distintas a las de las divisiones técnicas, se convirtió esta en una oficina, a su vez integrada por diversos departamentos y secciones.

De acuerdo con el deseo expresado por los Cuerpos Directivos de la Organización, la Oficina descentralizó en gran medida sus actividades. Esto obedeció a una necesidad específica: el creciente número de programas y proyectos sobre el terreno que dependían de la Oficina. En 1954, por ejemplo, había 118 programas de países, 45 proyectos interzonas y siete proyectos interregionales.

En 1952, las operaciones sobre el terreno se dividieron en seis zonas, resultado de la incipiente organización sobre el terreno que existía a fines del decenio de 1930 (a mediados del decenio de 1970, se cambió la palabra "zona" por la actual "área"). La Zona I, con sede en Washington, abarcaba Canadá, Estados Unidos y todos los territorios sin gobierno propio excepto Belice, y tenía oficinas en Jamaica y El Paso, Texas. La Zona II, con sede en México, D.F., comprendía Cuba, Haití, México y República Dominicana. La Zona III tenía su sede en la Ciudad de Guatemala e incluía Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Hon-

duras, Nicaragua y Panamá. La sede de la Zona IV estaba en Lima y abarcaba Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Rio de Janeiro era la sede de la Zona V, constituida solo por Brasil. La Zona VI, que comprendía Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, tenía su sede en Buenos Aires. Salvo por el traslado de la sede del Area V a Brasilia y la creación de una oficina especial en Bridgetown, Barbados, para coordinar los programas de la Oficina en los países de habla inglesa del Caribe, esta estructura sigue siendo la misma en la actualidad.

Las oficinas de zona generalmente constaban de un funcionario médico con título en salud pública, que actuaba como Representante de Zona, uno o más médicos, un ingeniero sanitario, una enfermera de salud pública y, algunas veces, otro personal profesional y de oficina según lo requirieran los programas. Estas oficinas, que dependían directamente del Director, tenían a su cargo la administración ordinaria y la supervisión técnica de los proyectos de países, y también la coordinación de proyectos interpaíses e interzonas. Los Representantes de Zonas actuaban de enlace con las autoridades nacionales de salud pública, la profesión médica y los representantes de otras organizaciones internacionales que trabajaban en proyectos de salud.

Durante el decenio de 1950, la Oficina comenzó además a asignar funcionarios médicos como representantes en los distintos países para coordinar la labor de todo el personal destacado en el país.

Otro hecho de la organización cambiante de la Oficina consistió en la creación gradual de centros panamericanos de investigación y adiestramiento, algunos administrados íntegramente por la Oficina y otros conjuntamente con el país huésped. El primero fue el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, que se estableció en la Ciudad de Guatemala (1946), seguido del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en Rio de Janeiro (1952) y el Centro Panamericano de Zoonosis en Ramos Mejía (1956), cerca de Buenos Aires. Posteriormente se crearon otros centros semejantes, de los cuales existen actualmente varios: el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente en Lima, el Centro Panamericano de Investigaciones y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades del Trópico en Caracas, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe en Kingston, el Centro de Epidemiología del Caribe en Puerto España, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en Montevideo, el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud en Rio de Janeiro, la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud en São Paulo y el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud en Metepec, México.

Después de una larga y distinguida carrera en la administración internacional de salud, Soper anunció su decisión de no postularse para su reelección como Director de la Oficina. En septiembre de 1958 la Conferencia Sanitaria Panamericana eligió al Dr. Abraham Horwitz para ocupar ese cargo. Horwitz, que era chileno y, a diferencia de Soper, había actuado durante la mayor parte de su carrera como especialista en salud pública en su propio país, fue el primer latinoamericano elegido Director. Asumió sus funciones en febrero de 1959 y continuó desempeñándose durante 16 años.

Durante la segunda mitad de la administración de Soper y el comienzo de la de Horwitz, se crearon los programas continentales de salud más importantes. Algunos tuvieron éxito; otros fracasaron.



Después de una campaña mundial de 10 años, en mayo de 1980 se declaró la erradicación de la tan temida viruela en todo el mundo. En las Américas la enfermedad se eliminó varios años antes. En la foto, un trabajador de salud administra la vacuna antivariólica en Colombia, a fines del decenio de 1950. (Foto: OMS)



Otro factor que contribuyó al buen éxito de la campaña mundial de erradicación de la viruela fue el empleo generalizado de la aguja bifurcada, con la que se administraba la cantidad apropiada de vacuna y que costaba solo un centavo. (Foto: OMS)

En 1954, los países americanos convinieron en que era preciso erradicar la malaria del Hemisferio Occidental. Como sucedió previamente con la fiebre amarilla, la estrategia se basó en la eliminación de los anofelinos que propagaban la enfermedad, aunque el mosquito *Anopheles* por lo general no podía ser destruido con tanta facilidad debido a su mayor difusión y características diferentes. No fue hasta que se contó con un poderoso insecticida, el DDT, utilizado con éxito durante la Segunda Guerra Mundial, especialmente en una famosa campaña contra los anofelinos en Nápoles, que los especialistas en salud pública comenzaron a convencerse de que al fin tenían un arma para eliminar el mosquito en zonas extensas.

Al año siguiente, la OMS adoptó el objetivo de erradicación global de la malaria y en 1956 la Oficina puso en marcha la campaña de erradicación en las Américas. Al iniciarse la campaña, 88 millones de personas vivían en zonas del Continente donde había riesgo de malaria, cifra que en el siguiente decenio se elevaría a 104 millones debido al aumento natural de la población y a contratiempos que afectaron a varios programas nacionales.

No obstante, el programa continental fue vigoroso y tuvo éxito inicialmente. En 1964, las zonas en que se había declarado erradicada la malaria abarcaban 2.874.313 km² con 57 millones de personas. Al comienzo del decenio de 1970, y según malariólogos de la OPS, el total de personas que habían quedado libres del riesgo de la enfermedad en los 15 años anteriores ascendía a 119,7 millones.

Si bien la erradicación de la malaria ocupó un lugar destacado en los dos

primeros conjuntos de objetivos continentales de salud—para los decenios de 1960 y de 1970—y de hecho sigue siendo la meta de las Américas en la actualidad, los programas de erradicación comenzaron a perder vigor hace un decenio. Esto se atribuye a diversos factores: la lenta pero creciente comprensión de que la malaria y su control son cuestiones más complejas de lo que se pensó inicialmente, el desarrollo cada vez mayor de resistencia de los anofelinos a los insecticidas comunes, los disturbios políticos que impiden la aplicación de medidas de lucha en algunas zonas maláricas y las nuevas prioridades en la atención de salud, que restan fondos a los programas contra la malaria, representan solo algunos de esos factores.

El resurgimiento de la malaria en regiones del Hemisferio Occidental, así como en otras partes del mundo, comenzó a atraer la atención a mediados del decenio de 1970, y para fines de ese decenio era evidente que el aumento continuo de casos de malaria y de defunciones por esa enfermedad constituía un grave problema para la salud pública que había que afrontar con todo vigor. Los Cuerpos Directivos de la OPS comenzaron entonces a formular una serie de resoluciones solicitando que se prestara mayor atención a la malaria y tanto la Oficina como los países intensificaron sus esfuerzos para combatir la enfermedad. Esto se llevó a cabo mediante la intensificación de las investigaciones sobre la propia enfermedad y sobre los medios para eliminar los mosquitos que la propagan, la reorganización de los programas de control para aumentar su eficacia y el incremento de los presupuestos asignados a esos programas.

A pesar de que pasará algún tiempo antes de que se pueda controlar la malaria en todas partes y aún más antes de que se logre erradicarla, el objetivo inicial de la erradicación, establecido por la OPS y la OMS, no es una meta imposible de alcanzar.

Erradicación de la viruela

La viruela, otra enfermedad que comenzó a ser combatida en forma sistemática en las Américas durante el decenio de 1950, resultó más fácil de dominar.

Esta enfermedad tiene una historia larga y accidentada. Tal vez haya existido ya en épocas remotas; algunos paleopatólogos opinan que la momia de Ramsés V, faraón egipcio que vivió en el siglo XII A.C., presenta cicatrices faciales semejantes a las causadas por la viruela. La enfermedad fue descrita con precisión por primera vez en 910 A.D., por el médico persa Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya al-Razi. En la Edad Media la viruela ya se encontraba bien establecida en Europa, desde donde se propagó al Nuevo Mundo llevada por los conquistadores españoles, los esclavos africanos y los colonizadores franceses e ingleses. Como carecían de inmunidad adquirida, decenas de miles de nativos americanos al entrar en contacto con los europeos y africanos recién llegados, morían rápidamente. Sin embargo, esas muertes representaron solo una proporción ínfima de la pérdida total, pues se puede asegurar con certeza que la viruela mató a cientos de millones de personas en todo el mundo durante los dos o tres milenios de su existencia conocida.

La viruela difiere de muchas otras enfermedades transmisibles porque el virus

que la causa no tiene otro reservorio conocido más que el hombre, solo puede propagarse de persona a persona, tiene una vida corta fuera del cuerpo humano y la infección que provoca confiere inmunidad permanente a los que la sobreviven. Debido a estas características peculiares, la viruela es más susceptible al ataque y, en definitiva, a la erradicación, que otras enfermedades transmisibles.

Edward Jenner, un médico rural inglés, dió el primer paso hacia la erradicación en 1796, cuando inoculó material extraído de la lesión de viruela que tenía una joven lechera, en el brazo de un niño de ocho años quien, más tarde, resultó ser inmune a la infección al inocularle el virus de la viruela. Jenner llamó "vacunación" al procedimiento empleado, término que derivó del latín que significa vaca, ya que este animal fue el origen de su primitiva vacuna, y predijo acertadamente que "este método tendría como resultado final la aniquilación de la viruela".

Durante el siglo y medio siguientes, progresaron lentamente los métodos para producir, conservar y administrar la vacuna antivariólica. En 1950 ya habían avanzado lo suficiente como para llevar a cabo el primer intento de erradicar la enfermedad en una parte principal del mundo: las Américas. Correspondió a la OPS coordinar los esfuerzos. En el término de un decenio, de hecho la viruela había desaparecido en todos los países del Continente excepto Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Ecuador.

Alentado por los resultados logrados por el programa de la OPS, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1966 una campaña global de erradicación que comenzaría el año siguiente. En enero de 1967, cuando la OMS inició su campaña mundial, la viruela se consideraba endémica en 33 países (de los cuales Brasil era entonces el único en las Américas) y estaba sujeta a importaciones esporádicas en otros 11.

Varios adelantos administrativos y tecnológicos contribuyeron a que la campaña de la OMS culminara con éxito en el siguiente decenio. Uno fue el desarrollo de mejores procedimientos de notificación de casos; otro fue la vacunación de contención para interrumpir la transmisión del virus de una persona a otra, mediante la vacunación de todos los que tuvieran algún contacto con casos recién descubiertos. A esto se sumaron una mejora fundamental en la conservación de la vacuna, como resultado del empleo de la liofilización o desecación por congelación, y la introducción de una pequeña aguja bifurcada, que costaba solo unos centavos y que permitió la vacunación casa por casa aun en los lugares más remotos.

La bien organizada campaña de la OMS y sus Estados Miembros comenzó a dar resultados. El último caso en las Américas se presentó en abril de 1971, cuando un joven de 18 años, hospitalizado en Rio de Janeiro a causa de otra enfermedad, se contagió de viruela de otro paciente y sobrevivió. De acuerdo con los procedimientos establecidos, la OMS esperó dos años para asegurarse de que las autoridades de salud de Brasil no habían descubierto otros casos, y luego declaró al Hemisferio Occidental libre de la enfermedad.

Cuando la OMS certificó la erradicación de la viruela de las Américas en 1973, solo cinco países continuaban notificando la enfermedad. El último caso de viruela de origen natural conocido en el mundo fue diagnosticado el 26 de octubre de 1977, en Merka, Somalia, en una cocinera de hospital de 23 años de edad, que

posteriormente se recuperó de la enfermedad. El 26 de octubre de 1979, la OMS certificó la erradicación de la viruela de origen natural en el Cuerno de Africa, su último baluarte, y dos meses después una comisión técnica recomendó que la OMS certificara la erradicación mundial de la viruela, lo que se hizo durante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1980.

Abastecimiento de agua y saneamiento

En 1958 la OPS y sus Países Miembros abordaron otro problema de importancia crítica para la salud en las Américas: el abastecimiento de agua y el saneamiento. Ese año el Comité Asesor de la OPS sobre Saneamiento del Medio recomendó en su primera reunión que la Oficina iniciara un programa en gran escala para fomentar los sistemas de abastecimiento público de agua.

En realidad, la cooperación interamericana en este aspecto había comenzado en los primeros años de la Segunda Guerra Mundial cuando, a menudo con ayuda económica de Estados Unidos, diversos países latinoamericanos establecieron servicios especiales de salud pública de carácter nacional (Servicios Cooperativos), con atención especial a la higiene rural y al adiestramiento de ingenieros sanitarios profesionales, quienes podrían dirigir los esfuerzos tendientes a mejorar los sistemas de abastecimiento de agua. Así se preparó una generación de ingenieros y su labor contribuyó en gran medida a aumentar el suministro de agua potable en América Latina; no obstante, los programas para adiestrar a esos profesionales y organizar servicios de agua comenzaron a perder impulso.

A fines del decenio de 1950, la mayoría de los servicios latinoamericanos de abastecimiento de agua y de alcantarillado dependían directamente de los gobiernos locales. Había relativamente pocos organismos o programas nacionales que colaboraran con las autoridades de abastecimiento de agua y saneamiento estatales, provinciales o locales en la planificación y financiación y en otras actividades de apoyo.

El resultado fue el resurgimiento del interés en el abastecimiento de agua y en el saneamiento, especialmente porque era cada vez más evidente que la falta de servicios de agua y alcantarillado adecuados era la causa de muchas enfermedades en América Latina. De ahí la formación del Comité Asesor de la OPS y su posterior recomendación en 1958.

A principios del decenio de 1960 los países latinoamericanos y del Caribe tenían 309 millones de habitantes, 102 millones en las zonas urbanas y 207 millones en las rurales. Sesenta millones (59%) de los habitantes de las zonas urbanas tenían servicio de agua, mientras que menos del 8% de la población rural gozaba de ese servicio, ya fuera en sus casas o mediante instalaciones públicas. Solo 29 millones (28%) de los habitantes urbanos contaban con alcantarillado, mientras que casi todos los que vivían en las zonas rurales carecían de este.

En 1961, los gobiernos de las Américas fijaron en la Carta de Punta del Este el objetivo de proporcionar servicios de suministro de agua y de alcantarillado al 70% de la población urbana y al 50% de la rural. Para fines de 1971, 152 millones de los 287 millones de habitantes de América Latina y el Caribe tenían suministro de agua por tuberías. Del total de los 155 millones que constituían la población

urbana, más de 121 millones (78%) recibían agua por medio de conexiones domiciliarias o fuentes públicas. Durante ese mismo período de 10 años, los servicios de abastecimiento de agua en las zonas rurales aumentaron más del triple: en 1971 se estimó que 31 millones (24%) de los 131 millones de habitantes de las zonas rurales contaban con servicios de agua.

Si bien los objetivos de Punta del Este con respecto al alcantarillado en las ciudades eran los mismos que los relacionados con el abastecimiento de agua, debido a los recursos limitados fue necesario dar prioridad al suministro de agua potable. Sin embargo, se logró cierto progreso. En 1971 ya se habían proporcionado servicios de alcantarillado a 59 millones de personas de las zonas urbanas (38% del total) y a muchas menos en las zonas rurales.

En parte como consecuencia de la Carta de Punta del Este y por motivos de otra naturaleza, a comienzos del decenio de 1960 surgió una tendencia hacia la creación de organismos nacionales o centralizados encargados de los servicios de agua y alcantarillado, con autonomía económica y administrativa. Esta tendencia ha persistido y en la actualidad existen organismos de ese tipo en casi todos los países de las Américas.

Otro progreso logrado en 1961 fue la iniciación de préstamos de organismos crediticios internacionales para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua. Ese año, el Banco Interamericano de Desarrollo otorgó el primero a una entidad pública de Arequipa, Perú. Para 1964, el Banco había concedido préstamos para abastecimiento de agua por más de \$300 millones, que beneficiarían a 40 millones de personas.

En 1972, los Ministros de Salud del Continente, en su III Reunión Especial, establecieron como nuevos objetivos de su Plan Decenal de Salud para las Américas en el decenio de 1970, el proveer de servicios de agua a través de conexiones domiciliarias al 80% de la población urbana y servicios de alcantarillado al 70% de esta, además de servicios de agua y de alcantarillado—u otra forma de servicios sanitarios para la eliminación de aguas servidas—a la mitad de la población rural.

Al terminar 1978, 198 millones de habitantes de América Latina y el Caribe tenían acceso a servicios de agua mediante conexiones domiciliarias o instalaciones públicas. De los 201 millones de habitantes de zonas urbanas, 140 millones (71%) tenían conexiones en sus domicilios; sin embargo, solo 43 millones (34%) de la población rural tenían acceso al agua potable. Al mismo tiempo, 84 millones (43%) de los residentes de zonas urbanas contaban con servicios de alcantarillado y solo 3 millones (2%) de la población rural tenían esos servicios.

Se ha registrado un verdadero progreso en relación con el abastecimiento de agua y el saneamiento en el Continente; no obstante, la gran proporción de población urbana y rural que carece de esos servicios muestra que aún queda mucho por hacer.

Carta de Punta del Este

Antes de 1961, la salud en las Américas había sido una cuestión a cargo de organismos especializados, entre ellos la OPS, pero en ese año atrajo la atención

de los jefes de estado del Hemisferio. El estímulo lo proporcionó el recién declarado interés del Presidente John F. Kennedy por las relaciones interamericanas, lo cual, a su vez, dió lugar a la Alianza para el Progreso.

El 17 de agosto de ese año, en una reunión especial, el Consejo Interamericano Económico y Social estableció formalmente la Alianza por medio de la Carta de Punta del Este, una famosa playa de veraneo del Uruguay. Entre las disposiciones de la Carta se incluían los siguientes objetivos de salud para el decenio de 1960:

Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esa meta se requiere, entre otras medidas:

- Suministrar agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural;
- Reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales;
- Controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte;
- Erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria;
- Mejorar la nutrición;
- Perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable;
- Mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local, e
- Intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades (6).

A pesar de que los objetivos eran vagos, durante un tiempo condujeron a un renovado sentido de solidaridad en las Américas y nueva energía en la cooperación interamericana para la salud. Naturalmente, la OPS encabezaba este movimiento.

En 1961 y a fin de cumplir con los objetivos de Punta del Este, la OPS estableció oficinas de planificación, evaluación e investigación y comenzó a abarcar aspectos de la salud a los que antes había prestado escasa atención o había descuidado totalmente. También aumentó sus actividades en el Caribe, pues las posesiones europeas más extensas comenzaban a independizarse y, a medida que lo lograban, se unían a la OPS y solicitaban sus servicios. Jamaica ingresó como miembro en 1962, Trinidad y Tabago en 1963 y Barbados y Guyana en 1967.

Un acontecimiento importante en la historia de la Oficina, señal de su continuo crecimiento para satisfacer las demandas que recibía, fue su traslado, en agosto de 1965, de los dos edificios contiguos que siempre se habían considerado provisionales a su Sede permanente, un edificio de 10 pisos en la esquina de la Avenida Virginia y la Calle 23, en Washington. El nuevo local fue diseñado por Román Fresnedo Siri, del Uruguay, quien había obtenido el primer premio en un certamen continental realizado en 1961.

El proyecto se había iniciado en marzo de 1960, cuando el Presidente Dwight D. Eisenhower firmó un decreto que autorizaba la donación del nuevo solar a la OPS. En octubre de 1962, la Fundación W. K. Kellogg otorgó un préstamo de \$5.000.000 a la OPS, que se amortizaría en 20 años, para la construcción de la Sede. Los pagos se harían en forma de asignaciones presupuestarias de \$250.000

anuales al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, con el fin de que se emplearan en programas ampliados de abastecimiento de agua, nutrición y educación.

En abril de 1963, cuando se estaban cavando los cimientos de la nueva Sede de la OPS, se celebró en Washington la primera de una serie de reuniones de ministros de salud americanos las cuales, en cierto modo, recordaban las cinco conferencias mencionadas que se realizaron entre 1926 y 1944. Llamada entonces Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio (si bien ahora se considera como la I Reunión Especial de Ministros), su propósito fundamental fue determinar la viabilidad de los objetivos de salud de la Carta de Punta del Este y, si resultaban viables, determinar la mejor forma de ponerlos en práctica. Los ministros llegaron a la conclusión de que era posible alcanzar esos objetivos e hicieron recomendaciones sobre la manera en que deberían cumplirse.

Desde la posición ventajosa que ocupamos hoy, los objetivos de salud fijados en Punta del Este y las propuestas para alcanzarlos efectuadas en esta y otras reuniones, parecen muy generales pues carecían de detalles e indicadores con los cuales juzgar tanto los logros continuos como los definitivos. En verdad, los objetivos de Punta del Este casi no fueron evaluados concretamente cuando fueron reemplazados en 1972 por el Plan Decenal de Salud para las Américas. Sin embargo, ese conjunto de objetivos y los planes para cumplirlos indicaron un gran paso adelante en la historia de los esfuerzos panamericanos hacia la salud, ya que por primera vez los países acordaron, en el más alto nivel político, llevar a cabo un programa integral de fomento de la salud en las Américas. En ese sentido, representó un auténtico comienzo.

En 1967, los presidentes de las Américas se reunieron en Punta del Este para reafirmar los objetivos de salud y de otro tipo, establecidos en la Carta de Punta del Este. La declaración que firmaron y el informe especial presentado a continuación, definían en forma un tanto más detallada las características de cobertura de los servicios de salud y los conceptos de atención primaria y de participación de la comunidad, como estrategias para ampliar dicha cobertura. También identificaron las restricciones que limitaban esa cobertura y señalaron maneras de ampliarla; se incluían así análisis de la escasez de servicios en cada país, de los mayores esfuerzos requeridos para relacionar más estrechamente las actividades de salud con las cumplidas en otros sectores de desarrollo, del fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud, de la creación de niveles de atención de salud, del desarrollo de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la nueva estrategia y del aumento y utilización más eficaz de los recursos económicos.

La sección dedicada a la salud en el informe de la reunión de presidentes es un documento que marca un hito en la historia de la salud panamericana y merece ser citada en su totalidad:

C. SALUD

El mejoramiento de las condiciones de la salud es fundamental para el desarrollo económico y social de la América Latina.

Los conocimientos científicos disponibles permiten obtener resultados concretos que, de acuerdo con las necesidades de cada país y en seguimiento de la Carta de Punta del Este, deberán utilizarse para la consecución de los siguientes objetivos:

- a) El control de las enfermedades transmisibles y la erradicación de aquellas para cuya total eliminación existen métodos. Los programas pertinentes deberán tener la necesaria coordinación internacional cuando las circunstancias así lo requieran.
- b) La aceleración de los programas de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y otros servicios esenciales para el saneamiento del ambiente urbano y rural, dando preferencia a los sectores de más bajos niveles de ingreso. Con base en los estudios realizados y con la cooperación de los organismos internacionales de financiamiento, se utilizarán sistemas de fondos rotatorios nacionales que aseguren la continuidad de estos programas.
- c) Un mayor y más rápido mejoramiento de los niveles de nutrición de los grupos de población más necesitados, aprovechando todas las posibilidades del esfuerzo nacional y de la cooperación internacional.
- d) El impulso de programas intensivos de protección materno-infantil y de educación sobre métodos de orientación integral de la familia.
- e) La prioridad a la formación y capacitación de personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar, y el apoyo a la investigación operativa y administrativa en materia de salud.
- f) La incorporación, desde las fases de preinversión, de los programas nacionales y regionales de salud en los planes generales de desarrollo.

Para tales fines, los Presidentes de los Estados miembros de la OEA deciden:

1. Ampliar, dentro del marco general de planificación, la preparación y ejecución de planes nacionales que fortalezcan las infraestructuras en el campo de la salud.
2. Movilizar los recursos internos y externos con el fin de satisfacer los requisitos del financiamiento de estos planes. En este sentido, instar al CIAP (Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso) para que cuando le corresponda analizar el sector de la salud, dentro de los planes nacionales de desarrollo, tenga en cuenta los objetivos y necesidades indicados.
3. Instar a la Organización Panamericana de la Salud a que colabore con los gobiernos en la preparación de los programas específicos correspondientes a estos objetivos (7).

Capítulo 3

EL DECENIO DE 1970: I

El decenio de 1970 marcó una nueva época en la historia de la cooperación interamericana en materia de salud y en la historia de la Organización Panamericana de la Salud; durante ese decenio hubo varios acontecimientos importantes que sentaron las bases de la meta de salud para todos que la OPS, cada uno de sus Países Miembros y la OMS están tratando de alcanzar para el año 2000.

Uno de los acontecimientos más importantes fue la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, septiembre de 1972). El propósito esencial de esa reunión era planear un nuevo programa decenal para mejorar las condiciones de salud en el Continente que sucediera al establecido en la Carta de Punta del Este en 1961, solo unos cuantos de cuyos objetivos se habían cumplido. Huelga decir que los Ministros de Salud querían apoyarse en la experiencia adquirida en el esfuerzo colectivo por tratar de cumplir los objetivos de salud de la Carta y, al mismo tiempo, trazar un programa que fuera más integrado, detallado y sujeto a evaluación minuciosa. El resultado, que orientó la planificación y actividades de salud del Hemisferio en el resto del decenio, se llamó Plan Decenal de Salud para las Américas, el cual, a pesar de la fecha en que se celebrara la III Reunión Especial, abarcó desde 1971 hasta 1980.

A mediados del decenio comenzaron a producirse ciertos cambios en las ideas de los especialistas en salud internacional, que afectaron los últimos años del Plan Decenal de Salud y que han influido sobre la estructura básica de las estrategias y planes de acción—tanto continentales como universales—que se han elaborado recientemente. En gran medida, estos nuevos conceptos fueron el resultado de la cambiante realidad geopolítica y del reconocimiento de que los países en desarrollo podían mejorar sus programas de salud—en general sus programas básicos de desarrollo—si dependían más de sí mismos.

Uno de los primeros de dichos cambios consistió en sustituir en todo el mundo el enfoque de asistencia técnica por el de cooperación técnica. En general, se consideraba que la primera representaba el dominio de los países avanzados en los esfuerzos por fomentar el desarrollo en el Tercer Mundo. "Cooperación técnica" significaba la necesidad de los países en desarrollo de forjar su propio destino sin excesivas influencias externas y, una vez hecho esto, recibir la cooperación—y no los mandatos—de los países avanzados en la consecución de las metas fijadas.

Si se lograra que los países en desarrollo cooperaran con Europa, Canadá, Estados Unidos y Japón, así como con organismos internacionales, para lograr su pro-

pio desarrollo, también cooperarían entre sí para compartir experiencias y recursos. Esto era algo que, por lo general, no habían intentado; antes, relativamente aislados unos de otros, se habían dirigido a los países desarrollados en busca de inspiración intelectual y de ayuda económica y material. Esta nueva forma de participación en el Tercer Mundo se llamó cooperación técnica entre los países en desarrollo o, en forma abreviada, "CTPD".

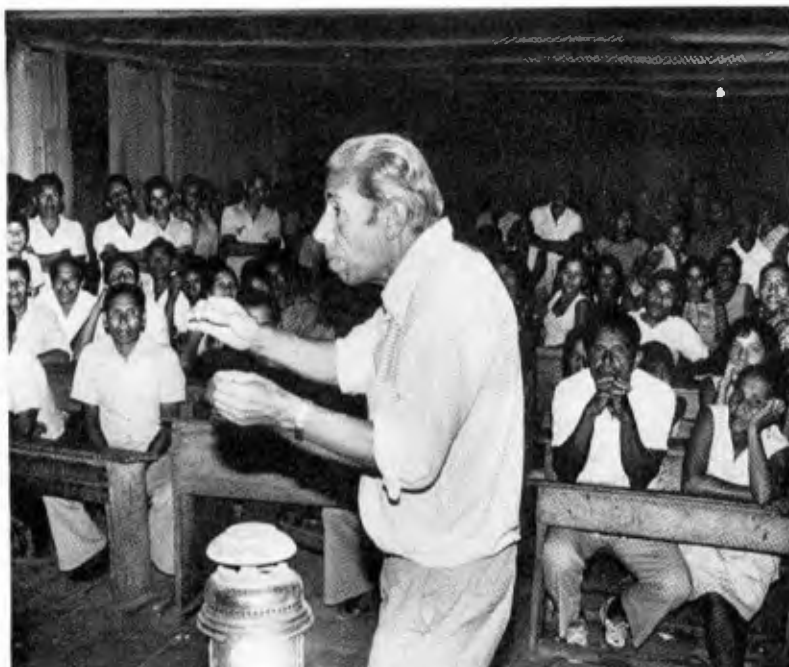
Un corolario de la asistencia técnica fue que los países desarrollados exportaban sus métodos y tecnologías, tanto del sector salud como de otros sectores, a los países en desarrollo donde, con frecuencia, no daban buenos resultados. Naturalmente, como consecuencia de la cooperación técnica, las naciones del Tercer Mundo adaptarían las tecnologías y métodos extranjeros a sus propias condiciones, o inventarían otros nuevos para satisfacer sus necesidades. Este nuevo movimiento recibió el nombre de "tecnología apropiada".

Otro concepto que continúa en vigencia en el decenio iniciado en 1980—quizás más antiguo que los demás—es el de "extensión de la cobertura". Como se ha demostrado en los dos capítulos anteriores, la cobertura o el alcance de los servicios gubernamentales de salud en América Latina y el Caribe por lo general era limitado y rara vez incluía más que una minoría de la población en cualquier país. Por lo tanto, había una necesidad urgente de ampliar la cobertura de esos servicios para incluir a sectores cada vez mayores de la población, hasta que fueran atendidas las necesidades de salud de todos. Este concepto está claramente expresado en la Carta de Punta del Este, se repite en el Plan Decenal de Salud para las Américas y es hoy parte esencial de las estrategias y planes de acción hemisféricos para lograr la salud para todos.

Una razón que explica el alcance tradicionalmente limitado de los servicios de salud en los países latinoamericanos y del Caribe es que en sus normas de funcionamiento predominaba el concepto prevaleciente en los países avanzados de tratamiento orientado hacia la curación y suministrado por profesionales. La capacitación de médicos y otros profesionales era costosa, los servicios que podían prestar eran limitados y, por motivos económicos y culturales, esos profesionales tendían a ubicarse en las ciudades.

Existía, evidentemente, una apremiante necesidad de contar con trabajadores de salud con menos adiestramiento, que estuvieran dispuestos a trabajar en zonas en que los profesionales rehusaban hacerlo, que pudieran proporcionar atención básica y que contaran con sistemas para referir a los pacientes que no podían tratar, a profesionales más alejados y que estuvieran en condiciones de prestar servicios preventivos además de los terapéuticos. La base de esta pirámide de atención comenzó a llamarse "atención primaria de salud" o, en ocasiones, "APS", y llegaría a convertirse en la estrategia fundamental de la extensión de la cobertura.

Otro concepto importante en el ámbito internacional de la salud fue la "participación de la comunidad". El significado del término "comunidad" utilizado por los planificadores de la salud ha variado: a veces se usa en el sentido material de un grupo de población subatendida que habita en tugurios urbanos o en aldeas, pero otras veces el significado es distinto; no obstante, siempre se ha referido a usuarios de la atención de salud. En años anteriores, cuando se proporcionaba atención de salud, los que la suministraban decidían quiénes la recibirían, cuándo y dónde. Puesto que a menudo existían diferencias culturales entre los que propor-



En el decenio de 1970 se tomaron medidas para fomentar la participación de la comunidad en la atención de salud, por ejemplo, mediante el contacto entre los empleados del ministerio de salud y la población rural. (Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)

cionaban la atención y los usuarios de la misma (por ejemplo, entre un funcionario culto de habla española que vivía en una ciudad alejada, y un indígena montañés analfabeto que hablaba su propia lengua), y la atención facilitada no se ajustaba a las necesidades e intereses locales, los usuarios con frecuencia se mostraban indiferentes a esa atención y se resistían a ella en forma pasiva.

Ahora, sostenía la doctrina evolucionada de "participación de la comunidad", los usuarios intervendrían en la determinación de su propia atención de salud en el futuro, al participar en las decisiones a ella concernientes. Además, con el estímulo adecuado, participarían no solo en la toma de decisiones sino a veces también en su propia atención de salud al proporcionar voluntarios no remunerados, que serían adiestrados como trabajadores primarios de salud locales o construirían las instalaciones de salud para la comunidad.

Estos nuevos conceptos, aún incipientes en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1972, comenzaron a tomar forma con mayor claridad en otras reuniones importantes. Una fue la 30ª Asamblea Mundial de la Salud de 1977, cuya Resolución WHA30.43 establecía que el principal objetivo social de la OMS y sus Estados Miembros durante el resto del siglo XX, sería "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (1). En septiembre de 1977, la IV Reunión Especial de Ministros de Salud del Hemisferio hizo suyo el objetivo

de salud para todos de la OMS, para las Américas, y analizó el desarrollo de los diversos conceptos mencionados.

Su expresión más clara se encuentra en la Declaración de Alma-Ata (2), producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978), auspiciada por la OMS y el UNICEF e inspirada en la resolución sobre salud para todos de la Asamblea Mundial de la Salud realizada un año antes.

A medida que se producían estos cambios en el pensamiento internacional con respecto a la salud en el decenio de 1970, también evolucionaba la OPS. Sus programas se ampliaron continuamente para satisfacer las nuevas y cambiantes necesidades de salud de sus Países Miembros. En septiembre de 1974, la Conferencia Sanitaria Panamericana me eligió como nuevo Director de la OPS. Anteriormente había actuado como Representante de la OPS/OMS en el País, en El Salvador, Guatemala, México, Pakistán y República Dominicana, antes de asumir el cargo de Director General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México. En la Conferencia realizada cuatro años después, fui reelegido Director.

Al comienzo de mi mandato se llevaron a cabo varias reformas importantes para modernizar los procedimientos de funcionamiento interno de la Oficina, pero sus actividades más decisivas, a medida que se acercaba el comienzo del nuevo decenio, consistieron en sentar las bases para lograr salud para todos en las Américas a fines de este siglo.

Para comprender lo que implica el movimiento de salud para todos y llegar al presente en la historia de la cooperación panamericana en salud y de la OPS, es necesario examinar el progreso logrado en salud durante el decenio de 1970. En las secciones que se presentan a continuación se analiza ese progreso.

Control de enfermedades

Al comenzar el decenio de 1970, las enfermedades transmisibles que habían asolado América Latina y el Caribe durante siglos, habían cedido, en muchos casos, ante el ataque constante en los decenios anteriores.

Esto se demuestra al observar la disminución de la mortalidad general en toda América Latina entre 1970 y 1980, la cual descendió de un promedio de 9,4 defunciones por cada 1.000 habitantes en la primera mitad del decenio, a 8,5 durante la segunda. También se produjo un descenso semejante en los países del Caribe de habla inglesa y holandesa.

El porcentaje de defunciones causadas por la tuberculosis y por enfermedades evitables mediante la vacunación, alcanzó en el decenio un promedio del 6%; las cifras variaron considerablemente en los distintos países, oscilando entre el 0,6 y el 12%. La proporción descendió sustancialmente hacia fines del decenio, de tal modo que hoy las defunciones por esas causas probablemente sean alrededor del 2% de la mortalidad total.

Las defunciones por enfermedades diarreicas y otras cuyo control se basa fundamentalmente en medidas relacionadas con el ambiente todavía representan un porcentaje elevado del total de defunciones. Este grupo de enfermedades durante

los años 70 causó, como promedio, más de la quinta parte del total de decesos en ciertos países de América Central. Asimismo, el porcentaje de defunciones por estas causas en los países andinos tal vez siga siendo del 10%.

Las defunciones por enfermedades respiratorias agudas también representaron una proporción considerable de la mortalidad total, quizás entre el 10 y el 15%. En ciertos países andinos y centroamericanos el porcentaje fue bastante más elevado. Las defunciones por causas perinatales constituyeron casi el 5% de todas las defunciones en América Latina, si bien los porcentajes difirieron mucho de un país a otro.

Las enfermedades relacionadas con la nutrición, junto con la diabetes, anemias y otros trastornos metabólicos que son en muchos casos la causa básica de defunciones atribuidas a otras enfermedades, fueron la causa directa de alrededor del 5% del total de defunciones. Por último, las muertes causadas por accidentes, en particular del tránsito y otras causas de muerte violenta como el suicidio y el homicidio, aumentaron relativamente en América Latina y representaron un promedio del 10 al 15% del total de defunciones ocurridas durante el decenio en América Latina y el Caribe.

La reducción de la mortalidad general en América Latina en el decenio de 1970 obedeció, en parte, a la disminución de las tasas de mortalidad en los niños menores de cinco años, especialmente los lactantes. La mortalidad infantil en el Continente se redujo, como promedio, en más de una tercera parte en el decenio: de alrededor de 105,5 defunciones infantiles por cada 1.000 nacimientos entre 1965 y 1970, se llegó a 66,8 por 1.000 entre 1975 y 1980. Del mismo modo, las defunciones de niños de uno a cuatro años descendieron de 8,5 a 4,3 por 1.000 niños de esa edad. En el Caribe la mortalidad infantil también declinó de 43,0 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos entre 1965 y 1970, a 28,4 por 1.000 entre 1975 y 1980; en el mismo período, las tasas de mortalidad en los niños de uno a cuatro años, bajaron de 4,3 a 2,4 por cada 1.000.

Una gran parte de la reducción de la mortalidad infantil durante el decenio puede atribuirse a los efectos de los programas de inmunización y a la proliferación de medidas para mejorar el saneamiento ambiental y la nutrición.

Como resultado de la reducción de enfermedades transmisibles por una parte y, por otra, como consecuencia de una mejor vigilancia de las enfermedades y de nuevas investigaciones, se hizo cada vez más evidente, a medida que progresaba el decenio, que otros problemas—principalmente las enfermedades degenerativas crónicas de la edad avanzada y los trastornos mentales y del comportamiento—cobraban cada día más importancia y, en el futuro, requerirían más atención de los servicios de salud. Más adelante se analizarán los nuevos problemas que ahora representan las enfermedades no transmisibles.

A pesar de los progresos alcanzados en el decenio en el control de las enfermedades transmisibles, estas aún persisten y no se pueden descuidar las medidas de control en los próximos años. Esta era la situación de las principales enfermedades transmisibles entre 1970 y 1980:

Enfermedades evitables mediante la vacunación. En los decenios de 1950 y 1960, la elaboración de vacunas que prevenían las enfermedades transmisibles más comunes y destructivas llevó a vigorosas campañas de vacunación en masa, que después perdieron su impulso por la suposición de que estas enfermedades

habían sido vencidas. A mediados del decenio de 1970 era evidente que esto no se había logrado y que, en realidad, estaban resurgiendo en muchos lugares. Si bien la inmunización constituyó una de las prioridades del Plan Decenal de Salud para las Américas, a medida que este llegaba a su fin, en pocos países del Continente se observaba algún progreso real en el control de las enfermedades evitables mediante la vacunación. La situación era semejante en el resto del mundo.

Ante esto, la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la OPS reaccionaron y aprobaron en 1977 resoluciones para crear un Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (3). La meta del programa era inmunizar a todos los niños del mundo para 1990, especialmente contra seis enfermedades primarias, y reducir la morbilidad y la mortalidad por otras enfermedades de importancia en salud pública, para las que se dispone, o se podría disponer, de vacunas inocuas y eficaces.

El objetivo básico del PAI es combatir la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis. El programa está orientado hacia los lactantes y mujeres embarazadas en alto riesgo y se basa en la integración de las actividades de inmunización en los servicios generales de salud, cuando se dispone de ellos. De acuerdo con lo expresado en la Declaración de Alma-Ata, la inmunización constituye un elemento esencial de la atención primaria de salud y debe considerarse el punto de partida para extender la cobertura de los servicios de salud.

Cuando en 1977 se puso en marcha el PAI en las Américas, el Consejo Directivo identificó algunos problemas fundamentales que obstaculizaban la ampliación de la inmunización. Estos se relacionaban con la planificación, administración y evaluación de las actividades de inmunización, adquisición de vacunas, disponibilidad de equipo apropiado para la cadena de frío y logística. El hecho de que los sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica no hubiesen alcanzado el desarrollo adecuado, agravó las dificultades para evaluar el resultado de las actividades de inmunización en escala nacional y regional.

Tuberculosis. La morbilidad y mortalidad por esta antigua enfermedad disminuyeron lentamente en las Américas entre 1970 y 1980. La reducción de las tasas de mortalidad fue de casi un 5% anual, pero el crecimiento de la población y el perfeccionamiento de los métodos para detectar los casos mantuvieron casi constante el número de casos descubiertos.

Hacia fines del decenio, se notificaban cerca de 220.000 casos al año en Centro y Sudamérica, donde la tasa de casos nuevos era de 67 por cada 100.000 habitantes. Según información incompleta, ocurrían anualmente en las Américas 45.000 defunciones por tuberculosis (7,5 por 100.000 habitantes).

En consecuencia, la enfermedad siguió siendo un problema importante en casi todos los países. La política de control seguida por la OPS y los ministerios de salud fue establecida por los Ministros en su III Reunión Especial (Santiago de Chile, 1972) como parte del Plan Decenal de Salud para las Américas. Incluía la localización de pacientes con tos crónica y producción de esputo entre los que acudían a los servicios de salud, el tratamiento de aquellos cuyo esputo daba resultados positivos en el examen microscópico y la vacunación con BCG. Todas estas actividades forman o deben formar parte de los servicios generales de salud, según lo establecido en el Plan Decenal de Salud.

Desapareció paulatinamente la resistencia a integrar la detección de casos y el

tratamiento antituberculoso en los servicios generales de salud y, el diagnóstico mediante microscopía y el tratamiento controlado en el hogar se convirtieron rápidamente en práctica normal de dichos servicios. Varios países adoptaron tratamientos de corta duración, de seis a nueve meses, para algunos o todos los pacientes. Estos regímenes se basaban en medicamentos muy eficaces que reducen el riesgo de muerte y el período de transmisión, al mismo tiempo que aumentan las probabilidades de curación.

Enfermedades respiratorias agudas. A mediados del decenio de 1970, estas infecciones eran la principal causa de defunción entre los niños menores de un año en tres de 24 países americanos, la segunda en cuatro y la tercera en 12. Alrededor de 1976, la tasa de mortalidad en ese mismo grupo de edad llegaba a más de 1.000 por 100.000 niños en Mesoamérica continental, constituyendo más del 22% del total de defunciones en ese grupo. Las infecciones respiratorias agudas son también una importante causa de morbilidad y representan una importante carga para los servicios de salud.

Sumadas a las diarreas y a las enfermedades evitables por vacunación, estas son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la niñez. El tratamiento preventivo y el apoyo adecuado en todos los casos así como la terapia con antibióticos contra las formas graves de probable etiología bacteriana, pueden reducir considerablemente la mortalidad por esas infecciones.

En 1979, la 32ª Asamblea Mundial de la Salud recomendó que la OMS colaborara con los programas nacionales para combatir las enfermedades respiratorias, especialmente las infecciones respiratorias agudas de la infancia, ya que causan una mortalidad elevada (4). La estrategia adoptada por la OPS para afrontar el problema consistió en la difusión de información, seguida de estudios epidemiológicos y operativos con el fin de obtener los datos necesarios para los programas de control destinados a prevenir defunciones entre los niños menores de cinco años.

Leprosia. Esta enfermedad siguió siendo un importante problema de salud pública en América Latina y el Caribe, donde los casos registrados llegaron a un cuarto de millón y se notificaron anualmente cerca de 20.000 casos nuevos, la mitad de los cuales eran de tipo lepromatoso o infeccioso.

A pesar de que la eficacia limitada de las medidas disponibles para combatir la lepra continuó entorpeciendo el control de la enfermedad, se lograron importantes progresos en el tratamiento durante el decenio, particularmente a fines del mismo, gracias a la introducción de un nuevo fármaco, a la integración de la detección y tratamiento de casos en los servicios de atención primaria de salud, a la coordinación con los programas de lucha antituberculosa y a la elaboración de una vacuna que ofrece buenas perspectivas.

Los Ministros de Salud de las Américas, en su Reunión Especial realizada en Santiago de Chile en 1972, recomendaron el desarrollo y perfeccionamiento de las actividades de vigilancia y control de la lepra, como parte integrante de los servicios generales de salud, y la creación de un centro regional de enseñanza e investigaciones sobre lepra que contribuyera a definir métodos uniformes de lucha contra la enfermedad. Estas recomendaciones fueron reiteradas en resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo.

Enfermedades diarreicas. En el decenio de 1970, las enfermedades diarreicas fueron la principal causa de defunción entre los niños menores de cinco años en 10 de 24 países latinoamericanos. Los datos de varios países señalaron que, como promedio, el niño menor de cinco años sufría entre cuatro y ocho episodios anuales de diarrea y en algunos países hasta el 45% de todas las consultas hospitalarias durante los meses de mayor prevalencia de la diarrea, correspondían a la diarrea infantil. Se registraron tasas de letalidad que llegaron al 40%.

Si bien las enfermedades diarreicas agudas siguieron siendo una causa principal de morbilidad y mortalidad infantiles en la mayor parte de las Américas, las perspectivas de lograr su control mejoraron constantemente.

El programa de control de las enfermedades diarreicas de la OPS, que había sido iniciado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1978 (5) como una actividad mundial de alta prioridad y que luego fue apoyado por el Consejo Directivo, se basó en cinco estrategias fundamentales: tratamiento temprano de los episodios diarreicos agudos mediante la rehidratación oral y una dieta apropiada; mejoramiento de las prácticas de cuidado del niño, incluidos el fomento de la lactancia natural, el destete adecuado y la higiene personal; educación para la salud; mejoramiento del abastecimiento de agua, saneamiento ambiental e higiene de los alimentos, y vigilancia epidemiológica. Los objetivos del programa a mediano y largo plazo consisten en reducir la mortalidad y morbilidad provocadas por las enfermedades diarreicas, mediante la integración de las actividades del programa en los sistemas existentes de atención primaria de salud.

La OPS instó a los países a que, al planificar sus programas nacionales, adoptaran como objetivo a mediano plazo la reducción de las tasas de letalidad por diarreas a menos del 1%. Puesto que los estudios realizados en Asia sudoriental sobre la terapia de estas enfermedades demostraron que es posible rehidratar a los pacientes de cólera y otras formas de diarrea mediante una dosis específica única, administrada por vía oral, de un fluido compuesto de electrolitos y glucosa, la estrategia principal elaborada por la OPS para combatir esas enfermedades fue la terapia de rehidratación oral.

Enfermedades de transmisión sexual. El problema que representa este grupo de enfermedades transmisibles, en vez de mejorar, se agravó durante el decenio de 1970; a fines del mismo, se estimaba que anualmente afectaban a uno de cada 50 latinoamericanos adultos.

Las tasas notificadas de morbilidad por blenorragia en América Latina reflejaron solo una parte del número real de personas infectadas y en algunos países se estimó que únicamente se comunicaba uno de cada 10 casos. Los casos notificados de sífilis llegaron a un promedio anual de 150.000 en América Latina a medida que se acercaba el fin del decenio; no obstante, se consideró que esta cifra era alrededor de la cuarta parte del total real. Los informes del Caribe señalaron que la prevalencia de sífilis y blenorragia era elevada.

Si bien no se conocía el verdadero alcance del problema de las enfermedades de transmisión sexual en las Américas, se logró cierto progreso al estimular una nueva conciencia de su gravedad. Desgraciadamente, pocos países en el Continente elaboraron programas de lucha sólidos y dinámicos y, aun aquellos que lo hicieron, se concentraron principalmente en la blenorragia y la sífilis más bien que

en enfermedades menos graves y más nuevas como la uretritis no gonocócica relacionada con clamidias, la tricomoniasis, las infecciones de herpes simple, la hepatitis B y la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Fiebre amarilla. La fiebre amarilla selvática continuó siendo una amenaza de importancia para la salud en zonas endémicas de Sudamérica, donde el número de casos aumentó después de 1972. Hacia fines del decenio, el promedio anual de casos—principalmente en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela—era de alrededor de 175.

En ciertas zonas, la enfermedad llega al ápice en ciclos de dos o tres años, mientras que en otras reaparece con intervalos de seis o siete años. También se notificó su resurgimiento en lugares donde no se habían detectado casos durante casi 20 años y su propagación a zonas donde nunca se habían registrado casos. Se produjeron algunos brotes de fiebre amarilla en zonas de colonización donde probablemente no se había logrado una eficaz cobertura de vacunación. Causó especial preocupación la presencia de casos muy cerca de las zonas infestadas por *A. aegypti*, pero afortunadamente, el oportuno rociamiento con insecticida alrededor de las zonas epidémicas y la intensificación de la vacunación de los expuestos al riesgo evitó que se afianzara el ciclo urbano de la enfermedad.

Puesto que se estaba produciendo un número considerable de casos en zonas infestadas por *A. aegypti*, en julio de 1979 se reunió en Washington un grupo de expertos, auspiciado por la OPS, para analizar el problema. La principal conclusión a que llegaron fue que la producción de vacuna antiamarílica era adecuada para afrontar cualquier brote importante que pudiera presentarse; sin embargo, también recomendaron que los dos productores de la vacuna en Sudamérica modernizaran y aumentaran su producción. A fines del decenio, la OPS comenzó a colaborar con los dos laboratorios con esos propósitos.

Dengue. Los virus del dengue existen en forma endémica y epidémica en muchos países americanos. En 1977, se inició en Jamaica una pandemia del serotipo 1 de dengue que, siguiendo la dirección de las agujas del reloj, se extendió por el Caribe causando epidemias en casi todas las islas y reemplazando a los tipos 2 y 3 de dengue en Puerto Rico y en la Isla Hispaniola. Ese año hubo casi medio millón de casos de la enfermedad en el Caribe.

A fines de 1977, el dengue llegó a Sudamérica continental y provocó epidemias en las Guayanas y Venezuela. En 1978 invadió Colombia y Centro América y, al terminar ese año, ya había entrado en México donde continuó propagándose en 1979.

Erradicación del Aedes aegypti. Si bien los primeros esfuerzos por erradicar el *A. aegypti* en el Continente se remontan al decenio de 1920 y desde 1947 la OPS y sus Países Miembros se han comprometido a lograr esa erradicación, los intentos de eliminar este vector de la fiebre amarilla y el dengue encontraron crecientes dificultades en el decenio de 1970 porque el mosquito adquirió resistencia a los insecticidas comunes, como el DDT, y la prioridad antes asignada a los programas de erradicación del vector disminuyó gradualmente a medida que atraían la atención nuevas prioridades de salud. El resultado fue la reaparición de *A. aegypti* en muchas zonas.

En algunos países, el financiamiento era tan inadecuado que no permitía poner en práctica medidas de control del vector. Otros países, además de afrontar pro-

blemas administrativos en la organización y ejecución de programas, tenían graves dificultades laborales que incidían en la realización de los programas y entorpecían su progreso. Como consecuencia de las epidemias de dengue, los ministerios de salud tuvieron que llevar a cabo costosas operaciones que siempre dieron resultados oportunos y por lo general no fueron suficientemente continuas como para beneficiar a los programas de control sistemático o de erradicación.

La pandemia de dengue de 1977-1979 que afectó el Caribe, el norte de América del Sur, Centro América y México, reveló serias deficiencias en los programas nacionales de erradicación del *A. aegypti* y en el sistema de vigilancia de la OPS. Para mejorar el control de *A. aegypti* en todo el Hemisferio, la OPS comenzó a evaluar la manera en que se le informa acerca de las actividades de los programas nacionales de lucha contra el *A. aegypti* y a estudiar formas de mejorar el sistema de notificación. También inició una reevaluación de sus propios proyectos de investigación y capacitación a fin de responder mejor a los problemas que plantea el control del mosquito.

Malaria. Debido a la reaparición de la malaria, señalada en el capítulo anterior, en 1978 la Conferencia Sanitaria Panamericana reafirmó la erradicación de la enfermedad como objetivo para las Américas (6). Dos años después, el Consejo Directivo solicitó a los Gobiernos Miembros que analizaran y reformularan sus planes nacionales de lucha contra la malaria y, en su III Reunión en 1979, los Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria prepararon un plan continental de acción conjunta para combatir la enfermedad.

La morbilidad de la malaria aumentó persistentemente en el decenio. Entre 1977 y 1980, el total de casos anuales notificados en el Hemisferio ascendió de 398.825 a 599.216 y no había indicios de disminución cuando comenzó el decenio de 1980. Esta tendencia es alarmante y podría afectar en forma crítica la provisión de servicios básicos de salud en las zonas rurales si no se logra contrarrestarla.

De las 226.365.000 personas que a fines de 1979 vivían en zonas originalmente maláricas, 112.257.000 (49,6%) vivían en zonas en que se había erradicado la enfermedad (fase de mantenimiento), 58.123.000 (25,7%) en otras en que se había interrumpido la transmisión (fase de consolidación) y 55.967.000 (24,7%) en lugares donde aún persistía la transmisión (fase de ataque).

La resistencia fisiológica de los vectores de la malaria a los insecticidas fue sin duda la dificultad técnica más grave afrontada por los malariólogos del Continente, dificultad que no era fácil resolver. El problema fue más agudo a lo largo de la costa del Pacífico en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, donde se estaban aplicando insecticidas en cantidades y en zonas cada vez mayores para aumentar la producción de algodón. Se comprobó que los vectores en esas zonas eran resistentes a todos los insecticidas comunes. En las zonas de resistencia múltiple, fue preciso recurrir a los larvicidas, la distribución de medicamentos y medidas de control biológico; como resultado de estas alternativas las operaciones sobre el terreno fueron más costosas y la cobertura más limitada. Se intensificaron los estudios epidemiológicos para clasificar las zonas maláricas y aplicar medidas de control mejor adaptadas a las condiciones epidemiológicas locales, a la importancia socioeconómica de la zona determinada y a la disponibilidad de fondos para el programa de control.

En muchos países, problemas administrativos y económicos impidieron el cum-

plimiento eficaz de los programas antimaláricos. Los presupuestos inadecuados, la escasez de profesionales capacitados, los problemas laborales entre los trabajadores sobre el terreno y la falta de vehículos en buenas condiciones de funcionamiento, medicamentos, insecticidas y otros elementos esenciales, con frecuencia retrasaron o interrumpieron las actividades sobre el terreno. El resultado fue el deterioro epidemiológico. En 1979, el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo analizaron minuciosamente estos problemas y aprobaron resoluciones que instaban a los gobiernos a conceder alta prioridad al financiamiento y ejecución de planes nacionales para erradicar la malaria (7).

La OPS continuó fomentando y apoyando las investigaciones nacionales sobre el terreno, relacionadas con inmunología, quimioterapia, entomología, epidemiología y control de vectores utilizando métodos físicos, químicos y biológicos. Dadas las condiciones especialmente graves de la situación en la costa del Pacífico en el sur de México y Centro América, colaboró con el gobierno mexicano y los de los países centroamericanos en un proyecto de investigación establecido en Tapachula, Estado de Chiapas, México, para buscar soluciones a los problemas técnicos que han afectado los programas de esos países, en especial la resistencia de los vectores a los insecticidas.

Otras enfermedades parasitarias. Muy poco se sabe acerca de las enfermedades causadas por infecciones protozoarias y helmínticas y los esfuerzos para combatirlas han dado, por diversas razones, muy pocos resultados. Algunos parásitos tienen ciclos vitales complejos y se desconocen por completo los detalles de su existencia fuera del cuerpo humano. Con frecuencia solo se puede hacer el diagnóstico con ayuda de instalaciones de laboratorio relativamente complejas que por lo general no existen en las zonas donde son más necesarias. Aun cuando pueda hacerse el diagnóstico, no existen disposiciones para notificar enfermedades parasitarias y no hay sistemas de vigilancia de las mismas.

El resultado, con algunas excepciones, es que se dispone de muy poca o ninguna información epidemiológica y se carece aún de los datos básicos acerca de la prevalencia y distribución de esas infecciones. Varias de ellas alcanzan excesiva importancia porque no existe un tratamiento eficaz o satisfactorio para atacarlas.

Esas enfermedades, en lugar de ceder, avanzaron en las Américas durante el decenio de 1970, a pesar de los esfuerzos para controlarlas. Varias razones explican esta situación, en su mayoría de carácter social y económico más que médico. La rápida urbanización aumentó la propagación de enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, incluidas las infecciones parasitarias, porque las ciudades no tenían equipo suficiente para suministrar agua potable y servicios sanitarios a una gran afluencia de población. La emigración a nuevas tierras de explotación agrícola, ganadera, minera y petrolera, así como los traslados estacionales de los trabajadores agrícolas, fueron también factores que contribuyeron a la propagación de parasitosis.

Las enfermedades parasitarias más importantes fueron la enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, leishmaniasis y filariasis, todas las cuales fueron objeto de atención por parte de los Cuerpos Directivos de la OPS a fines del decenio.

La enfermedad de Chagas se extiende desde México hasta Argentina y Chile. Se calcula que entre 10 y 15 millones de personas están infectadas, principalmente en

Brasil y Venezuela. Además, están amenazadas millones más en América del Sur, Panamá, Centroamérica y México.

El parásito causante de la enfermedad, *Trypanosoma cruzi*, se encuentra muy difundido—en cerca de 150 especies de mamíferos huéspedes y 36 especies de insectos vectores—y se ha establecido un equilibrio entre el parásito y sus huéspedes. La epidemiología de la enfermedad es variada y está influida por factores complejos: especies de vectores y reservorios y condiciones climáticas y socioeconómicas, en particular los tipos de viviendas, que afectan enormemente las formas de esta infección, que tiene las características de una zoonosis típica.

El hombre contrae la infección en la naturaleza cuando su piel o membranas mucosas entran en contacto con heces de triatomíneos vectores infectantes. Esto ocurre con mayor facilidad cuando las condiciones de la vivienda permiten la proliferación de insectos y hay reservorios de animales en las cercanías. Después de un período agudo, la enfermedad entra en una fase crónica en que afecta el corazón y otros órganos. En los jóvenes puede ocurrir la muerte repentina y la vida de los que sobreviven probablemente será corta.

Muy poco puede hacerse por los pacientes una vez que la fase aguda de la enfermedad ha pasado pues no existe ningún medicamento eficaz contra los parásitos intracelulares. Se ha informado que hay un medicamento bastante eficaz para eliminar los tripanosomas del torrente sanguíneo, pero a menudo puede producirse un daño grave—causado por una lesión irreversible del sistema nervioso autónomo—antes de que se pueda hacer el diagnóstico.

La mejor protección contra la infección es, sin duda, la prevención. Las medidas de control se basan en la lucha antivectorial a corto plazo mediante el empleo de insecticidas, y el mejoramiento a largo plazo de las viviendas.

Para afrontar el problema, la OPS fomentó el desarrollo de una estrategia orientada, primero, a capacitar epidemiólogos de la OPS para el terreno y personal de los programas nacionales, y segundo, a promover las investigaciones clínicas, epidemiológicas y de métodos de control. La capacitación se llevó a cabo mediante cursos e instrucción individual en el Centro de la OPS de Investigaciones y Referencia sobre Biología y Control de Vectores, en Maracay, Venezuela, en cooperación con el gobierno de este país, en la Escuela de Salud Pública en México, y en la Universidad de Brasilia.

A solicitud de los países, la OPS asignó consultores a corto plazo para que colaboraran en la preparación de programas o actividades de control y, junto con la OMS, auspició investigaciones sobre la enfermedad.

La esquistosomiasis es una enfermedad causada por pequeños gusanos que tienen un ciclo vital complejo, en el que participa un caracol huésped intermedio; las formas inmaduras, las cercarias, pueden penetrar a través de la piel sana de las personas expuestas a los caracoles en el agua y después desarrollarse convirtiéndose en gusanos adultos en el torrente sanguíneo del huésped humano. De las tres especies de gusanos difundidos en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo, solo una, *Schistosoma mansoni*, existe en las Américas, donde fue introducida desde África.

A fines del decenio de 1970, *S. mansoni* se había establecido en moluscos huéspedes en más de la mitad de los estados brasileños, donde se estimaba que

había 10 millones de personas infectadas; en tres distritos de Suriname, donde probablemente existían 10.000 personas infectadas; y en zonas de cinco estados venezolanos en las cuales se creía que 10.000 personas más habían contraído la infección. En el Caribe también había focos en la República Dominicana, donde probablemente existían 3.000 personas infectadas, y en Guadalupe, Martinica y San Martín.

Los medicamentos para combatir la esquistosomiasis son eficaces y relativamente inocuos pero, como resulta difícil curar todos los casos en las zonas endémicas, es preciso complementar la quimioterapia con otras medidas, especialmente las de abastecimiento adecuado de agua y de eliminación de excreta y el empleo de molusquicidas en lugares en que exista contacto frecuente entre el hombre y los caracoles.

Las actividades de la OPS durante el decenio se orientaron hacia obtener un mejor conocimiento de la distribución y epidemiología de la enfermedad. También se colaboró en la capacitación de personal para la vigilancia epidemiológica en zonas anteriormente exentas de esquistosomiasis pero en las que los caracoles eran posibles huéspedes intermediarios y había una afluencia de población que emigraba desde focos endémicos conocidos.

Esos eran los principales problemas relacionados con las enfermedades transmisibles en el Continente durante el decenio de 1970. A medida que disminuían—algunos, importantes a comienzo de siglo, como la viruela, el cólera y la peste, ya habían sido superados por completo o en gran parte—comenzó a cambiar la naturaleza de los problemas de salud en América Latina y el Caribe.

En muchos países, la edad media de la población aumentó y, como resultado, las enfermedades no transmisibles, que antes eran relativamente poco importantes, comenzaron a adquirir una importancia cada vez mayor. En esos y otros países, la urbanización desenfrenada y las tensiones y congestión provocadas por esta, causaron otros problemas de salud nuevos. La salud dental, descuidada por mucho tiempo en favor de condiciones más alarmantes, empezó a recibir mayor atención. Dentro de ese conjunto de problemas nuevos se destacan los siguientes:

Enfermedades no transmisibles. A medida que aumentaban las poblaciones de mayor edad, los estilos de vida en América Latina y el Caribe se volvieron más sedentarios, los hábitos alimentarios se modificaron hacia una mayor ingestión de grasas saturadas y azúcares refinados; en consecuencia, aumentó la prevalencia de la obesidad y los factores ambientales y del comportamiento que favorecen las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias crónicas se convirtieron en problemas de mayor preocupación.

Las estadísticas de salud disponibles revelaron con toda claridad que, a medida que avanzaba el decenio, las enfermedades no transmisibles aumentaban sustancialmente. En 1976, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares agudas eran la principal causa de defunción en 26 de 37 países americanos y se encontraban entre las cinco primeras causas de defunción en 34 de ellos.

Desde mediados del decenio de 1970, la OPS ha venido cooperando con sus Países Miembros en fomentar los conocimientos acerca de las enfermedades no transmisibles; elaborar programas para controlarlas y prevenirlas teniendo en cuenta las condiciones, recursos y estructuras de atención de salud locales; facilitar capacitación e información de actualidad, y colaborar en la obtención de

recursos extrapresupuestarios destinados a proyectos multinacionales para uniformar criterios y coordinar actividades de control y prevención de estas enfermedades.

Una de las enfermedades no transmisibles de mayor importancia en el Hemisferio fue el cáncer. Las neoplasias malignas fueron identificadas como la segunda causa más frecuente de defunción en 30 de 37 países y territorios americanos a fines del decenio. Las tasas, ajustadas por edad, de mortalidad debida a neoplasias malignas en las Américas, oscilaron entre 38,5 por 100.000 habitantes en Mesoamérica continental y 80,8 en Sudamérica templada.

Los ministerios de salud comenzaron a prestar cada vez más atención al cáncer como importante problema de salud pública y establecieron programas integrales de control y tratamiento. Una encuesta efectuada en 1978 reveló que 62 instituciones de 16 países de América Latina y el Caribe se dedicaban exclusivamente a la investigación y tratamiento del cáncer.

La OPS continuó tratando de obtener fondos extrapresupuestarios para fortalecer las instituciones de control del cáncer en las Américas. También fomentó la capacitación de personal médico subalterno y auxiliar, recopiló y estudió datos epidemiológicos y reunió y divulgó información acerca de las investigaciones sobre el cáncer. La mayoría de estas actividades se realizaron mediante el Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer y el Programa Colaborativo de Investigaciones en el Tratamiento del Cáncer, que llevan a cabo en forma conjunta la OPS y el Instituto Nacional del Cáncer (EUA).

Otras enfermedades no transmisibles de creciente importancia en el Hemisferio fueron la diabetes, la hipertensión, la fiebre reumática, la cardiopatía reumática, las enfermedades reumáticas crónicas y las alergias crónicas. Desde mediados del decenio, la OPS comenzó a formar redes de investigación colaborativa para estudiar la epidemiología de estas enfermedades y los métodos de tratamiento, con el propósito de formular procedimientos nuevos y más sencillos para combatir las en las Américas. Las redes estaban integradas por investigadores de importantes centros de investigación de una docena de países; los representantes de los centros dedicados al estudio de enfermedades específicas se reunieron anualmente para analizar sus descubrimientos recientes y elaborar nuevas estrategias de investigación y métodos de tratamiento. Para 1980, dos de los grupos de trabajo habían preparado directrices acerca de procedimientos de selección y tratamiento, y se esperaba que los grupos restantes hicieran lo mismo a comienzos del decenio de 1980.

Salud mental. Según la opinión general, los problemas de salud mental, incluidos el uso indebido de alcohol y estupefacientes, son característicos de las ciudades agitadas más que del campo donde, supuestamente, la vida es más tranquila; no obstante, no se ha estudiado bien la incidencia de esos males en las zonas rurales. Baste señalar que, durante el decenio de 1970, las tasas de trastornos psiquiátricos, alcoholismo y farmacodependencia aumentaron decididamente en América Latina y el Caribe.

A causa de este fenómeno, la mayoría de los gobiernos americanos comenzaron a modernizar sus servicios psiquiátricos y a intensificar sus actividades para fomentar la salud mental, prevenir problemas psiquiátricos y controlar la dependencia de sustancias psicotrópicas.



*Un niño parapléjico en una sala de ergoterapia.
(Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)*

En cinco países se formaron comités multidisciplinarios para examinar los programas nacionales de salud mental y formular recomendaciones para modificarlos; en 1978 se reunió en Cali, Colombia, un grupo asesor sobre estrategias para la elaboración de programas de salud mental en América Latina.

La OPS colaboró con siete países en la preparación o revisión de sus programas de salud mental y con otros cinco en el examen y reestructuración de actividades para fomentar la salud mental de los niños, incluyendo programas de interacción psicosocial y de fomento de la salud mental de la familia.

Desde el punto de vista de la salud pública, el alcoholismo continuó siendo el mayor problema relacionado con la farmacodependencia en el Hemisferio; sin embargo, pocos países reconocieron su magnitud o tomaron medidas importantes para afrontarlo. La OPS auspició investigaciones sobre el alcoholismo en seis países durante el decenio de 1970 y colaboró con un instituto nacional para combatir el alcoholismo en la evaluación de sus funciones. También otorgó becas para asistir al curso anual ofrecido por el Instituto del Caribe de Lucha contra el Alcoholismo, en las Islas Vírgenes (EUA).

La dependencia de narcóticos se difundió en la mayoría de los países, especialmente en las grandes ciudades. El uso indebido de marihuana fue común en todas partes. Se observaron aumentos del consumo de cocaína en América del Norte y de pasta de coca (un producto intermedio en la síntesis de cocaína) en los países andinos. Asimismo, las deficiencias en el control y la reglamentación de

drogas psicotrópicas nacionales llevaron a una gran disponibilidad y abuso de estas sustancias.

Además de asesorar sobre los programas, la OPS cooperó con los países en diversos aspectos de la capacitación en salud mental. En general, trató de acrecentar los conocimientos y habilidades del personal no psiquiátrico, especialmente los médicos generales y enfermeras. Así, envió consultores a siete países para dirigir cursos breves de psiquiatría infantil, terapia del comportamiento y de la familia y tratamiento del alcoholismo y la farmacodependencia; también gestionó cursos de enfermería psiquiátrica en varios otros países.

Accidentes. El progreso económico de América Latina y el Caribe durante el decenio de 1970 dio lugar a un aumento espectacular del tránsito en las carreteras, pero el desarrollo de normas apropiadas de seguridad en el tránsito no avanzó al mismo ritmo. A pesar de la falta de datos fidedignos, hubo indicios de que los accidentes, después de las enfermedades transmisibles, se estaban convirtiendo en la principal causa de morbilidad y mortalidad en muchos países de las Américas.

Los accidentes de tránsito constituyeron la mayor proporción de los accidentes en general. En varios países, los accidentes de este tipo aparentemente se triplicaron durante el decenio y su tasa de letalidad se duplicó.

En muchos países, los pacientes con traumatismos por accidentes de tránsito ocuparon hasta un 30% de las camas quirúrgicas de los hospitales, lo cual impuso una carga seria a los servicios médicos y quirúrgicos. Además, los accidentes representaron una creciente causa de invalidez que afecta principalmente a los jóvenes y puede, por lo tanto, tener como consecuencia una vida de incapacidad y una productividad reducida.

Salud dental. Las enfermedades dentales continuaron representando un importante problema de salud en América Latina y el Caribe durante el decenio. No hubo casi mejoras en la situación ni en los recursos disponibles para prevenir e impedir los padecimientos dentales más frecuentes—las caries y las enfermedades periodónticas.

Los servicios dentales disponibles siguieron siendo del dominio casi exclusivo de los profesionales de odontología y de practicantes no capacitados; en las zonas rurales y urbanas marginadas, donde más se necesitaban, solo existía un número reducido de dentistas. A excepción de los países de habla inglesa del Caribe y de Suriname, donde se establecieron programas escolares que utilizaron los servicios de auxiliares de odontología, se dedicó escasa atención a la preparación de auxiliares o de personal intermedio para proporcionar servicios dentales a las zonas desatendidas y ampliar los servicios profesionales.

A pesar de que las escuelas de odontología llegaron a unas 120 y de que aumentó también el número de alumnos, hubo poca modificación en la proporción de dentistas por habitantes en la mayoría de los países latinoamericanos. En el sector de salud pública, la razón de odontólogos-población a ser servida con frecuencia fue inferior a 1 por 100.000 habitantes. Se calculó que, en muchos países, el 90% del personal odontológico prestaba servicios al 10% de la población, lo que revela igualmente la magnitud del problema y la carga que representa para el sector público.

Las enfermedades dentales afectaron a casi todos los habitantes de América



*Los auxiliares dentales extienden la labor de los profesionales.
(Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)*

Latina. Los estudios epidemiológicos nacionales realizados en el decenio de 1970 en Colombia y Venezuela revelaron el comienzo temprano de esas enfermedades en los niños y la necesidad de dar más importancia a los programas preventivos. Los datos de muchos países también indicaron una falta de atención restaurativa, especialmente en los grupos de menor edad.

En ese decenio también se puso de manifiesto la necesidad de aplicar conceptos y tecnologías modernos en la prestación de servicios dentales, y de abordar los problemas relacionados con la escasez de técnicos en restauración dental y fabricación de prótesis dentales.

La incidencia de caries dentales aumentó. En un país, por ejemplo, se observó que el 98% de los escolares de la capital y el 91% de los residentes en zonas rurales aledañas tenían caries.

Se ha comprobado que el empleo de fluoruros para prevenir las caries dentales da buenos resultados. La fluoruración del agua potable y de la sal de mesa son medidas de salud pública sencillas, económicas y muy eficaces. A fines del decenio se estaba sometiendo el agua potable a fluoruración en 15 países y el total de población con acceso a sistemas de abastecimiento de agua fluorurada llegaba a 40 millones en América Latina y el Caribe. Se estudió la fluoruración de la sal en Colombia y se estaban haciendo planes para su empleo general en ese país y en México. Esta medida beneficiará especialmente a las zonas rurales y a las comunidades pequeñas donde no es factible la fluoruración del agua.

Nutrición

A comienzos del decenio de 1970 la situación con respecto a los alimentos y la nutrición en América Latina y el Caribe se caracterizaba por evidentes desequilibrios en la distribución y el consumo de alimentos básicos, especialmente en los grupos más pobres de la población. Esto se agravó con la persistencia de factores ambientales y socioculturales que afectaron el aprovechamiento celular adecuado de los alimentos y sus nutrientes, en particular las enfermedades diarreicas y las enfermedades infecciosas agudas cuya prevalencia puede reducirse considerablemente mediante medidas preventivas y de mejoramiento del medio.

La malnutrición proteico-calórica afectó a 28 millones de niños menores de cinco años, o poco más del 60% de la población total en ese grupo de edad; casi la quinta parte de ellos sufrían malnutrición moderada o avanzada.

Además, la prevalencia de bocio endémico, causado fundamentalmente por la deficiencia de yodo en la alimentación, varió entre el 10 y el 60% de la población total en 10 países. A pesar de las disposiciones legales que exigían la yodación de la sal para consumo, muy pocas veces se cumplieron, sobre todo en los países en que era mayor la prevalencia del bocio.

Las anemias ferropénicas afectaron del 29 al 63% de las mujeres gestantes y del 14 al 30% de las mujeres de todas las edades. En cuanto a los niños en edad escolar o preescolar, las cifras oscilaron entre el 6 y el 18% en las ciudades y entre el 7 y el 20% en las zonas rurales.

La hipovitaminosis A afectó del 5 al 45% de la población general y, como consecuencia, en algunos países se registraron muchos casos de trastornos oculares y xeroftalmía.

También persistieron graves problemas relacionados con el medio físico, social y cultural, que contribuyeron a agravar la situación por su efecto negativo sobre la ingesta de alimentos y el aprovechamiento de nutrientes esenciales. Entre ellos figuraron la elevada prevalencia de enfermedades diarreicas y afecciones respiratorias agudas, insuficiencia de agua potable y eliminación inadecuada de excretas, falta de higiene en la manipulación y consumo de alimentos, prejuicios acerca del valor nutritivo de ciertos alimentos, prácticas erróneas en la alimentación de lactantes y niños pequeños, como lo indicó la disminución de la lactancia natural en las zonas urbanas, y la influencia de la propaganda comercial que puede incitar a las personas a comprar alimentos costosos de dudoso valor nutritivo que están más allá de sus posibilidades económicas.

Si bien no fue tan crítico y agudo como en otras regiones del mundo, el panorama nutricional en la mayor parte de América Latina contrastaba desfavorablemente con la situación de países como Argentina, Canadá, algunos países del Caribe y Estados Unidos, donde el principal problema nutricional fue el consumo excesivo de calorías, con el consecuente aumento de peso y obesidad, condiciones que comúnmente se relacionan con enfermedades crónicas y degenerativas, como la diabetes, la hipertensión y la insuficiencia coronaria. Se calculó que, a fines del decenio, alrededor del 5% de la población consumía un promedio de 4.700 calorías per cápita, o sea el doble de la ingesta recomendada para un latinoamericano adulto joven.

Paradójicamente, los países tenían el potencial necesario para satisfacer sus propias necesidades alimentarias pues contaban con suficientes tierras y abundaba la mano de obra para trabajarla.

Entre 1961 y comienzos del decenio de 1970, se logró un progreso considerable pues en el decenio anterior la cantidad de calorías disponibles aumentó de 2.410 a 2.570, un incremento del 6,6% y la disponibilidad de proteínas subió de 64 a 66 g diarios per cápita, un incremento del 3,1%. Por consiguiente, al iniciarse el decenio de 1970, el promedio de calorías diarias disponibles per cápita en el Hemisferio superaba en un 12% las 2.320 calorías recomendadas por la OMS/FAO. Sin embargo, en 1975 ocho países aún sufrían un déficit en la disponibilidad de calorías diarias, mientras que otros 16 comunicaban cifras superiores a las recomendadas.

El consumo de calorías y proteínas en casos específicos obviamente difirió considerablemente del promedio disponible en un país determinado. Las diferencias fueron más evidentes entre las clases sociales pobres, en las que, según se estimaba, el consumo era entre 10 y 20% inferior al recomendado. La estructura de oferta y demanda, comparada con el consumo real de la dieta mínima, reveló la discrepancia entre los alimentos básicos de que disponían las clases pobres y la dieta mínima aceptable.

En general, a pesar de que durante el decenio no hubo modificaciones importantes en la situación nutricional y alimentaria en términos de la persistente prevalencia de las deficiencias señaladas, es evidente que la gravedad de la malnutrición proteico-calórica disminuyó en forma sustancial en diversos países. En algunos, también progresó la producción de alimentos, si bien no al ritmo necesario para satisfacer las demandas de su población en constante crecimiento. En otros países disminuyó la producción de alimentos. Si se utiliza como base para la comparación el nivel de producción de alimentos entre 1961 y 1965 (100), se puede observar que aumentó de 107 en 1970 a 112 en 1977 en 22 países latinoamericanos, mientras que en el mismo período descendió de 94 a 91 en el Caribe.

En respuesta a estos problemas, la OPS llevó a cabo tres tipos de actividades: investigación de los problemas nutricionales, sus causas y posibles soluciones; capacitación de personal de salud pública en general y de especialistas en nutrición en el sector salud y en otros sectores de desarrollo; servicios directos a los países en la planificación, ejecución y evaluación de políticas, programas y proyectos de alimentación y nutrición.

A continuación se señalan algunas de las actividades relacionadas con la alimentación y nutrición en las que la OPS colaboró con los países:

- Establecimiento de sistemas de vigilancia de la alimentación y nutrición de los grupos de población más vulnerables, a fin de detectar, prevenir y tratar las principales deficiencias nutricionales, tales como la malnutrición proteico-calórica, las anemias ferropénicas, la hipovitaminosis A y la xeroftalmía, y el bocio endémico.
- Desarrollo de métodos intersectoriales de planificación de la alimentación y la nutrición, con énfasis en la función del sector salud en el fomento, formulación y ejecución de políticas y programas.
- Integración de actividades básicas de nutrición en los servicios de salud, haciendo hincapié en la atención primaria y la participación efectiva de la co-

munidad, a fin de supervisar la atención prenatal y posnatal, el crecimiento y desarrollo del niño, así como la educación nutricional y la alimentación suplementaria de la madre y el niño.

- Prevención y control de determinadas deficiencias mediante el desarrollo y aplicación de tecnologías apropiadas para enriquecer los alimentos con los nutrientes de que se carece en determinados países o subregiones; por ejemplo, el enriquecimiento del azúcar con vitamina A y hierro, y la yodación de la sal.
- Apoyo a las escuelas de nutrición y dietética en colaboración con la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina, y elaboración de modelos integrados de enseñanza y atención nutricional en servicios regionalizados de salud.

Los tres organismos principales mediante los cuales la OPS cumplió sus actividades de alimentación y nutrición fueron el Programa Mundial de Alimentos, afiliado a las Naciones Unidas, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, en Kingston, y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en la Ciudad de Guatemala.

La asociación de la OPS con el Programa Mundial de Alimentos consistió en colaborar con los países en la elaboración de propuestas para la financiación del Programa y en la vigilancia y evaluación de proyectos en ejecución. Se prestó apoyo especial a los programas de salud materno-infantil, alimentación escolar y educación nutricional, a los servicios hospitalarios de alimentación, al desarrollo de las comunidades rurales y a los proyectos de alimentación de emergencia.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que se asoció a la OPS en 1967, elaboró en 1973 ocho objetivos básicos que aún persigue en sus programas:

- Formulación e implantación de políticas y programas de alimentación y nutrición en todos los países miembros.
- Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional de cada país que permita formular, vigilar y evaluar los programas y políticas de alimentación y nutrición.
- Establecimiento y fortalecimiento de unidades técnicas de nutrición y apoyo a programas nacionales y regionales de nutrición.
- Mejoramiento de la enseñanza y adiestramiento del personal de nutrición de todas las categorías de servicios de salud y servicios afines.
- Mejoramiento de las normas de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades nutricionales, de acuerdo con las necesidades y recursos de cada país.
- Fortalecimiento de los servicios institucionales de alimentación.
- Preparación, publicación y divulgación de material didáctico para apoyar los objetivos descritos y mejorar la comunicación en materia de nutrición.
- Investigaciones operativas en apoyo de los objetivos mencionados.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), creado en 1946 y el centro más antiguo de la OPS fuera de la Sede, avanzó mucho durante el decenio en la solución de algunos de los problemas de nutrición más apremiantes en la región.

Debido a la importancia del personal de categoría media para ejecutar programas de alimentación y nutrición, el Instituto inició el primero de una serie de cursos intensivos para mejorar la competencia de los participantes. Estos cursos se proyectaron con el fin de atender las necesidades de los supervisores del personal de campo o de quienes trabajan en la comunidad en proyectos que incluyen actividades relacionadas con la alimentación y la nutrición.

En materia de alimentación, prosiguieron las investigaciones del INCAP para estimar el efecto de factores ambientales, agrícolas y genéticos sobre la composición química y el valor nutritivo de cereales y leguminosas, que son alimentos básicos en Centro América y Panamá. Estas investigaciones permitieron mejorar las variedades que se seleccionarían para fomentar su consumo en la comunidad. También se elaboraron tecnologías apropiadas para prevenir o reducir el endurecimiento de las leguminosas (los frijoles) durante un período prolongado de almacenamiento, y procedimientos simplificados y económicos para la deshidratación de hortalizas en las comunidades o cooperativas. Se realizaron investigaciones operativas sobre el terreno para ensayar diversos sistemas que podrían emplearse en la producción intensiva de alimentos de origen animal.

Se intensificaron las investigaciones sobre la relación entre la nutrición y las infecciones. Se trató de establecer con claridad la epidemiología de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia en Centro América y Panamá, cuantificando su extensión, causas y efectos, además de identificar formas de fortalecer los mecanismos de defensa de los huéspedes. En este aspecto, tuvieron especial importancia los estudios para evaluar las ventajas de la lactancia natural y la influencia de factores biológicos y sociales, a fin de poder contar con una base adecuada para fomentar esa práctica alimentaria.

Los investigadores del INCAP continuaron estudiando los mecanismos fisiológicos y metabólicos relacionados con la malnutrición. Entre esos estudios figuró la determinación de las relaciones entre proteínas y energía en la dieta, con objeto de definir mejor las necesidades nutricionales. Como parte de esta investigación, se hizo un estudio del gasto de energía requerido por las actividades cotidianas de hombres y mujeres del medio rural.

Se ampliaron los estudios de determinados nutrientes para incluir los ácidos grasos esenciales y ciertos oligoelementos. El Instituto siguió colaborando con sus gobiernos miembros en la evaluación del procedimiento y los efectos de enriquecer el azúcar con vitamina A y la sal con yoduro de potasio para combatir, respectivamente, la hipovitaminosis A y el bocio. También continuaron las pruebas en comunidades rurales para determinar la eficacia del enriquecimiento del azúcar con hierro, con el propósito de prevenir la ferropenia prevalente en Centro América.

En grandes zonas rurales, se investigaron los efectos de diferentes intervenciones nutricionales sobre el crecimiento físico, la morbilidad y el desarrollo mental de los lactantes. Tanto los métodos de evaluación empleados como los resultados de estos estudios pueden aplicarse de inmediato y varios países comenzaron a utilizar esas intervenciones.

El INCAP colaboró además en el desarrollo de la capacidad institucional de los países para formular planes nacionales multisectoriales de alimentación y nutrición que contribuyan eficazmente a mejorar las condiciones nutricionales. Un país

elaboró un plan nacional que identificó proyectos y comenzó a ponerlos en práctica según el orden de prioridades, mientras que otros dos completaron la definición de sus planes a fines del decenio.

Salud ambiental

La rápida ampliación de los sistemas urbanos y rurales de abastecimiento de agua y de alcantarillado que, según se ha señalado, se inició en 1961 con la Carta de Punta del Este, consistió más en una cuestión de cantidad que de calidad. Se dedicaron los mayores esfuerzos a construir nuevos sistemas y a ampliar los ya existentes y se prestó menos atención a la calidad del agua y a la necesidad de asegurar el funcionamiento y mantenimiento adecuados de los servicios a fin de proteger la salud y las inversiones realizadas.

El resultado fue a menudo un servicio discontinuo y sistemas de distribución cuyo mantenimiento era deficiente y que causaban pérdidas de agua estimadas en 40 a 60% e infiltración de sustancias contaminantes en los sistemas de abastecimiento de agua cuando existían presiones negativas. Con demasiada frecuencia los proyectos eran también deficientes: algunos sistemas de abastecimiento de agua eran excesivamente complicados y por lo tanto no se adaptaban en los aspectos sociales y culturales a las condiciones locales ni eran económicamente viables.

Estas y otras dificultades llevaron a la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1974 a aprobar una resolución que instaba a los Gobiernos Miembros a prestar mayor atención al mejoramiento, desde el punto de vista bacteriológico, de la calidad del agua potable (8).

Aun antes de esa fecha—en realidad, 10 años antes—la OPS había comenzado a asesorar a las instituciones de abastecimiento de agua acerca de la forma de mejorar su organización y procedimientos administrativos. Esto incluyó la planificación, organización, presupuesto, facturación y cobros, contabilidad, adquisición, gestión de personal, funcionamiento y mantenimiento, relaciones públicas y otras cuestiones administrativas y técnicas.

Todos estos aspectos de las instituciones de agua y saneamiento deben funcionar bien para que puedan prestar sus servicios con eficacia y proporcionar agua inocua.

Mientras estos problemas adquirían importancia, los servicios de agua y de alcantarillado continuaron ampliándose y recibiendo aportes de organismos internacionales de préstamo, como el Banco Interamericano de Desarrollo y, más tarde, el Banco Mundial. Ambos bancos, como es natural, exigían minuciosos estudios técnicos y de factibilidad y establecieron directivas para la preparación de proyectos. Para cumplir con estas exigencias, la OPS colaboró con las autoridades pertinentes en la formulación y elaboración de propuestas de proyectos, y en la capacitación de personal para sus servicios.

En el decenio de 1970 se produjeron otros acontecimientos que estimularon la intensificación de los esfuerzos para proporcionar servicios de abastecimiento de agua y saneamiento que, al mismo tiempo, tendrían importancia de largo alcance para el futuro. En 1976, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (HABITAT), celebrada en Vancouver, Canadá, recomendó que se



*El adiestramiento es un importante componente técnico de la operación de los servicios de agua y saneamiento, porque aumenta su eficacia en el abastecimiento de agua salubre. En la foto: esta clase es parte de un proyecto llevado a cabo por la administración de proyectos de la OPS y financiado por el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) y el BID (Banco Interamericano de Desarrollo).
(Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)*

considerara la posibilidad de proporcionar servicios de abastecimiento de agua potable y saneamiento al mayor número posible de personas para 1990. En marzo de 1977, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Abastecimiento de Agua, reunida en Mar del Plata, Argentina, adoptó esa recomendación y proclamó el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990), cuya meta sería proporcionar esos servicios a todas las personas. Se haría hincapié en el suministro de los servicios a las clases de escasos recursos, los residentes en viviendas insalubres y los habitantes de zonas rurales y de lugares donde escaseaba el agua. En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, U.R.S.S., hizo suyos los objetivos del Decenio del Agua y concluyó que el agua potable y el saneamiento adecuado eran elementos esenciales de la atención primaria de salud.

Si bien los especialistas en salud ambiental asignaron primera prioridad a la ampliación de los servicios sanitarios y de abastecimiento de agua en América Latina y el Caribe durante el decenio de 1970, no fue mucho menor la atención prestada a la recolección y eliminación de desechos sólidos en las ciudades. La razón era sencilla: las ciudades estaban creciendo a un ritmo tan acelerado que cada vez se producían más desechos insalubres. Los servicios de recolección y eliminación de desechos por lo general estaban a cargo de las autoridades municipales, situación que no difería mucho de la de los servicios de agua y alcantarillado 30 ó 40 años antes.

Para fines del decenio, la generación de desechos sólidos per cápita en la mayoría de las ciudades del Hemisferio, se calculó en 0,6 kg por día, en contraste con los 0,5 kg per cápita y por día correspondientes a las zonas rurales. En algunas ciudades, los problemas de recolección y eliminación aumentaron a tal punto que se convirtieron en riesgos para la salud pública que perjudicaban el desarrollo económico.

La extensión de los servicios de gestión de desechos sólidos no se amplió durante el decenio y, en algunos casos, aun disminuyó debido a la rápida urbanización. Con algunas excepciones notables como Rio de Janeiro, cuya institución de limpieza urbana, COMLURB, constituye un ejemplo de administración eficiente para el resto del Hemisferio y hasta del mundo, pocas ciudades de más de 20.000 habitantes elaboraron proyectos para la gestión de desechos sólidos que incluyeran elementos adecuados de planificación, administración, estudio de mercado, funcionamiento y financiación, y en la mayoría de esas ciudades se descuidó el mantenimiento del equipo mecánico. A pesar de que la tecnología de recolección era comparable a la de los países industrializados, los métodos de eliminación definitiva permanecieron técnicamente rezagados a causa de la gran inversión que se requeriría para modernizarlos.

A medida que avanzaba el decenio, los gobiernos del Continente comenzaron a mostrar un considerable interés en mejorar los servicios de gestión de desechos sólidos, y la responsabilidad de fomentar los cambios recayó en las unidades de saneamiento ambiental de los ministerios de salud. La OPS colaboró proporcionando cada vez más asesoramiento técnico y organizando cursos sobre diversos aspectos de saneamiento urbano, pero era evidente que tanto la Organización como los ministerios de salud tenían un largo camino por delante.

A excepción de algunos problemas localizados, la contaminación del aire, el

agua, el suelo y la provocada por el ruido, pasaron relativamente inadvertidas en América Latina y el Caribe a comienzos del decenio de 1960. Sin embargo, debido al rápido desarrollo industrial, la urbanización y la agricultura, estos tipos de contaminación aumentaron y las autoridades de salud empezaron a preocuparse por sus crecientes efectos sobre la salud pública.

Los problemas de la contaminación eran numerosos. En vista de que la construcción de plantas para el tratamiento de aguas servidas progresaba lentamente, enormes cantidades de desechos humanos y animales sin tratar se descargaban en los cursos de agua. El crecimiento continuo de la industrialización—como son las fábricas de harina de pescado, de productos químicos y de celulosa y los complejos siderúrgicos y petroquímicos—produjo una contaminación aún mayor del aire y el agua, y por supuesto, con el aumento de la riqueza hubo más vehículos y más contaminación atmosférica. A fines del decenio, la mayoría de las 17 ciudades de América Latina con más de un millón de habitantes tenía problemas más o menos graves de calidad del aire.

A fines del decenio de 1960 y comienzos del siguiente, la mayoría de los gobiernos del Continente comenzaron a preocuparse por la contaminación, preocupación que aumentó a medida que avanzaba este último decenio. Por lo tanto, los Ministros de Salud recomendaron en su Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980) que se establecieran políticas y se pusieran en marcha programas para combatir la contaminación del agua y del suelo, así como la del aire, en ciudades cuya población superaba el medio millón de habitantes.

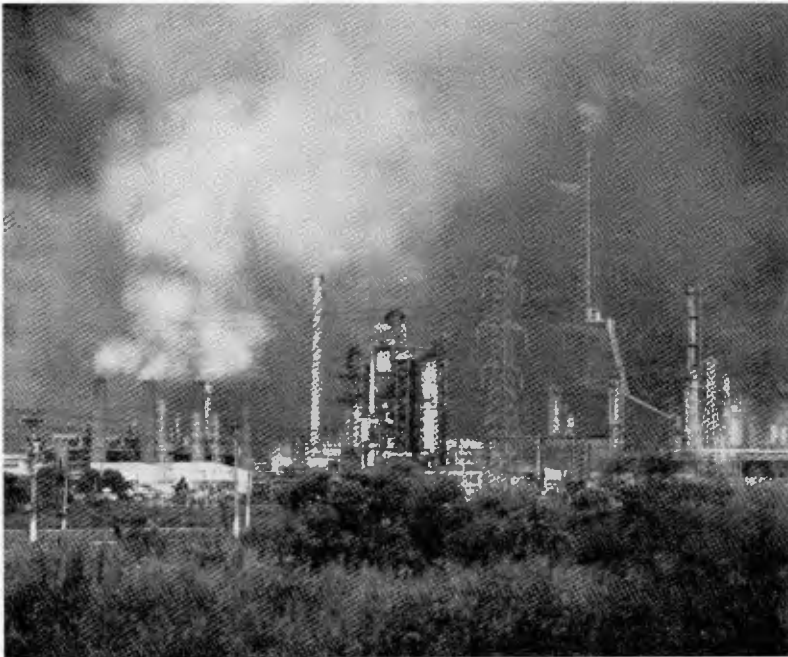
En varios países se tomaron medidas para combatir la contaminación, especialmente en los más industrializados como Brasil, México y Venezuela. Para fines del decenio de 1970, la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe tenían reglamentos para proteger sus recursos naturales y existían también algunas leyes y disposiciones destinadas a prevenir y reducir las enfermedades causadas por la contaminación ambiental y combatir la contaminación misma. Las autoridades de salud generalmente se encargaron de la legislación de fomento de la salud ambiental mientras que el control de la contaminación correspondió a otros organismos diversos. Desgraciadamente, muchas de estas leyes y disposiciones estaban redactadas en forma poco precisa, se basaban en técnicas y equipo de control científico inexistente en el lugar y no se hacían cumplir de manera estricta.

Además de la contaminación convencional, muchos países de América Latina y el Caribe comenzaron a tener problemas provocados por los miles de productos químicos de uso cotidiano, incluidos los plaguicidas y los nuevos productos que ingresan en el mercado todos los años. La mayoría de estas sustancias se producen ahora en los propios países; otras son importadas.

En 1970, la fuerza laboral de América Latina y el Caribe llegó a 94 millones de trabajadores, de los cuales el 46% se dedicaba a la agricultura, el 20% trabajaba en la industria y el 34% en oficios y servicios. Durante el decenio, el número de trabajadores aumentó en más de seis millones. Se hicieron cálculos de que podían haber anualmente hasta 10 millones de accidentes relacionados con el trabajo y 50.000 defunciones por esas causas. También era elevada y crecía la incidencia de las enfermedades ocupacionales. Como ejemplos del problema se mencionará el envenenamiento con plaguicidas de trabajadores rurales y el gran número de lesiones acaecidas en la industria porque los operarios de máquinas y herramientas no estaban adiestrados adecuadamente para emplearlas.



*La higiene ambiental, que incluye la eliminación de desechos sólidos, es esencial para el mejoramiento de la salud.
(Foto: Dana Downie/OPS)*



*La industrialización y urbanización crecientes provocan la contaminación y otros problemas de salud.
(Foto: Dana Downie/OPS)*

Diversos estudios indicaron que las invalideces causadas por accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales podían costar hasta el 10% del ingreso nacional bruto anual de los países en desarrollo. Esta cifra incluía los costos directos e indirectos, horas de trabajo perdidas, compensaciones, licencias adicionales y jubilación temprana.

En su III Reunión Especial celebrada en Santiago de Chile en 1972, los Ministros de Salud incluyeron en el Plan Decenal de Salud para las Américas el objetivo de proteger al 70% de los trabajadores en los países que ya contaban con programas de salud ocupacional en funcionamiento, y al 50% en aquellos que aún no tenían programas adecuadamente elaborados.

Aunque este objetivo no se cumplió, se alcanzó un progreso considerable en muchos países, sobre todo a fines del decenio. Los países andinos y del Caribe prepararon programas de salud ocupacional para sus subregiones y los institutos de seguridad social en muchos países aumentaron sus actividades ya fuera para proteger mejor a los trabajadores o para aumentar su cobertura.

Otro problema ambiental que se volvió apremiante en el decenio de 1970 fue el rezago de los servicios de higiene de los alimentos en América Latina y el Caribe, con respecto al progreso de la tecnología de los alimentos. Los organismos de inspección alimentaria existentes eran en su mayoría ineficaces porque hacían muy poco, los muestreos se efectuaban esporádicamente, los datos de sus laboratorios eran cuestionables y no tenían presupuestos suficientes. Otro problema más era la carencia de disposiciones adecuadas y actualizadas para la inspección de los alimentos.

Hacia fines del decenio, muchos ministerios de salud comenzaron a interesarse en la inspección de la calidad de los alimentos, especialmente porque sus países tenían que importar cantidades cada vez mayores de alimentos. El costo de estas importaciones, sumado a las pérdidas continuas de alimentos producidos en el país a causa del deterioro, agregaron una pesada carga a las balanzas nacionales de pagos.

Capítulo 4

EL DECENIO DE 1970: II

Servicios de salud

A comienzos del decenio de 1970, la característica sobresaliente de la situación de la cobertura en América Latina y el Caribe era la falta total de atención de salud de cualquier tipo para dos quintas partes de la población. Era evidente que quienes vivían en poblaciones de menos de 20.000 habitantes tenían acceso únicamente a servicios mínimos.

Para poner remedio a esta situación, los Ministros de Salud, en su Plan Decenal de Salud para las Américas, fijaron el objetivo de lograr entre 1971 y 1980 "la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la Región". Esta cobertura de salud se obtendría extendiendo los llamados servicios mínimos integrales o básicos, organizados según las dimensiones de los grupos de población y su concentración o dispersión. Se consideró que se requerían varias actividades para ampliar la prestación de servicios, entre ellas, aumentar la capacidad física de los sistemas de salud y mejorar su productividad, definir las instituciones del sector salud, desarrollar tecnologías de salud adaptadas a las condiciones locales y regionalizar las funciones de los servicios.

Al principio del decenio de 1970, los servicios de salud daban la prioridad más alta a las necesidades de atención de las clases rurales de escasos recursos y de las madres y niños pero, a medida que avanzaba el decenio, se fueron identificando nuevos grupos que requerían atención. Esto fue resultado, por una parte, de cambios en el tamaño de la población, su crecimiento, estructura y distribución geográfica y, por otra, del progreso tecnológico y de organización de los servicios.

En los distintos países y a medida que se ampliaba la cobertura de los servicios, las clases urbanas de menores recursos adquirirían mayor importancia, especialmente en las grandes ciudades, donde se hacían en tugurios y constituían una fuente de especial preocupación para los gobiernos. En consecuencia, los más pobres entre los pobres se convirtieron en la máxima prioridad de los servicios de salud a fines del decenio.

Del mismo modo, como consecuencia de la creciente industrialización, aumentó el interés en atender la salud de los obreros fabriles. En la mayoría de los países surgió un nuevo interés por los riesgos y enfermedades ocupacionales.

En algunos países se observó una tendencia a dedicar particular atención a la familia por ser esta el medio en el que se podían identificar problemas comunes y



*Las poblaciones marginadas, alrededor de las grandes ciudades, constituyen otro problema de urbanización.
(Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)*

el más adecuado para tomar medidas utilizando los propios recursos de la comunidad. Como ejemplos de actividades de salud que podían atenderse en el medio familiar mencionaremos la inmunización, las enfermedades diarreicas, la malnutrición, los trastornos mentales y la planificación de la familia.

En ciertos países se comenzó a dar prioridad al grupo de edad avanzada ya que ante una expectativa mayor de vida el número de sus integrantes iba en aumento. Se reconocía que este era un grupo con necesidades especiales, que los servicios nacionales de salud no habían prácticamente previsto.

La mayoría de los países del Hemisferio propusieron políticas para ampliar la cobertura de los servicios. Existían diferencias en cuanto a los procedimientos para alcanzar ese objetivo y se definieron tres categorías fundamentales de políticas: las orientadas hacia un sistema único de salud para todo el país; las que hacían responsables a los ministerios de salud de la formulación de políticas, definición de normas y actividades de vigilancia de salud, mientras que las instituciones de seguro social se ocuparían de suministrar los servicios personales de salud; por último, las políticas que fomentaban la prestación de servicios por la iniciativa privada y la responsabilidad de la familia en cuanto a elección y financiación de esos servicios, en un sistema mixto que incluía al sector público, al del seguro social y al privado.

Se consideraba que para extender la cobertura de los servicios de salud era necesario aumentar previamente la capacidad de las instalaciones mediante programas de inversión y mejoras en la capacidad operativa.

En muchos países los programas de inversiones para aumentar la capacidad instalada constituyeron la estrategia fundamental de los esfuerzos para ampliar la cobertura. Este enfoque evolucionó progresivamente hasta el punto en que la in-



La población de edad avanzada—un grupo que goza de prioridad en algunos países—está aumentando en América Latina y el Caribe y representa una nueva exigencia para los servicios de salud. (Foto: Dana Downie/OPS)

versión en capacidad adicional se consideró complementaria a los cambios que se requerían para incrementar la productividad de los sistemas. En muchos casos, esas inversiones se hacían mediante préstamos externos muy “blandos”, cuya amortización, junto con el costo de poner en funcionamiento los nuevos servicios y aumentar su producción total, impondrían una carga en años futuros que obligaba a un análisis cuidadoso por parte de quienes se ocupaban de su organización y administración.

Los países se interesaron cada vez más en que en las redes de servicios de los proyectos de inversión que administraban estuvieran claramente definidas las distintas clases, ubicaciones y dimensiones de las instalaciones de salud. Hubo también una marcada tendencia a considerar las inversiones adicionales como complementarias de los posibles incrementos en la productividad de las instalaciones existentes.

Un número considerable de países tomó medidas específicas para ampliar la capacidad de las instalaciones de salud existentes mediante proyectos financiados por organismos de préstamo, nacionales e internacionales; en especial, por el Banco Interamericano de Desarrollo. Para aplicar racionalmente esas inversiones y, de ese modo, multiplicar diversos tipos de unidades de operación, los países tuvieron necesidad de realizar actividades muy importantes para mejorar la planificación funcional, el diseño arquitectónico y la construcción y dotación de equipo de las instalaciones de salud.

Quizás la actividad más importante de la OPS en este campo se cumplió a fines del decenio, cuando colaboró en la preparación de un proyecto subregional andino para obtener la financiación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por un total de EUA\$ 3 millones durante cuatro años. Los propósitos principales del proyecto eran establecer normas uniformes de planificación técnica, diseño, construcción, dotación de equipo y mantenimiento de las instalaciones de salud, acordes con los contextos socioeconómicos de los países, y también preparar personal en estas disciplinas.

A mediados del decenio se observó que estaba disminuyendo el número de camas en los hospitales, a pesar de que uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud era aumentar el número de camas en los hospitales generales de América Latina y el Caribe hasta contar con 106.000 camas más. En cambio, se había producido un aumento significativo en la cantidad de unidades básicas de salud tales como puestos y centros de salud. Cada país tendrá que decidir, al planear nuevas estrategias, si este último aumento ha compensado la disminución de camas antes mencionada y si, de ese modo, ha resultado beneficiada la población.

Con frecuencia se carecía de información acerca de las instalaciones de salud, incluidos desde los hospitales a los puestos de salud. Según los últimos datos disponibles, a mediados del decenio los hospitales de América Latina y el Caribe anualmente atendían 223,7 millones de consultas médicas y daban de alta a 6,3 millones de pacientes. No se pudo establecer la capacidad de las instituciones de atención ambulatoria tales como centros y puestos de salud, clínicas y dispensarios.

La proporción entre camas de hospitales y habitantes varió en los países americanos entre 0,8 y 8,7, con un promedio de 3,0 camas por cada mil habitantes. Los 13.100 hospitales de América Latina y el Caribe tenían 920.000 camas, de las cuales el 63,5% correspondían a Argentina, Brasil y México. Los propietarios de esta considerable inversión eran los ministerios de salud (32,8%), otras autoridades públicas (23,2%), instituciones de seguro social (6,9%) y el sector privado (37,1%). En consecuencia, el sector público administraba el 62,9% de las camas disponibles.

La cooperación técnica de la OPS en este vasto y complejo campo, se orientó a mejorar el funcionamiento de las instituciones, ampliar la cobertura de los servicios, racionalizar la utilización de la tecnología y aprovechar al máximo los recursos.

Cuando ya concluía el decenio, se hizo hincapié en mejorar el funcionamiento de las instituciones. Con este propósito, se elaboró un método de clasificación de los hospitales para crear grupos homogéneos y analizar, en relación con los servicios, múltiples variables de producción, procedimientos y recursos. Para aplicar este método, se procesó información sobre la producción de servicios hospitalarios en Ecuador y se reunieron datos similares en Honduras. Mediante sucesivos estudios comparativos, se perfeccionó la metodología con el fin de convertirla en un instrumento para la evaluación comparada de hospitales.

La función del hospital en la extensión de la cobertura comenzó a recibir atención, particularmente en lo concerniente a problemas de afluencia y envío de pacientes a otros niveles de atención. Al ampliarse este campo de investigación, la OPS preparó en 1979 el primer protocolo de trabajo sobre las formas en que los

hospitales y centros de salud debían prestar apoyo a los servicios de atención primaria de salud.

La continua construcción de instalaciones creó la necesidad del mantenimiento tanto de las instalaciones como del equipo. Por desgracia, se hizo relativamente poco en este sentido. El problema principal seguía siendo la insuficiencia de fondos. A pesar de que el requisito fiscal mínimo para programas de mantenimiento debía ser entre 2,5 y 5,0% de los costos de construcción e instalación, en general las asignaciones de presupuesto eran inferiores al 0,5% de dichos costos y, en consecuencia, el mantenimiento se reducía sencillamente a reparaciones de emergencia.

Con el fin de cooperar con los países en la búsqueda de soluciones para estos problemas, la OPS llevó a cabo varias actividades entre 1970 y 1980. Entre ellas, se mencionará haber logrado la colaboración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para evaluar el mantenimiento de hospitales y otras áreas problema en los países de habla inglesa del Caribe.

En el terreno de la tecnología del mantenimiento y de la capacitación de personal, el interés fundamental se centró en compartir los recursos entre los países. La OPS apoyó los esfuerzos de las instituciones existentes para capacitar personal de otros países. Con este propósito, se utilizaron los centros de mantenimiento e ingeniería de instalaciones de salud en Bogotá y Caracas, la división de conservación del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México y la Caja Costarricense de Seguro Social en San José. Con ayuda de Venezuela, estudiantes sudamericanos recibieron adiestramiento en ingeniería biomédica en la Universidad Simón Bolívar de Caracas, mientras que las Universidades de Panamá y de Río de Janeiro y, en Estados Unidos de América, el Instituto de Tecnología de Florida, la Universidad Johns Hopkins, el Instituto de Tecnología de Georgia, la Universidad George Washington y la Universidad de Michigan, crearon programas similares para colaborar en la capacitación de ingenieros.

Como resultado del impulso que recibieron los esfuerzos cooperativos durante el decenio, se establecieron 13 programas nacionales para el mantenimiento de las instalaciones de salud. Para fines del decenio, se había capacitado en mantenimiento a personal nacional en catorce países y ocho más estaban en condiciones de ofrecer adiestramiento básico.

A pesar de estos progresos, en pocos países se habían elaborado políticas nacionales de mantenimiento de las instalaciones de salud. Esas políticas deben constituir la base de los sistemas nacionales de mantenimiento, los presupuestos oficiales y los procedimientos uniformes de operación. Se necesitan programas de capacitación de ingenieros de hospitales y programas integrales para formar técnicos en diversas disciplinas, antes de que ese personal pueda asumir la responsabilidad de las instalaciones de salud. También es preciso establecer sistemas de inspección que garanticen la seguridad del equipo médico en el momento de su adquisición y durante su utilización. Deben fijarse normas y especificaciones de inspección que aseguren el cumplimiento de las garantías otorgadas por los fabricantes y la disponibilidad del correspondiente mantenimiento, piezas de repuesto y manuales de instrucción. Asimismo, se debe mejorar la disponibilidad de piezas de repuesto. También es necesario contar con más talleres y contratos privados de reparación y más programas de adiestramiento si se desea que las actuales inver-

siones en instalaciones y equipo cumplan los objetivos de atención de salud en la Región.

El Plan Decenal de Salud otorgó considerable importancia a lograr el aumento de la productividad de los sistemas de salud mediante reformas técnicas, administrativas y legales, y recomendó también una mejor utilización de los recursos disponibles con el fin de ampliar la capacidad de suministro. Durante todo el decenio los países hicieron una serie de esfuerzos para lograr formas de organización que hicieran más accesibles sus servicios de salud. Así, se trató de redefinir el sector de salud, alcanzar una mejor coordinación entre sus diversas instituciones, mejorar sus fundamentos legales y organizar sus aspectos más importantes como inversiones económicas, suministros, personal y mantenimiento. A medida que avanzaba el decenio, los ministerios de salud gradualmente desempeñaron una función más importante en la coordinación del sector. En algunos países se instituyeron nuevas formas de organización en las cuales las instituciones de seguridad social tenían mayores responsabilidades.

Al reconocer la necesidad de una mejor coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, la OPS aumentó sus relaciones con estas últimas durante el decenio y, en 1979, el Consejo Directivo aprobó una resolución que recomendaba mayor cooperación con esas entidades (1).

En cumplimiento de la resolución, la OPS prorrogó un acuerdo de cooperación con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en relación con el Instituto de Seguridad Social de ese país, e inició gestiones con el mismo propósito con los organismos de seguridad social de Colombia y Perú. También colaboró en la extensión de servicios ofrecidos conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social de Panamá y participó en varias reuniones regionales sobre seguro social en las que se analizaron las políticas y los aspectos técnicos de su aplicación. Como era ya tradicional, la OPS también participó en el curso sobre administración de servicios médicos del seguro social que se dicta anualmente en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en México, D.F.

Sin embargo, los esfuerzos nacionales para establecer relaciones de trabajo más estrechas entre las instituciones del sector de salud dieron escaso resultado pues, a fines del decenio, existía una notoria ausencia de coordinación entre las instituciones del sector, especialmente entre los organismos de seguro social y los ministerios de salud, en los niveles de adopción de decisiones, de fiscalización y de servicios. En muchos casos esta reestructuración organizativa y funcional no llegó más allá de una coordinación formal. A pesar de que eran necesarios, no se hicieron estudios de las fuentes y dimensiones de la financiación de las instituciones del sector, ni tampoco de la estructura y costo de los servicios ni de sus beneficiarios. Se requieren estos estudios para tomar decisiones que permitan al sector ampliar su cobertura y reducir desigualdades en la prestación de atención de salud.

Dada la importancia que revisten las decisiones del personal directivo para el rendimiento institucional, la OPS colaboró en la creación de nuevos programas de capacitación de personal directivo en Brasil y Colombia, apoyó programas ya existentes y elaboró un sistema de colaboración para el intercambio de información, el perfeccionamiento de personal, la preparación de material educativo y la realización de investigaciones conjuntas. En 1978, se preparó un documento de



*Las computadoras forman parte del mundo en expansión de la tecnología de la atención de salud. Este técnico está procesando datos en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS en Montevideo, Uruguay.
(Foto: Dana Downie/OPS)*

trabajo sobre la situación de la enseñanza de la administración de salud en América Latina y el Caribe. En 1979, la OPS proyectó e inició un estudio sobre las funciones y el desempeño del personal directivo del sector de salud en Chile, en colaboración con el Ministerio de Salud de ese país y la Facultad de Economía y Administración de la Universidad de Chile. Gran parte de la labor contó con el apoyo económico de la Fundación W. K. Kellogg.

Se continuó progresando en la definición de niveles de salud y sistemas de envío de pacientes al nivel adecuado de atención, la regionalización de funciones de los servicios y la descentralización administrativa para lograr la máxima eficiencia del sistema y reducir diferencias en la cantidad y estructura de los servicios disponibles para los distintos grupos sociales.

Se reconoció el valor de la atención de salud no oficial en la comunidad. No obstante, la naturaleza y organización de ese tipo de atención y sus relaciones administrativas y técnicas con los sistemas institucionales variaban considerablemente de un país a otro.

En general, todos los países en desarrollo del Continente trataron de organizar y desarrollar sistemas de información. Se reconoció la importancia de esos sistemas para lograr coherencia en la adopción de decisiones, programación, ejecución, control y evaluación. Sin embargo, los logros no satisficieron las expectativas y se obtuvo muy poca información acerca de la financiación, gastos y costos en el sector. Como esa información es esencial para la elaboración de estrategias, la adopción de decisiones y la gestión cotidiana, la omisión era grave.

En este terreno, la OPS continuó fomentando la creación de sistemas de información de salud. En varios países se adquirió experiencia en proyectos de distinto nivel sobre la ampliación del campo de las estadísticas de salud para abarcar todos los sistemas de información pertinente, incluyendo también la tecnología de elaboración de datos y los indicadores obtenidos para la planificación, programación, administración y evaluación.

Las actividades de la OPS relacionadas con los sistemas de información estaban comprendidas en cuatro áreas principales: fortalecimiento de las infraestructuras convencionales de estadísticas de salud y registros médicos, rediseño de los sistemas de información de salud, perfeccionamiento de los sistemas de información ya existentes y capacitación.

En el primer aspecto, la OPS colaboró con Honduras, Nicaragua y la República Dominicana en la organización de los departamentos de registros médicos y estadística. Costa Rica, Honduras y Panamá solicitaron la asistencia de la OPS en la preparación de formularios de registros médicos para los servicios de atención perinatal. También se prestó apoyo a Cuba en la implantación de registros nacionales de enfermedades crónicas.

En lo concerniente al rediseño de los sistemas de información, se aplicó la estrategia de renovación total del diseño en Colombia y Honduras y la de renovación parcial y expansión modular en Costa Rica y Paraguay.

En el nivel regional, se progresó en la aplicación y evaluación de los sistemas nacionales de información de salud. Se perfeccionaron los programas en marcha en Colombia, Costa Rica, Chile, Honduras y Paraguay, especialmente en Costa Rica, donde los tres sistemas de información para la extensión de los servicios rurales, periurbanos y de nutrición, antes independientes, se integraron y compar-

tieron una base común de datos. En Guatemala, se adoptó un nuevo diseño para sustituir al anterior, que no había resultado satisfactorio. En Nicaragua se comenzó a formular un nuevo sistema de información de salud que abarcaría todo el sector. En Paraguay se completó el sistema de información para los servicios periféricos de salud y en Argentina se reorientó la estrategia nacional hacia el fortalecimiento de la administración de servicios provinciales de salud, proceso que se inició en dos provincias. Chile y Perú continuaron reforzando sus infraestructuras de estadísticas de salud y elaboración de datos; ambos países comenzaron a ensayar sus sistemas de información: en la evaluación de las actividades realizadas en Chile y, en Perú, en la evaluación de un programa de medicamentos básicos.

Se tomó mayor conciencia de que no todas las tecnologías que daban buenos resultados en los países desarrollados podían transferirse en conjunto a los países en desarrollo, esperando que funcionaran bien en medios a menudo muy diferentes. En consecuencia, se inició un movimiento que consideraba esencial el análisis de las tecnologías vigentes y el estudio y aplicación de otras posibles, para el desarrollo adecuado de los servicios de salud en América Latina y el Caribe.

Se comenzó a elaborar tecnología apropiada en dos áreas de salud, la de servicios de laboratorio y la correspondiente a sustancias biológicas.

Servicios de laboratorio. Los programas de salud pública y atención médica requieren laboratorios que puedan prestar servicios precisos. Sin ellos, no es posible lograr el abastecimiento de agua potable, la inspección de alimentos y medicamentos, la vigilancia epidemiológica y la atención médica. Los problemas relacionados con el establecimiento de programas de laboratorio que satisfagan las necesidades nacionales son universales, pero se vuelven especialmente graves en los países en desarrollo. Sin embargo, se adquirió cada vez mayor conciencia de la función complementaria de los servicios de laboratorio en los planes nacionales de salud y esto propició su desarrollo en varios países.

La OPS colaboró en la creación de sistemas nacionales de laboratorio para satisfacer la creciente demanda de servicios producida por la ampliación de los programas de salud.

Como organismo ejecutor de un proyecto financiado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la OPS brindó cooperación técnica a laboratorios de hospitales de las Antillas Menores, cooperación en la que se ponía énfasis en la creación de una red de centros de referencia, capacitación, mantenimiento y reparación de equipo biomédico, control de la calidad y programas de seguridad en el laboratorio.

Colaboró con la Secretaría de Salud Pública de la República Dominicana en la elaboración de un plan para reestructurar el sistema nacional de servicios de laboratorio, para el cual se ha solicitado el apoyo económico de organismos internacionales. También se prestó asistencia a las autoridades de Ecuador en un programa para reforzar las actividades del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical y de los laboratorios regionales y locales.

La OPS trabajó conjuntamente con México en la formulación de un plan para designar tres laboratorios centrales como centros de referencia y encargar a 14 laboratorios regionales los procedimientos de estandarización, garantía de la calidad, verificación de la eficiencia y supervisión de otros laboratorios de sus zonas respectivas. Uruguay solicitó la cooperación técnica de la OPS para crear una red



La investigación es esencial para el futuro de la atención de salud en las Américas. La OPS ha colaborado en el establecimiento de sistemas de laboratorios para satisfacer la creciente demanda de servicios generada por la ampliación de los programas de salud. (Foto: Dana Downie/OPS)

nacional integrada por su laboratorio central, 24 laboratorios departamentales y otros 20 laboratorios que, con la colaboración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, atenderá la creciente demanda de servicios de salud en ese país.

La OPS fomentó la implantación de programas de inspección de calidad para garantizar que la información proporcionada por los laboratorios de los distintos países fuera fidedigna y uniforme. La creciente demanda de servicios de laboratorio provocó también una mayor necesidad de formar personal para satisfacerla. La OPS continuó sus actividades para la creación de centros de capacitación de personal especializado en ciencias de laboratorio, microbiología, administración de laboratorios y mantenimiento y reparación de equipo biomédico.

El acrecentamiento en los últimos años de los conocimientos sobre inmunología convirtió a esta disciplina en un elemento esencial para el diagnóstico de las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles y para efectuar transfusiones de sangre y transplantes de órganos. En 1977, la OPS inició un programa de laboratorios de inmunología en el Caribe, con el apoyo económico de los Países Bajos. Personal de laboratorio de Cuba, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago, fue enviado para su capacitación al Centro Internacional de la OMS de Enseñanzas e Investigaciones sobre Inmunología, con sede en Amsterdam; más tarde, también se destacó a personal de Brasil, Costa Rica y Chile, para realizar estudios en ese centro.

Sustancias biológicas. América Latina, con una capacidad de producción de 10 millones de dosis anuales, pudo alcanzar y mantener la autosuficiencia en cuanto a vacuna antiamarílica liofilizada, producida en su mayor parte en la Fundación Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro y en el Instituto Nacional de Salud de Bogotá. Varios otros países contaban con laboratorios que podían producir otras vacunas para consumo nacional y, a veces, para exportación.

Algunos fabricantes realizaron durante el decenio considerables esfuerzos para modernizar sus instalaciones de producción de vacunas. En Chile, México y Venezuela, por ejemplo, se sustituyó el medio sólido por el cultivo sumergido en la fabricación de vacunas contra la tos ferina; en Ecuador se adquirió un liofilizador para desecar por congelación la vacuna BCG que se producía en forma líquida.

También mejoraron las instalaciones para control de vacunas, si bien es preciso progresar aún más en ese aspecto. Con el fin de fomentar las actividades nacionales de control de vacunas, la OPS ofreció tres cursos regionales para el futuro personal, dos en México en 1978 (uno sobre vacunas bacterianas y otro sobre vacunas víricas) y el tercero en Buenos Aires, en 1979, sobre vacunas víricas (incluidas la antirrábica y la antiamarílica).

A pesar de estos aspectos positivos, diversos problemas—en su mayoría de carácter presupuestario—deterioraron la eficiencia de los laboratorios de producción de vacunas en la Región; en gran parte de ellos solo se alcanzaba entre el 40 y 50% de su capacidad normal de producción. La escasez de personal científico y técnico capacitado ha menoscabado seriamente las posibilidades de desarrollo de estos laboratorios en un futuro próximo.

La calidad de los medicamentos disponibles adquirió importancia en la Región. Se difundieron las recomendaciones de la OMS en relación con la producción de medicamentos y métodos de control de calidad, mediante reuniones de trabajo

subregionales o nacionales, programadas anualmente para los funcionarios encargados de la fiscalización de medicamentos. En 1979, el Primer Grupo de Trabajo Interamericano sobre el Control de Medicamentos, patrocinado por la OPS y por la Administración de Alimentos y Drogas (EUA), destacó la importancia de la transferencia de información y la función de la OPS en la capacitación de personal para los programas nacionales. Como resultado de la mayor conciencia de los países acerca de la necesidad de fiscalizar la calidad de los medicamentos, la OPS recibió cada vez más solicitudes de los gobiernos en cuanto a consultores especializados que proporcionaran asesoramiento técnico para reforzar las instituciones nacionales de fiscalización de medicamentos y los laboratorios de control de la calidad.

Los componentes sanguíneos y los derivados del plasma son elementos difíciles de conseguir en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Si bien Argentina, Brasil y México producían algunos, casi todos los países tenían que importarlos a un costo elevado. Como algunos países dependían de donantes remunerados, que suministraban más del 60% de la sangre que se necesitaba, el riesgo de infección por hepatitis B aumentó de manera alarmante. Las instalaciones de donación y los bancos de sangre estaban ubicados en los grandes hospitales o cerca de ellos, en las ciudades principales, y los manejaban las sociedades nacionales de la Cruz Roja, ministerios de salud, organismos de seguridad social e instituciones comerciales cuyo grado de participación en la dotación de sangre variaba de un país a otro. Las normas de fiscalización, respaldadas por sistemas legislativos eficaces, solo comenzaron a ser introducidas en muchos países alrededor de 1979.

Recursos humanos

A medida que mejoraron la salud y, en general, el bienestar del hombre durante el decenio de 1970, fue posible analizar aspectos relacionados con los recursos humanos—planificación, capacitación y empleo—y sus problemas específicos.

El Plan Decenal de Salud para las Américas estableció una serie de metas cuantitativas para las distintas profesiones de la salud, pero solo hizo breves referencias a las modificaciones estructurales de programas y servicios, necesarias para alcanzar esos objetivos. Durante años esto ha distorsionado la planificación de recursos humanos al orientar la atención de los países hacia el logro de objetivos globales que tenían poca importancia si se aplicaban a las situaciones reales de la salud en sus comunidades. De ese modo, la mejora en la proporción entre médicos y habitantes alcanzada en muchos países, no se reflejó en un aumento del número de médicos que atendían a los grupos rurales de escasos recursos. Además, como no se tomaban en cuenta los criterios acerca del empleo, se produjeron casos de desempleo o subempleo de profesionales, que tuvieron graves consecuencias por el elevado costo social que representaron para los países más pobres.

Desde 1973 hasta fines del decenio, los países trataron de seguir muchas de las recomendaciones del Plan Decenal de Salud, con resultados muy diversos. Las oficinas, departamentos y divisiones de recursos humanos creados en los ministe-

rios de salud de 15 países, evolucionaron en distintas formas. La mayoría de esas entidades no tenía suficiente autoridad para cumplir sus funciones principales, a causa de su disociación del sector educacional.

Después de un período inicial de entusiasmo, las unidades encargadas de la planificación de recursos humanos parecieron perder su energía y se concentraron en la capacitación de personal técnico y auxiliar.

La mayoría de los países no definieron políticas sobre la planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos en salud. Se propusieron políticas para algunas profesiones, en especial las universitarias o aquellas—en busca de mejorar socialmente—cuyo ejercicio se norma por una legislación específica que gobierna sus derechos y obligaciones. Estas políticas se relacionaron más con la capacitación de recursos humanos que con la planificación de los mismos, y a menudo no tomaron en cuenta la planificación general de salud.

En algunas reuniones organizadas por la OPS, se hicieron recomendaciones respecto a la formulación de políticas de recursos humanos, pero se logró poco en este sentido. Parecería que, en muchos países, la ausencia de una política definida para el sector de salud en general, fue la causa de la falta de políticas en cuanto a recursos humanos.

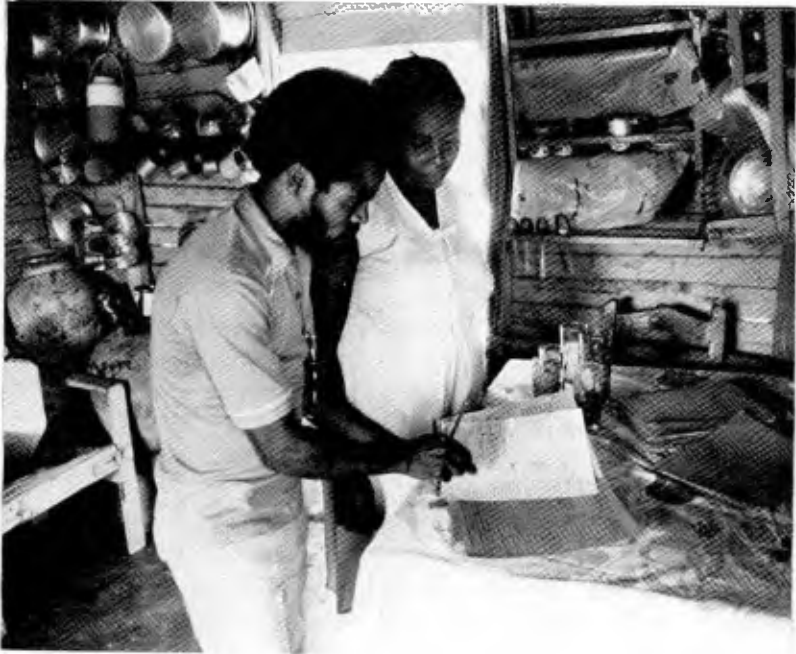
La información disponible revela que en 1970 había 580.000 trabajadores de salud en América Latina y el Caribe, cifra que, en 1977, llegó a 977.000. Si se comparan estas cifras con la población atendida, se observa que el número total de trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes aumentó de 20,6 en 1970 a 28,7 en 1977. Podemos entonces dar por sentado que no existía una escasez general de personal sino más bien una falta de trabajadores en ciertas categorías, causada por desequilibrios en la estructura ocupacional del sector de salud.

Si bien algunas variaciones obedecen a un mejor registro, a criterios de clasificación distintos y a la inclusión de ciertos grupos de personal técnico en la categoría profesional, los cambios observados durante el decenio revelan inequívocamente que existía una grave escasez de personal técnico intermedio y un aumento constante de los profesionales.

Ambos hechos sugieren que no se puso en práctica la política de otorgar prioridad al personal técnico y auxiliar y que este tipo de personal no se utilizó plenamente en los servicios de salud de acuerdo con su estructura actual.

La administración del personal es el aspecto del desarrollo de recursos humanos al que se dedicó menos atención. La necesidad de personal de salud fue en un tiempo tan grande que abundaban las oportunidades de trabajo, pero ya no sucedía lo mismo en 1980, cuando se estaban generalizando los signos de desempleo y subempleo profesional. La carencia de políticas acerca de la fuerza laboral de salud vuelve difícil planificar las carreras. La rapidez con que se producen actualmente los cambios estructurales exige una enseñanza flexible que permita al personal afrontar los cambios que sobrevendrán durante sus carreras profesionales. Esto, sumado al hecho de que educación significa capacitación integral, hace necesario aumentar el contenido científico en la formación técnica y en los aspectos de habilidades y aptitudes de la formación científica.

A comienzos del decenio pasado, como consecuencia de las exigencias planteadas por la extensión de la cobertura de los servicios, los países nuevamente se



Los voluntarios de la comunidad son un valioso instrumento para ampliar los servicios de salud mediante la atención primaria. Aquí un supervisor de la zona y un promotor de salud verifican datos acerca de la vacunación. (Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)

concentraron en organizar y adiestrar a miembros de la comunidad para fomentar actividades de salud y suministrar ciertos servicios específicos. La experiencia demostró que esos voluntarios de la comunidad eran un valioso instrumento para ampliar los servicios de salud mediante la atención primaria, si bien sus funciones, sus relaciones con el sistema institucional y su capacitación, variaban considerablemente de un país a otro. Al mismo tiempo, algunos países iniciaron programas para adiestrar y utilizar nuevos tipos de personal paramédico.

Para identificar las habilidades que es preciso incluir en el sistema educacional, los educadores deben supervisar a los trabajadores de salud durante su labor. Cualquier deficiencia del adiestramiento que se descubra, puede ser corregida mediante programas de educación continua. Si se desea lograr los objetivos de extensión de la cobertura, descentralización, atención primaria de salud, utilización de auxiliares de salud y participación de la comunidad, la educación continua de los trabajadores de salud ha de desempeñar un papel importante. A medida que se acercaba el fin del decenio, las actividades de educación continua aumentaron en todos los países en desarrollo del Hemisferio.

Una consideración importante es si la educación continua debe ser obligatoria. Esto tiene repercusiones tanto legales como laborales, además de un efecto psicológico. La información disponible sobre 123 programas reveló que la mayoría (98) eran optativos. Se encontró que era inadecuada la cobertura de esos programas en las zonas rurales y en las urbanas marginadas.

La OPS colaboró con los países en la integración de sus escuelas de atención de salud mediante programas que incluyeron la construcción o modernización de instalaciones, adquisición de equipo, reformas administrativas o académicas y formación de personal profesional, técnico y auxiliar. Estas actividades casi siempre se realizaron como parte de proyectos en los que la OPS ofició de organismo ejecutor, financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo o fundaciones particulares.

Durante el decenio, la mayoría de las actividades de la OPS en la planificación de recursos humanos consistieron en la asistencia a programas nacionales específicos. En 1979, por ejemplo, colaboró con el Ministerio de Salud de las Bahamas en un censo del personal de salud y en la formulación de un plan de desarrollo de recursos humanos.

La OPS cooperó con los países en campos específicos, de los cuales mencionaremos algunos: En medicina, la OPS concentró sus actividades en tres áreas principales: mejoramiento de la enseñanza, actualización de los planes de estudio y fortalecimiento de los programas orientados hacia la comunidad. Se cumplieron varias actividades de educación médica, algunas en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, o con asociaciones nacionales de escuelas de medicina.

Las actividades para mejorar la enseñanza impartida en las escuelas de medicina de la Región consistieron en preparar instructores en cursos especiales, otorgar becas para visitar programas más avanzados en otros países y divulgar bibliografía y materiales didácticos relacionados con la enseñanza de las ciencias de la salud.

En 1970 había 139 escuelas de medicina en América Latina y el Caribe; en 1980, el número de esas escuelas era superior a 210 y se esperaba que a mediados del decenio se graduarían de ellas 196.000 médicos.

Los programas de enseñanza—principalmente los de los departamentos de medicina social y preventiva—continuaron orientándose hacia las actividades en los servicios de salud y en la comunidad. En algunos casos, se trató de reorientar el plan de estudio global hacia la comunidad.

La OPS estimuló los programas de posgrado en las escuelas de salud pública en América Latina. Cuando fue posible, estas actividades se cumplieron en estrecha colaboración con la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, que se ocupa de la enseñanza de posgrado en este campo en América Latina y el Caribe.

En los últimos años del decenio, la OPS contribuyó al mejoramiento de las relaciones recíprocas entre 45 cursos sobre administración de la atención de salud en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Jamaica, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela, y los servicios e instituciones de salud que integran los sistemas de salud de esos países. Cooperó en la reformulación de los planes de enseñanza de los cursos dando mayor énfasis a los objetivos relacionados con el comportamiento y a un equilibrio adecuado entre la teoría y la práctica; el fomento de la capacitación de instructores, tanto para actualizar sus conocimientos teóricos y prácticos sobre determinadas materias como para mejorar sus aptitudes pedagógicas; la coordinación de la educación continua para un grupo esencial de administradores de nivel superior y medio; el fomento del interés y la capacidad

para realizar investigaciones sobre problemas de producción y calidad de los servicios de salud; y el desarrollo de sistemas de información y comunicación entre los programas educativos de 22 países. También se crearon nuevos programas de estudios superiores en México y Centro América que, unidos a los ya existentes en Rio de Janeiro y São Paulo, Brasil, y en Cali, Colombia, formarán una red latinoamericana que atenderá la demanda de capacitación de instructores y de investigaciones sobre administración de servicios de salud.

Se inició la etapa complementaria del programa destinado a coordinar y prestar apoyo a la educación en administración de salud en América Latina y el Caribe, para lo cual se contó con el generoso apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg. Esta fase comprendió la cooperación en la evaluación del programa general, el desarrollo de sistemas eficaces de información y comunicación, el perfeccionamiento del proceso educacional, el establecimiento de programas de educación continua para personal ejecutivo de diversas categorías y la elaboración de modelos de prestación de servicios de salud, con el fin de integrar la enseñanza y los servicios y efectuar investigaciones aplicadas sobre problemas de atención de la salud.

En el ámbito de la educación en enfermería, la OPS asignó mayor importancia a los conceptos de atención primaria en la enseñanza y en los servicios. Se reconoció que los programas de estudio de las escuelas de enfermería debían concordar con las necesidades y demandas de la comunidad y se hizo todo tipo de esfuerzos para ayudar a las escuelas en el diseño de programas que reflejaran esas necesidades. Entre las recomendaciones formuladas figuraban la inclusión en los programas de cursos de epidemiología, sociología, teoría del cambio e investigaciones operativas, una mayor utilización de la comunidad como fuente de enseñanza y aprendizaje y la participación de miembros de la comunidad en atender a sus propios miembros.

Con la cooperación de la OPS, continuaron los programas de adiestramiento de auxiliares de enfermería y voluntarios de la comunidad en atención materno-infantil, efectuados en Colombia, Ecuador, Haití, Honduras, México y Perú, en los que se emplean métodos de aprendizaje que permiten a este personal desarrollar sus aptitudes y ampliar sus funciones en la atención primaria.

Como parte de su constante esfuerzo por contribuir a mejorar la capacidad de las escuelas de odontología de América Latina y el Caribe en cuanto a la preparación de personal competente destinado a los servicios dentales, la OPS proporcionó cooperación técnica a instituciones de enseñanza odontológica en Brasil, Colombia, Ecuador, México y República Dominicana. En la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Brasil, y en Panamá, se realizaron cursos sobre el empleo y preparación de material audiovisual.

La OPS asistió a Bolivia, Panamá y Perú en el desarrollo de programas en que participaran instituciones de enseñanza de la odontología y las autoridades locales, para extender los servicios dentales a otros sectores de la población. En Colombia, Paraguay y Uruguay, se establecieron también nuevos programas que incluían actividades conjuntas de escuelas de odontología y autoridades locales de salud. En Perú y en Barbados se impartieron cursos sobre mantenimiento de equipo dental.

Cumplió su tercer año el programa conjunto de la OPS y la Fundación W. K.

Kellogg sobre innovaciones en la enseñanza de la odontología y la prestación de servicios odontológicos. Participaron en él 17 escuelas de odontología de América Latina y, durante los tres años del proyecto, aproximadamente 15 instituciones de Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Uruguay, recibieron subvenciones por un total de más de EUA\$2 millones. En 1979, se unieron al programa instituciones docentes de Colombia, Paraguay y Uruguay.

A comienzos del decenio la OPS dio gran importancia a cursos nacionales breves ofrecidos en forma conjunta con universidades y escuelas de ingeniería sanitaria locales, pero hacia fines del decenio el interés se concentró en las actividades regionales y subregionales, la mayoría de ellas orientadas hacia los objetivos del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Esta modificación tenía tres propósitos: determinar objetivamente los efectos de la formación de personal, reestructurar en forma racional el sistema de personal y concentrarse en el desarrollo de recursos humanos, en lugar de limitarse sencillamente a adiestrar personal.

El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, con sede en Lima, continuó desempeñando una de las funciones para las que fue establecido originalmente: formación de personal. En 1979, tuvo especial importancia un simposio sobre funcionamiento y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, como parte del proyecto que asignaba EUA\$ 1,3 millones para el abastecimiento de agua y saneamiento en el Perú, financiado por este país y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Durante el decenio de 1970 hubo un notable progreso en la enseñanza de la medicina veterinaria en América Latina. Se duplicó el número de escuelas de veterinaria, que llegaron a 91 al final del decenio, y aumentó proporcionalmente el número y calidad de los veterinarios. Hacia fines del decenio, el principal interés de la OPS fue estimular la definición de criterios para uniformar los planes de estudio de las escuelas de veterinaria de los países.

La OPS no limitó sus actividades de educación veterinaria al nivel profesional. Con apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, organizó un programa regional para capacitar auxiliares de salud animal y salud pública veterinaria en Georgetown, Guyana, y para fines del decenio se habían graduado ya 131 auxiliares en el curso de dos años de duración. Al terminar la primera etapa, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS acordaron realizar una segunda etapa, desde enero de 1981 a diciembre de 1984, después de la cual se prevé que los países del Caribe asumirán la plena responsabilidad del programa en 1985.

El Centro Panamericano de Zoonosis, en Argentina, prosiguió también su programa de capacitación profesional y técnica que incluía adiestramiento individual y cursos dentro y fuera de la institución, estos últimos en los países y con la cooperación de las autoridades e instituciones nacionales. La OPS y otros organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Banco Interamericano de Desarrollo, y los gobiernos y universidades nacionales otorgaron becas para asistir a los cursos ofrecidos en el Centro.

A fin de extender la cobertura de los servicios de salud y la atención primaria, la

OPS intensificó su colaboración con programas de formación de técnicos y auxiliares de salud.

Cuando se introdujo el personal técnico de salud de nivel medio, hace ya más de 20 años, su función era ayudar a los médicos en los hospitales; luego, sus actividades se extendieron a la prevención de enfermedades, atención de la salud y actividades estadísticas y de administración en servicios de salud. La reorganización de los servicios de salud para extender su cobertura creó la necesidad de un nuevo tipo de técnico de salud de nivel medio, preparado para poner en práctica las innovaciones en las prestaciones de salud, cumplir actividades institucionales y actuar en las zonas urbanas marginadas y en las rurales.

Como en la mayoría de los países se carece de políticas y sistemas nacionales para la formación de personal de este tipo, no podía llevarse un registro de programas de capacitación de técnicos y auxiliares ni uniformar esa capacitación. Si bien se integraron al sistema de salud diversas clases de personal auxiliar, no existía una programación básica y, con frecuencia, los programas docentes no se ajustaban a las verdaderas necesidades de la comunidad y del proceso educativo.

La OPS colaboró en la formación de instructores y en la preparación de material educativo para los diversos programas de formación de personal auxiliar. Sin embargo, se reconoció la necesidad de concentrar los esfuerzos en una mejor programación de la enseñanza y de los servicios, a fin de formar el número y los tipos de personal requeridos al ritmo que exigiera la extensión de los servicios.

Dos programas amplios en este campo fueron el de los países de habla inglesa del Caribe y el de Centro América y Panamá.

En colaboración con los países de habla inglesa del Caribe y con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la OPS trató de ampliar los recursos existentes y establecer un sistema continental de formación de personal auxiliar de salud. El proyecto, basado en una red de instituciones docentes del Caribe, tiene el propósito de preparar al personal necesario según lo establecido por estudios previos sobre recursos humanos. La primera fase del proyecto quedó terminada en 1976 y la segunda se ha extendido hasta mediados de 1983.

Gracias a la colaboración de UNICEF, los centros pudieron mejorar su equipo y organizar seminarios y reuniones en los que se analizaron diversos modelos posibles para desarrollar los recursos humanos y los servicios de salud. Un aporte de Canadá permitió adjudicar becas para el adiestramiento de candidatos de los países menos desarrollados del Caribe.

A fines de marzo de 1978, con la designación de un coordinador nombrado por la OPS, comenzó a funcionar un Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centro América y Panamá (PASCAP), cuya base de operaciones está en San José, Costa Rica. El programa es el resultado de una propuesta formulada por Costa Rica en la reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1976, en cuanto a la creación en San José de un centro de adiestramiento de trabajadores de salud de la comunidad, y de una red subregional de unidades de adiestramiento especializado que los países de Centro América y Panamá podrían compartir de acuerdo con el principio de cooperación técnica entre países en desarrollo.

En una serie de países, especialmente en Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela, se estaban realizando programas de formación de técnicos medios. La OPS prosiguió apoyando estos programas en Cuba, México, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela.

Las actividades fundamentales del programa de tecnología educacional de la OPS consistieron en apoyar la labor de las diversas divisiones técnicas de la propia Organización. Entre otras actividades, se planeó y desarrolló un curso de epidemiología básica que ponía énfasis en la vigilancia, destinado al personal local de salud. En respuesta a una recomendación efectuada en 1978, se preparó un libro de texto sobre nutrición y salud pública, con la participación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS) y de funcionarios nacionales.

El Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES), de Rio de Janeiro, logró notables progresos en la capacitación de instructores, investigación, elaboración de datos y medios audiovisuales. Una de las actividades más importantes del CLATES consistió en capacitar instructores, en el mismo Centro o fuera de Rio de Janeiro, en métodos de enseñanza.

El programa de tecnología educacional en enfermería, con sede en el CLATES, que comenzó con una subvención de la Fundación W. K. Kellogg, tuvo por objeto iniciar o reforzar el empleo de tecnología educacional en las escuelas de enfermería de América Latina. Sus actividades se llevan a cabo mediante una red de 10 sub-centros en distintos países. El objetivo fundamental de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de la OPS, en São Paulo, consiste en suministrar información y documentación con rapidez para apoyar los programas de salud del Brasil y de los otros países de la Región.

Algunas de las actividades cotidianas más importantes desempeñadas durante el decenio fueron el servicio directo a los usuarios, préstamos interbibliotecas, recopilación de bibliografías, instrucción, fortalecimiento de la red de bibliotecas biomédicas de Brasil y apoyo a este tipo de bibliotecas en otros países latinoamericanos, programas de divulgación de información seleccionada y formas de automatizar los métodos habituales de trabajo.

De acuerdo con los planes elaborados en 1978, BIREME publicó el primer número del *Index Medicus Latinoamericano* en 1979. Como índice semestral de las revistas biomédicas latinoamericanas, hará conocer más ampliamente ese tipo de publicaciones.

A fines del decenio, el Comité Científico Asesor de BIREME aprobó la creación de un grupo de trabajo para que hiciera un estudio detallado de las necesidades de información de salud en la Región y de las posibilidades de satisfacerlas durante el próximo decenio.

La necesidad de conocer detalladamente la provisión y demanda de información sobre salud, la carencia de estudios sistemáticos en este campo, la urgencia de suministrar información para las reuniones del grupo de trabajo ya mencionado y el deseo de utilizar racionalmente los fondos de BIREME en vista del creciente costo de las publicaciones, llevaron a la Biblioteca a efectuar investigaciones bibliográficas.

Se inició así un estudio de la demanda de servicios de BIREME como biblioteca local y como centro de la red brasileña y latinoamericana de préstamos interbibliotecas. Dada la enorme cantidad de publicaciones actuales en el campo de las ciencias de la salud, se considera que el estudio de BIREME será el primer paso para analizar el origen de la demanda, con el fin de organizarla racionalmente.

En 1976, con el apoyo de una subvención de la Fundación W. K. Kellogg y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, la OPS inició el Programa Latinoamericano de Desarrollo Educacional para la Salud (PLADES) mediante la

creación de Núcleos de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES). Este programa reunió a personal de instituciones docentes y de prestación de servicios. Sobre la base del principio de integración del trabajo y la enseñanza, trató de resolver la falta de coordinación que había existido entre los sistemas de salud y los de educación, la duplicación de actividades en las diversas instituciones que integraban esos sistemas y los inevitables obstáculos para formar personal de salud. Durante sus cuatro años de funcionamiento, el programa se convirtió en uno de los ejemplos más destacados de la nueva estrategia de cooperación técnica de la OPS.

En 1979, el PLADES creó 15 NIDES en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. También cooperó con la Universidad de las Indias Occidentales en Kingston, Jamaica, en materia de recursos tecnológicos para la educación. Los coordinadores de los Núcleos se han reunido en cuatro ocasiones para intercambiar experiencias y establecer mecanismos de consulta e intercambio permanentes.

Investigaciones

En América Latina las investigaciones biomédicas han progresado más rápidamente que las de otros campos. Casi todos los aspectos de la investigación biomédica están representados por un individuo por lo menos, por un pequeño grupo, laboratorio o instituto, reconocido en todo el mundo. Es verdad que a menudo estos pequeños islotes de excelencia no son representativos del grado de desarrollo científico de los países sino que, más bien, reflejan el esfuerzo de algunos hombres eminentes de renombre universal cuya labor ha atraído con frecuencia, aunque no siempre, el apoyo de recursos externos.

Una de las características de las investigaciones biomédicas en América Latina, en particular de las efectuadas en las universidades, es la tendencia a la investigación básica con menoscabo de la aplicada. Las recomendaciones de todos los grupos de trabajo que han examinado la situación latinoamericana, concuerdan en que debe dedicarse más atención a las investigaciones aplicadas en salud pública y esto debe ser responsabilidad de quienes se ocupan de la ciencia en el país. Afortunadamente, en los últimos años las instituciones científicas y organismos directivos han tendido a utilizar las investigaciones como instrumento de trabajo y, por lo tanto, se ha otorgado con mayor frecuencia apoyo a los proyectos científicos cuyos resultados se espera sean de inmediata aplicación.

En América Latina, la profesión médica siempre ha tenido prestigio y esto se ha reflejado desde hace mucho tiempo en que la investigación científica es mucho más intensa en las escuelas de medicina que en las facultades de ciencias. La creación de consejos de ciencia y tecnología, alentada en las Américas por organismos internacionales como la UNESCO y la OEA, ha reforzado las investigaciones en otros campos. Así, si bien en términos absolutos se ha producido una acumulación progresiva en las ciencias de la salud, se ha dado mayor prioridad a otras ciencias relacionadas en forma más directa con el desarrollo socioeconómico.

De acuerdo con la información disponible, parecía que estaban aumentando las investigaciones de salud a fines del decenio de 1960. Este fenómeno no se limitó



La citología—o estudio de las células—es importante en el control del cáncer cervical. Hay varios parapléjicos en el personal del laboratorio de citología del Instituto Brasileño de Lucha contra el Cáncer en São Paulo. (Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS)

al campo de la salud y, en el mismo período, se produjo un aumento similar en todos los tipos de investigaciones. El incremento cuantitativo iniciado y su continuo crecimiento desde ese momento fueron, evidentemente, resultado de la intervención estatal en la planificación de las actividades científicas, intervención que, en América Latina, comenzó en el decenio de 1950.

En el campo de la salud, las investigaciones se adaptan a las formas dominantes de la práctica de la medicina que, a su vez, son consecuencia de los cambios en la sociedad en general. De ese modo, los datos existentes revelan un predominio cuantitativo de las investigaciones clínicas vinculadas estrechamente con la atención médica hospitalaria, especialmente en el ensayo de nuevas terapias. En términos cuantitativos, ocupó el segundo lugar de importancia la investigación básica que, a comienzos del decenio de 1960, recibió un apoyo financiero considerable de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América. En último lugar se situaron las investigaciones sobre sistemas de prestación de servicios de salud.

En la segunda mitad del decenio de 1970, se produjo una serie de adelantos en las investigaciones de salud, relacionados con los cambios entonces en marcha en la sociedad latinoamericana. En primer término, surgió un creciente interés por la formulación de políticas específicas para el campo de la salud y la creación de unidades de planificación de las investigaciones en los ministerios de salud. Este interés se originó en parte en el fracaso relativo en el campo de la salud de las políticas generales de investigación y en la centralización de la coordinación y la financiación.

Las crisis fiscales que acompañaron a la crisis económica del decenio de 1970, obligaron a los gobiernos latinoamericanos a imponer restricciones presupuestarias generales de las cuales no escapó el sector de salud. La reducción relativa y absoluta de los gastos gubernamentales en salud, sumada a la necesidad ya mencionada de extender los servicios a la población rural, estimularon la búsqueda de servicios más económicos y más eficientes. Esto constituyó un incentivo para las investigaciones sobre servicios de salud y, en especial, para las investigaciones operativas que ensayaban formas de atención de bajo costo y cobertura más amplia.

Otro factor importante fue un cierto renacimiento de las investigaciones sobre enfermedades tropicales, en las cuales se había realizado una labor importante en América Latina en los primeros treinta años del siglo. El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, auspiciado por la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Banco Mundial estimularon en gran medida la investigación, especialmente para el estudio de la enfermedad de Chagas en Argentina, Bolivia, Brasil y Perú.

En los países latinoamericanos varios factores restringen las investigaciones sobre salud y limitan su utilización en la planificación de servicios de salud. Los problemas comunes consisten en la falta de políticas nacionales de investigación claramente definidas y en la fragmentación y falta de articulación entre las instituciones que llevan a cabo ese tipo de investigación, como consecuencia de la ausencia tanto de planificación intrasectorial como de coordinación intersectorial.

La experiencia del decenio de 1960 demostró que la aplicación del progreso tecnológico en la mayoría de los casos no producía los beneficios observados en los

países industrializados, donde se había desarrollado la tecnología. Resultó evidente que los sistemas de salud de los países en desarrollo de la Región tenían ciertas características que hacían inaplicable gran parte de ese progreso tecnológico. No basta contar con una vacuna eficaz si no se la puede emplear o los factores humanos y ambientales hacen que se use en forma inadecuada.

La "transferencia de tecnología" ha constituido la forma más generalizada de llevar el desarrollo tecnológico a los países en desarrollo de la Región. En la práctica, consistió en la aceptación sin reservas, y la adquisición masiva e indiscriminada de tecnologías más que de conocimientos, sin tener en cuenta su utilidad real, adaptación, eficiencia o eficacia. Los problemas que comenzaron a surgir durante la aplicación de tecnologías inadecuadas para los sistemas nacionales de salud, gradualmente originaron un proceso espontáneo de innovación, en particular en el nivel de prestación de servicios. Este proceso tenía grandes posibilidades pero no fue suficientemente reconocido o tomado en consideración.

En el decenio de 1970, la decisión de los gobiernos de realizar un esfuerzo en gran escala para extender sus servicios de salud a toda la población en un lapso breve, provocó una crisis en el sistema por dos razones fundamentales. En primer término, era preciso producir un efecto significativo en el perfil de salud de la población y había que mejorar al máximo la eficiencia, organización y administración de los recursos. Para lograrlo, era necesario buscar nuevos métodos y obtener la aprobación tanto de "proveedores" como de "usuarios". Pronto se comprobó que los métodos vigentes no servían para alcanzar la meta propuesta de extender la cobertura. La tecnología utilizada, copiada de los países desarrollados y proyectada esencialmente a satisfacer las necesidades de los habitantes de esas naciones, no podía lograr la extensión de la cobertura, no solo por los enormes costos que implicaba sino también porque constituía una respuesta inadecuada a los problemas y características de la población a la cual los gobiernos querían llegar: las personas que no habían participado en el progreso social. Esta crisis tuvo un aspecto positivo pues forzó a una búsqueda urgente de procedimientos más apropiados que fueran efectivos, eficaces y viables en el medio específico en que se usarían.

La búsqueda de tecnologías apropiadas fue una de las inquietudes predominantes en el decenio. Pero esta búsqueda no fue tanto un curso de acción sistemático sino más bien expresión de un interés, pues careció de orientación específica. En muchos casos, las limitaciones representadas por una tecnología inadecuada se resolvieron restringiendo la cobertura porque raramente se disponía de los recursos requeridos por las tecnologías empleadas.

Uno de los problemas fundamentales para adoptar una decisión sobre tecnologías fue la carencia de información general, actualizada y precisa. Para contar con este tipo de información, es de vital importancia desarrollar sistemas nacionales e interpaíses a fin de reforzar la capacidad de los países de elegir y decidir.

Otro problema se refería a la evaluación de las tecnologías, elemento básico en que deben fundar la decisión tecnológica los países. A pesar de la gran variedad de tecnologías actualmente en uso en los países en desarrollo, muy pocas han sido evaluadas en relación con sus ventajas, costo, eficiencia, seguridad y aspectos éticos. El análisis de los pocos casos conocidos de evaluación de la tecnología, revela que esa evaluación debe ser selectiva y seguir pautas precisas si ha de rendir resul-

tados provechosos; debe además efectuarse en el marco de las necesidades y prioridades establecidas para el sistema específico en que se emplea la tecnología y de la capacidad económica y técnica del sistema que la usará.

Los grandes esfuerzos de los países para lograr la extensión de la cobertura, generalmente imponían una carga excesiva sobre la capacidad de sus sistemas de apoyo administrativo en las primeras etapas del proceso. Este fue uno de los factores que sirvió para destacar el desarrollo de la supervisión, considerada esencial para impartir el dinamismo requerido a los procesos de decisión y ejecución, de tal modo que, de ser necesario, pudiera adaptarse el sistema a condiciones imprevisibles y en constante cambio. La experiencia ha demostrado que los mecanismos de supervisión constituyen el mejor medio para identificar no solo los problemas que se presentan en la prestación de servicios sino también las modificaciones que se requieren en ese nivel para resolverlos.

En consecuencia, la introducción del componente de análisis tecnológico en el sistema de supervisión de manera que permita identificar más fácilmente los problemas y las modificaciones que ocurren en los servicios, constituye una de las formas más eficaces de contribuir al desarrollo de la tecnología apropiada. Este enfoque, que ahora se aplica en algunos países con resultados alentadores, aparentemente está comprobándose que es un medio ideal para lograr la aceptación y empleo de las innovaciones tecnológicas apropiadas.

El programa de la OPS de promoción y coordinación de investigaciones, asesorado por el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, integrado por distinguidos científicos de todo el Hemisferio, procuró estimular a los países a adoptar políticas de fomento de las investigaciones, pues estas actividades son imprescindibles para tener un conocimiento más preciso de los problemas de salud de los países, encontrar la mejor manera de resolverlos y evaluar los efectos de las medidas de atención de salud. La mayoría de las actividades de la OPS en este campo se orientan a fortalecer la investigación en los países y las posibilidades de realizarla, proporcionándoles los recursos que individualmente no poseen mediante la cooperación técnica con otros países en desarrollo.

La tarea de fortalecer las instituciones, que se lleva a cabo mediante el Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales con la colaboración de la OPS, ha dado como resultado que se encauzaran importantes recursos para elevar el nivel de investigaciones en centros de Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Perú y Venezuela, así como para apoyar 193 proyectos individuales en la Región.

La OPS prosiguió participando en la identificación, designación y renovación de acuerdos con los centros colaboradores de la OMS. También contribuyó a las actividades de formación de personal realizadas por estos centros mediante la organización de cursos sobre inmunología, micología y bacteriología entérica, y mediante el apoyo a los investigadores para que recibieran capacitación en dichos centros.

A fines de 1977, la OPS comenzó a analizar el efecto de las investigaciones en el campo de la salud. Se codificaron los datos reunidos hasta el momento y se efectuó un análisis preliminar. Fue posible así identificar lagunas en la información y tomar las medidas necesarias para completar los datos en los nueve países—Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y Perú—donde se comenzó el estudio.

Se emprendieron diversas actividades estrechamente relacionadas con el estudio, a fin de establecer unidades de investigación en las instituciones y ministerios de salud. En este sentido, se brindó cooperación a Cuba, Ecuador, Honduras, México y República Dominicana, y se inició la preparación de un manual sobre el tema.

Financiación del sector de salud

En general, el decenio de 1970 fue un período de continuo crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Durante la primera mitad del decenio, el producto interno bruto (PIB) de la Región en general aumentó a una impresionante tasa anual de más del 7%. Esa tasa descendió luego al 4,5% anual cuando comenzaron a sentirse los efectos de la crisis mundial del petróleo (1973-1974). En 1979, la tasa de crecimiento económico subió nuevamente a 6,5%, aproximadamente, hecho notable si se toma en cuenta que esto se logró en un momento en que las condiciones económicas mundiales eran más desfavorables que las existentes durante la primera mitad del decenio.

En la Región, durante todo el decenio se registró una tasa media de crecimiento económico anual de aproximadamente 6%, algo más baja que la meta mínima fijada por el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Sin embargo, la tasa de crecimiento demográfico fue superior a la prevista (2,7% anual, como promedio), de modo que el producto per cápita aumentó solo en un 3,2% en lugar del 3,5% previsto en la estrategia del Segundo Decenio para el Desarrollo.

En estos indicadores económicos y demográficos de las Américas en general, existían algunas disparidades muy significativas entre los países considerados individualmente. Más de la mitad de ellos no pudieron llegar al aumento del 4,5% anual del PIB y solo seis alcanzaron o superaron la meta del 6%. Las economías nacionales sufrieron drásticos cambios estructurales y de otro tipo. Al mismo tiempo, en la mayoría de los países se hicieron más agudos los problemas representados por el déficit en la balanza de pagos, la inflación, el desempleo, el subempleo y las tensiones sociales.

En gran medida, el potencial de crecimiento revelado por las Américas en este decenio, reflejó el desarrollo irregular pero constante de su capacidad productiva y el fortalecimiento de sus mecanismos económicos de defensa. No obstante, siguió siendo muy evidente la vinculación e interdependencia de las economías latinoamericanas con respecto al resto del mundo, y su sensibilidad a la expansión o retracción de las economías de los países industrializados.

Una de las características destacadas del desarrollo económico en América Latina durante el decenio de 1970, fue la persistencia de la inflación, especialmente después de 1973 y 1974. El fenómeno era en gran parte importado. En los cuatro primeros años del decenio, los precios al consumidor aumentaron en la Región en general según un promedio del 21%. En los seis años siguientes, la tasa de inflación subió a más del doble y en ningún momento fue inferior al 40%. Los efectos de la inflación fueron devastadores en muchos países. Disminuyó el salario real, y esto impuso duros sacrificios a los sectores más vulnerables de la población trabajadora.

Durante el decenio, se intensificaron las relaciones de la Región con las economías industriales de mercado, tanto en lo concerniente a exportaciones e importaciones como a inversiones y tecnología. Las compañías transnacionales representaron un papel destacado en el fortalecimiento de estas relaciones. Lo mismo ocurrió con la comunidad de la banca privada internacional, debido a la creciente importancia que adquirió como fuente de financiación externa.

En América Latina se produjeron modificaciones fundamentales en la financiación externa, tanto en su magnitud como en su composición, de acuerdo con el origen de los fondos. El déficit en el saldo de la balanza de pagos del grupo de países no exportadores de petróleo aumentó considerablemente y representó, como promedio, el 3,2% de la inversión interna bruta, en contraste con el 1,9% alcanzado en el decenio anterior. La deuda externa subió de 10 mil millones de dólares en 1965 a 100 mil millones en 1979. Como gran parte de esta deuda correspondía a préstamos a corto y medio plazo obtenidos de entidades privadas, con frecuencia destinados a pagar las importaciones necesarias, y puesto que la naturaleza de esos préstamos era distinta de la de los préstamos oficiales con plazos más largos que constituían la deuda anterior, gradualmente se ha creado una situación de extrema vulnerabilidad que tiene especial importancia para las perspectivas socioeconómicas futuras.

Las importaciones aumentaron en forma considerable durante el decenio. Dicho aumento dependió en diversos grados del crecimiento industrial y del consumo privilegiado, de la producción y las inversiones nacionales. El gasto por importaciones de derivados del petróleo se elevó considerablemente en la mayoría de los países, principalmente a causa de los costos crecientes y de la necesidad de un suministro mayor.

El volumen total de las exportaciones aumentó apreciablemente y estas se diversificaron cada vez más en la segunda mitad del decenio pero, en general, estuvieron lejos de alcanzar la meta de un aumento anual medio del 7%, prevista para el Segundo Decenio para el Desarrollo.

La mayoría de los países no llegó al aumento del 4% anual previsto para la producción agropecuaria, si bien siete países lo lograron y aun lo superaron. El crecimiento medio anual de alrededor del 3,5% en América Latina en general, refleja una transformación constante del sector agrícola en la mayoría de los países y una creciente modernización y diversificación de la producción y los cultivos. Tampoco se logró la meta de un crecimiento del 8% previsto para el sector industrial. En este sector, las fluctuaciones de la tasa de crecimiento fueron en general más marcadas que las del PIB. El crecimiento anual general de la producción de bienes fue del 7%, pero únicamente tres países alcanzaron o superaron el objetivo de un crecimiento anual del 8%.

La crisis petrolera que se inició en 1973 constituyó el suceso más destacado del decenio por sus efectos sobre la economía de la mayoría de los países. Para los países exportadores de petróleo, el aumento de los precios de este producto representó un incremento considerable de sus ingresos por exportaciones y, en grados diversos, un estímulo para sus economías en general. Para los países que no eran autosuficientes en hidrocarburos, los efectos de la crisis no se han limitado al desequilibrio de su balanza de pagos. De hecho, esta crisis ha influido sobre toda su modalidad de crecimiento y ha amenazado una de las premisas básicas de su desarrollo: la disponibilidad de una fuente de energía abundante, económica y

segura. Esta crisis resulta agravada por el hecho de que el costo de otros productos esenciales para el desarrollo de la Región—bienes de capital, fertilizantes y productos sintéticos—continúa subiendo como resultado del aumento de los precios del petróleo. Otro aspecto del problema es que el aumento en el precio del petróleo ejerce una presión ascendente sobre la tasa de inflación mundial y, por lo tanto, sobre las tasas de interés, lo que hace que sea aun más difícil para los países no productores de petróleo del mundo en desarrollo obtener los préstamos y créditos que necesitan y cubrir la deuda que estos representan.

Las enormes inversiones que se requieren para ampliar y diversificar los recursos energéticos de la Región en los próximos 20 años y los fondos necesarios para cubrir la deuda externa y el déficit de la balanza de pagos, reducirán considerablemente los fondos disponibles para los servicios sociales, en un momento en que los gobiernos de la Región han decidido eliminar las manifestaciones más evidentes de desigualdad y pobreza.

Se puede entonces decir que la crisis del petróleo de 1973 y su secuela, una época de inflación, han agravado notablemente una serie de deficiencias en la estructura y constitución social de la Región. La inflación ha creado nuevas y más profundas desigualdades en la distribución de los ingresos en la mayoría de los países latinoamericanos. Ha descendido en forma espectacular el ingreso real de gran número de la población más pobre de esos países y se ha ahondado el abismo entre sus niveles de vida y los de los grupos con mayores recursos.

Si bien la proporción del PIB destinada al sector público, en contraste con el privado, tendió a aumentar en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe durante los decenios de 1960 a 1980, continuó siendo relativamente pequeña en comparación con otros países más industrializados. Uno de los problemas que afrontaron muchos países latinoamericanos y del Caribe en sus esfuerzos para ampliar la cobertura y actividades de sus programas de salud y otros de tipo social fue la naturaleza limitada de las rentas públicas y, en consecuencia, la incapacidad de los gobiernos de financiar esos programas.

En 1977, por lo general solo el 11% del PIB de cada país se asignaba a atender todas las necesidades de consumo del sector público. Como contraste, Canadá, Estados Unidos de América, Suecia y el Reino Unido pudieron destinar el 22% de su producto interno bruto, por supuesto muy superior, al consumo del sector público. Los gastos correspondientes al consumo del sector privado en estos cuatro países representaron como promedio solo el 59% de su PIB en 1977, en comparación con un promedio del 70% en América Latina y el Caribe.

Tomando en cuenta la parte relativamente pequeña del PIB asignada a satisfacer todas las necesidades de consumo público en la Región, no es difícil comprender las graves restricciones financieras a las que están sujetos la mayoría de los programas de desarrollo social, incluidos los de salud.

En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, existen una serie de organismos públicos y paraestatales que actúan en el campo de la salud. El resultado es la fragmentación crónica de los recursos de salud en numerosas entidades administrativas. Esta fragmentación del sector de salud con frecuencia es muy perjudicial para el desarrollo y ejecución de políticas nacionales integradas de salud y da origen a graves problemas que resultan de la superposición de jurisdicciones y de los conflictos entre las instituciones.

En varios países esta proliferación de responsabilidades de salud ha contribuido

también a una considerable duplicación de esfuerzos en la prestación de atención. En algunas partes, por ejemplo, no es insólito encontrar, muy próximas unas de otras, varias instalaciones de salud que dependen de distintos organismos, mientras que no hay servicios en otras zonas. No es tampoco extraño encontrar que se construyan hospitales u otras instalaciones sin considerar debidamente la necesidad de que cuenten con presupuestos adecuados para su funcionamiento, que cubran no solo los sueldos del personal sino también los medicamentos y otros suministros médicos necesarios, así como gastos de reparación y reposición del equipo.

Desafortunadamente, para la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, aún no se dispone habitualmente de información integral y fidedigna en relación con los gastos nacionales totales de salud (públicos y privados). Además, en la mayoría de los países de la Región, gran parte de la confusa información disponible se refiere solo a los gastos de salud de algunos de los organismos del gobierno central que prestan servicios de salud.

De ese modo, la mayor parte de los datos estadísticos sobre gastos de salud utilizados en esta sección se han tomado del *Anuario Estadístico de Cuentas Nacionales, 1978* de las Naciones Unidas. Su composición y cobertura, si bien generalmente se consideran fidedignas y razonablemente completas, dependen de distintas definiciones de "gastos de salud". Por lo general, no incluyen gastos en saneamiento ambiental, educación médica y otros tipos de enseñanza académica de salud, o nutrición, pues esos gastos se incluyen en categorías diferentes.

En términos generales, la información disponible indica que los gastos totales de salud (públicos y privados) a fines del decenio de 1970 comúnmente oscilaron entre el 4 y el 6% del PIB en la mayoría de los países en desarrollo de la Región. En varios países—a menudo los que tenían más dificultades para estimular de nuevo su crecimiento económico integral durante la segunda mitad del decenio de 1970—parecía que el gasto nacional total en salud no llegó siquiera al 4% del PIB a fines del decenio. Sin embargo, en unos pocos países la proporción de recursos nacionales destinados a la salud fue muy similar a la observada en muchos de los principales países industrializados del mundo y llegó a alrededor del 8% del PIB.

En muchos países el sector salud, después de haber obtenido considerables aumentos en el decenio de 1960, comenzó a recibir durante el decenio de 1970 una parte cada vez menor del total de fondos públicos. En 1970, por ejemplo, se destinaba al sector salud el 19,7% del total de gastos del consumo público en Venezuela; en 1975, esa asignación había disminuido al 13,5% y, en 1977, al 12,6%. Las cuentas nacionales de países con economías muy diversas revelan que este fenómeno de ningún modo se limitaba a aquellos países que tenían problemas similares de desarrollo y crecimiento.

La estabilidad de las asignaciones de recursos financieros no es una de las características más destacadas de los servicios de salud que cuentan con financiación estatal en América Latina y el Caribe. En este aspecto, puede resultar equívoco hablar de tendencias porque en la gran mayoría de los países sobre los que se cuenta con información, los gastos de salud pública, en un período breve, parecen erráticos, con aumentos y disminuciones importantes de un año a otro. Estas oscilaciones financieras, que con frecuencia impiden la ejecución de planes de salud establecidos y de las actividades en marcha, a veces reflejan las cambiantes condi-

ciones económicas, así como la forma en que se invierten los recursos presupuestados en un país. No obstante, a menudo reflejan rápidas modificaciones en la prioridad política atribuida al sector salud en su conjunto y a las partes que lo integran.

Si bien el crecimiento de los gastos de salud financiados por el estado fue lento y, a menudo, se rezagó con respecto al crecimiento económico, en muchos países los gastos privados de salud (incluidos los del seguro social) tendieron a aumentar o permanecer relativamente estables en lo concerniente a la porción que representaban dentro del total de gastos del consumo privado. Es difícil definir en forma general el efecto de los gastos privados de salud sobre el estado de salud de la población de un país. Está difundida la opinión de que la mayor parte de los gastos privados de salud en los países en desarrollo corresponden a las instituciones de seguro social y a los ciudadanos más prósperos de las comunidades urbanas. La fragmentaria información existente acerca de algunos países latinoamericanos y del Caribe, también indica que la población rural de esos países dedica una parte considerable de sus ingresos a la salud, en particular a la adquisición de productos farmacéuticos.

Queda por aclarar qué cuantía de esta demanda privada de bienes y servicios de salud es creada por personal empleado en el sector público. En la mayoría de los países, con una o dos excepciones notables, los gastos privados de salud parecen haber sido menos transitorios y también menos supeditados a los súbitos reveses de las condiciones económicas generales, que los gastos públicos de salud. Esta situación, junto con su magnitud, ha hecho que recientemente los niveles de decisión del sector salud presten mucha más atención a dichos gastos.

La inflación fue otro factor importante que afectó negativamente los gastos por servicios de salud durante el decenio pasado. Así, mientras que en la mayoría de los países de la Región esos gastos parecían ir en aumento cuando se expresaban en precios corrientes, en algunos países, al expresarlos en precios constantes para contrarrestar los precios inflados de bienes y servicios de salud, los gastos en realidad disminuyeron tanto per cápita como en términos absolutos. Esta tendencia fue en particular muy marcada a fines del decenio.

Aun en países con los mismos niveles de ingreso per cápita, aquellos que dedican porcentajes más altos de su PIB a salud no proporcionan necesariamente a sus ciudadanos más o mejores servicios de salud que los países que parecen gastar menos.

Los precios relativos de los servicios de salud varían considerablemente de un país a otro y aun en distintas regiones de un mismo país. En algunas naciones, los médicos y otro personal de salud son mucho más numerosos en relación con la población total que en otras. Los médicos y otros profesionales de la salud ganan mucho más en algunos países que en otros. Algunos cuentan con mayor número de camas de hospital y otras instalaciones relativamente costosas, mientras que en otros predominan los centros de salud y otras instalaciones de bajo costo para pacientes externos.

Durante el último decenio, resultó cada vez más evidente que la carencia de información integrada y fidedigna respecto al nivel general de recursos comúnmente destinados al sector salud, obstaculizaba considerablemente los intentos de reorganizar y revitalizar los sistemas nacionales de prestación de servicios de sa-

lud. En la mayoría de los países, los funcionarios de salud podían, cuanto más, responder con estimaciones aproximadas a preguntas fundamentales como "¿cuánto costará alcanzar la meta de cobertura total y de dónde provendrán los recursos para lograrlo?"

Los funcionarios de muchos ministerios de salud a menudo solo conocen la magnitud y composición de sus propios presupuestos de salud y, sin que pueda atribuírseles culpa alguna, saben muy poco acerca de los recursos financieros destinados a la salud por un sinnúmero de proveedores de servicios y fuentes de financiación en su país. Por otra parte, no es insólito que el ministerio de salud se haga cargo o controle menos de la décima parte del total de gastos nacionales de salud. Como ya se señaló antes, tampoco resulta extraño que más de la mitad del total de recursos nacionales dedicados a la salud corresponda al sector privado. En consecuencia, fundamentalmente debido a la falta de información respecto a la totalidad de los gastos nacionales en salud y sus fuentes de financiación, los planes y programas nacionales de salud promulgados por una serie de países, se asemejan a témpanos de hielo ya que solo una pequeña parte de los recursos nacionales destinados a la salud están a la vista y pueden tenerse en cuenta.

Los proyectos de desarrollo institucional encaminados a mejorar la capacidad de planificación y operativa de los organismos de salud han representado uno de los esfuerzos más importantes para acrecentar el desarrollo material y financiero de los servicios de salud. El efecto del desarrollo institucional es doble: primero, contribuye a aumentar la capacidad de planificación y la calidad de las decisiones sobre el desarrollo, reduce los costos y permite el aprovechamiento óptimo de los recursos; en segundo lugar, la competencia demostrada por el ministerio de salud en la ejecución de esos proyectos mejora sus relaciones con organismos de crédito externo en relación con subvenciones o préstamos actuales y futuros.

Durante el decenio, la OPS participó en proyectos integrados de desarrollo institucional en varios países. También cooperó con 10 países en la identificación de proyectos, formulación de planes de inversión y preparación de solicitudes de préstamos, a fin de facilitar y acelerar las negociaciones para obtener créditos externos. Estas actividades se relacionan directamente con el rápido aumento del crecimiento físico y financiero de los servicios de salud, pues se reconoce que los planes de inversión con sólidos fundamentos técnicos y la gestión adecuada de las solicitudes de préstamo constituyen elementos esenciales para obtener préstamos o subvenciones externos.

La OPS también llevó a cabo actividades para fomentar, identificar y organizar proyectos subregionales de cooperación técnica y financiera. El enfoque subregional en los proyectos de desarrollo garantiza la multiplicación de los esfuerzos nacionales, permite economías de escala en empresas costosas, favorece la cooperación entre los países y limita la dependencia de fuentes de asistencia externa. En este aspecto, la OPS colaboró en la organización de varios proyectos relativos al desarrollo de la infraestructura física de los servicios de salud.

Asimismo, la OPS participó en la preparación de un proyecto regional de cooperación con los países para incorporar estudios económicos y planes financieros a programas de desarrollo a mediano o largo plazo, para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Cooperación internacional

Así como en los años 70 existía una necesidad cada vez más obvia de introducir modificaciones trascendentales en las políticas y estrategias de salud, era también necesario cambiar la estructura de cooperación técnica y financiera internacional. Esto se hizo evidente con la decisión de los gobiernos de extender la cobertura de sus servicios y con la adopción de la estrategia de atención primaria de salud, que requiere un enfoque multisectorial. En este contexto, la cooperación internacional requiere un marco de referencia más amplio.

Por otra parte, ha habido una tendencia en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en otros organismos a disminuir los fondos para cooperación internacional en América Latina en favor de otras regiones del mundo. Varios organismos reordenaron sus prioridades para apoyar la producción de alimentos, el desarrollo científico y tecnológico y la solución de problemas energéticos. Esto exigirá del sector de salud una reevaluación y reorganización de la cooperación tanto técnica como financiera en el futuro, y otorgarle máxima importancia al enfoque de la cooperación técnica entre países en desarrollo.

Si bien la responsabilidad fundamental de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) recae en los países mismos, aún será necesaria la ayuda de los países desarrollados. Para que el potencial de la CTPD se realice por completo, se requiere un firme compromiso político por parte tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados. Es esencial que los gobiernos incluyan en sus planes nacionales de salud una política claramente definida de la CTPD. La realización de acuerdos subregionales en los sectores económicos y de salud debe fortalecer esta orientación en el próximo decenio.

Durante el decenio se reafirmó en las Américas la cooperación técnica como respuesta a necesidades reales definidas por los países y como una contribución al desarrollo de la tecnología apropiada; al mismo tiempo, fortalecía la capacidad nacional de tal modo que podían obtenerse beneficios perdurables.

Otra característica del decenio fue la identificación y análisis de problemas universales importantes, de particular interés para el Tercer Mundo. Son ejemplos notables de estas actividades las conferencias mundiales sobre el medio ambiente, la población, la reforma agraria y el desarrollo rural, asentamientos humanos, el agua, la CTPD, la atención primaria de salud y la mujer. En las Américas, se llevaron a cabo la III y IV Reuniones Especiales de Ministros de Salud en 1972 y 1977, respectivamente. Durante este período se produjeron cambios en las políticas y enfoques de los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera que actúan en la Región.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por medio de la OPS, asignó al sector salud en las Américas algo más de US\$35 millones para financiar programas en los campos de desarrollo de servicios de salud, prevención y control de enfermedades, salud ambiental, recursos humanos y salud animal, que corresponden al 5% del total de sus programas. Los recursos de que dispone el PNUD siguieron una curva ascendente hasta 1975 y luego comenzaron a disminuir. Se hicieron esfuerzos de programación conjunta entre los países, el PNUD y organismos ejecutores internacionales como la OPS. También se estimularon las

innovaciones en cuanto a formas de operación, como la ejecución de programas por el gobierno con la cooperación técnica de los organismos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia modificó esencialmente su política y se convirtió en organismo ejecutor de sus propios programas, orientándolos hacia los servicios pediátricos básicos sobre una base multidisciplinaria y multisectorial. De acuerdo con esta prioridad, el Fondo se unió a la OMS para cooperar con los gobiernos en delinear y fomentar la estrategia de atención primaria de salud.

El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población revisó su política de colaboración con los países para el control del crecimiento explosivo de sus poblaciones, e incorporó esas medidas al marco de la atención materno-infantil, en coordinación con la OPS. Varios países de las Américas recibieron asistencia financiera por un total de aproximadamente US\$102 millones entre 1971 y 1980.

Como consecuencia de la Conferencia Mundial sobre el Medio Ambiente, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente realizó proyectos de cooperación técnica en los países de las Américas, en colaboración con la OPS y la Comisión Económica para América Latina (NU), para combatir la contaminación ambiental y alcanzar las metas establecidas por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ampliaron sus actividades en el área de nutrición y enviaron alimentos a los programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables de la población. La Organización Internacional de Trabajo (OIT) participó con la OPS en actividades conjuntas en el campo de la salud ocupacional, rehabilitación y seguridad social. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), realizó modificaciones trascendentales en su política de cooperación pero ha sido limitada su participación en la capacitación de personal de salud en los países de las Américas.

En cuanto a los organismos de cooperación financiera, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) financió la construcción de acueductos para ciudades y zonas rurales. Entre 1960 y 1980, otorgó préstamos por más de US\$1.200 millones para ayudar a aumentar de 65 a 198 millones el número de habitantes con acceso a agua potable. También concedió préstamos para la infraestructura de programas de extensión de servicios de salud en varios países y para el programa de libros de texto de la OPS. Todos estos programas absorbieron el 9,2% del total de préstamos adjudicados por el BID.

Este mismo organismo también proporcionó considerables recursos al programa de salud animal. El BID había aprobado para fines del decenio de 1970 préstamos por más de US\$107 millones destinados a programas para combatir la fiebre aftosa, mediante operaciones que movilizaron contribuciones locales superiores a los US\$400 millones. A fines del decenio, el BID decidió encauzar el 50% de sus recursos a programas sociales en beneficio de los grupos de bajos ingresos. Esto implica el auspicio de proyectos que creen empleo y mejoren las condiciones de vida, asegurando el acceso de la población a los servicios básicos.

El Banco Mundial adoptó la política de incorporar algunas actividades de salud y planificación de la familia a los proyectos regionales de desarrollo, en particular

los relacionados con zonas rurales; además, a fines del decenio decidió efectuar directamente préstamos para proyectos de salud. Esta estrategia más amplia de otorgar préstamos a programas de salud es una expresión de su compromiso de aliviar la pobreza en todo el mundo.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) ha canalizado una cantidad considerable de fondos a los programas de desarrollo integral agrícola y rural y a los de salud y nutrición. La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) ha colaborado en los proyectos de abastecimiento de agua potable de los países de habla inglesa del Caribe y, con la OPS y otros organismos, en programas de capacitación de personal y desarrollo administrativo en el sector salud.

Entre las numerosas entidades privadas y organismos que adjudicaron subvenciones y auspiciaron programas en los países de las Américas se destacó la Fundación W. K. Kellogg, que colaboró con los gobiernos y la OPS en la creación del Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES), el Programa Latinoamericano de Desarrollo Educacional para la Salud (PLADES) y la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME). También ha participado en la realización de programas de atención de pacientes y de capacitación en servicios de salud, administración hospitalaria y salud materno-infantil.

Progresos dentro de la OPS

Entre 1971 y 1980, se produjeron muchos cambios dentro de la misma OPS, en particular durante la segunda mitad del decenio y en los dos primeros años del decenio siguiente.

Resultó evidente que, para lograr la meta de salud para todos a fines del siglo mediante la estrategia de la atención primaria de salud, políticas básicas que la OPS y la OMS adoptaron en 1977, tanto la OPS como los Países Miembros tendrían que seguir ciertas estrategias y un plan de acción específico.

Análisis de los resultados del Plan Decenal de Salud. El primer paso consistió en una evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980), que comenzó a fines de 1979 y continuó hasta 1980, con la participación de 25 países. Se comprobó que se habían producido modificaciones importantes en la salud y la atención de salud en las Américas durante el decenio. La esperanza de vida al nacer aumentó considerablemente, varios países lograron resultados positivos en el control de enfermedades transmisibles, disminuyó la mortalidad en general y la mortalidad infantil se redujo alrededor de una tercera parte.

En cuanto a higiene ambiental, en varios países se dedicaron esfuerzos y recursos para proporcionar servicios de abastecimiento de agua potable y para eliminar desechos sólidos; sin embargo, en parte como consecuencia del aumento de la población, no se alcanzó el objetivo previsto para la Región en general.

La meta principal del Plan Decenal de Salud era extender la cobertura de los servicios de salud a grupos de poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas; la información reunida muestra que en la mitad de los países se logró un progreso importante en ese aspecto. A principios del decenio, se otorgó máxima prioridad a los grupos rurales de escasos recursos, las madres y los niños. Los

cambios demográficos en la Región agregaron nuevos grupos prioritarios y, a fines del decenio, la mayor preocupación en cuanto a la salud eran los grupos rurales y urbanos de menores recursos. El desarrollo industrial y la modernización del agro también contribuyeron a que se prestara atención a la salud de los trabajadores.

La organización del sector de salud, su gestión administrativa y el desarrollo de recursos humanos no marcharon a la par del ritmo de ampliación de su capacidad instalada. Si bien la reorganización del sector era un factor importante en la extensión de los servicios de salud, no produjo el efecto esperado en el sistema nacional de atención de salud y persistió la falta de coordinación entre el sector de salud y otros sectores de desarrollo. La financiación del sector no se incrementó en el grado requerido por el desarrollo de la capacidad instalada y no se estableció con claridad su función en la redistribución de ingresos.

Por último, el análisis de la evolución del sector salud permitió identificar los obstáculos que, sumados a otros factores, llevaron a la redefinición de estrategias tanto nacionales como regionales.

Estrategias regionales. A la luz de sus problemas y sus políticas de salud, 24 países definieron o confirmaron en 1980 sus estrategias nacionales en relación con la meta de salud para todos. Esas estrategias nacionales constituyeron una base para que el Comité Ejecutivo de la OPS formulara una propuesta para las estrategias de la Región en agosto de 1980. Los propios gobiernos prepararon sus estrategias nacionales y más tarde contribuyeron activamente al análisis de la Región que llevó a la formulación de las estrategias regionales propuestas. En estas actividades preliminares, se siguió la estrategia de atención primaria de salud, adoptada en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en 1977, en la que se tuvo en cuenta el probable escenario socioeconómico en que se esperaba realizar las actividades de salud. El problema lo constituía una población densamente concentrada en un medio físico y social hostil: las grandes ciudades con condiciones sanitarias deficientes.

El Consejo Directivo aprobó las estrategias regionales propuestas en octubre de 1980 (2). Ese año marcó así el inicio de una nueva etapa, en la que los gobiernos se comprometieron a alcanzar metas mínimas en cuanto a niveles de salud y organización de los servicios, y a unir sus recursos y esfuerzos para que ningún país dejara de lograr los siguientes objetivos a fines del decenio:

- Se extenderá a toda la población el acceso a los servicios de salud.
- Se proporcionará a todos los lactantes servicios de inmunización contra las principales enfermedades transmisibles.
- Se extenderá a toda la población servicios de abastecimiento de agua y eliminación de desechos sólidos.
- La esperanza de vida al nacer no será inferior a 70 años en ningún país.
- La mortalidad infantil no superará la cifra de 30 defunciones por 1.000 nacidos vivos.
- La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años no será superior a 2,4 defunciones por cada 1.000 niños de esa edad.

Los Países Miembros también establecieron objetivos regionales sobre la reestructuración y ampliación de los sistemas de salud con el fin de mejorar su

equidad, eficiencia y eficacia, propiciar el fortalecimiento de la articulación intersectorial y el fomento y mejora de la cooperación internacional dentro y fuera de la Región.

Plan de Acción. Para convertir las estrategias nacionales y regionales en actividades concretas, el Consejo Directivo pidió al Director que prepara un Plan de Acción con la participación activa de los gobiernos. El Consejo examinó, discutió y aprobó el plan propuesto en octubre de 1981 (3).

Se considera que el Plan es el mecanismo para convertir las estrategias regionales en actividades específicas. A nivel nacional, constituye el marco de referencia para reformular o reajustar las políticas y planes de salud de cada país, de modo que el esfuerzo contribuya a la actividad regional a medida que cada país miembro defina sus prioridades. También promoverá la solidaridad entre los países en la solución de problemas comunes que requieren acción conjunta. El Plan es además una guía básica para reorientar los programas de cooperación técnica de la OPS en los años venideros.

Los objetivos regionales del Plan incluyen la reestructuración y ampliación de los servicios, el fomento de la articulación intersectorial y la promoción y fortalecimiento de la cooperación internacional. Estos tres objetivos, como dejaron bien en claro los gobiernos, "están orientados a asegurar la contribución específica del sector salud a la reducción de las desigualdades sociales y económicas".

El Plan está estructurado según tres grandes áreas: las medidas tendientes a desarrollar estrategias nacionales y regionales de atención primaria de salud, las que ponen en vigor los mecanismos necesarios para apoyar esas estrategias y las necesarias para la organización y desarrollo de un sistema para vigilar y evaluar los objetivos, metas y actividades del Plan.

Está orientado a asegurar la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, en especial de los grupos postergados. Da prioridad a los grupos rurales y urbanos marginados y, entre ellos, a las familias y trabajadores expuestos a mayor riesgo. Las actividades que establece el Plan intentan disminuir la exposición de la población en riesgo a factores ambientales nocivos, y desarrollar en los individuos y en la comunidad actitudes de comportamientos positivos.

En este contexto, el propósito fundamental del Plan es asegurar el acceso de toda la población a servicios de salud organizados según niveles de complejidad. También se ocupa de la reestructuración sectorial, inclusive sus relaciones con las instituciones del seguro social; la reorientación de los sistemas de financiación para reforzar la función distributiva de los servicios de salud y la participación de la comunidad en el mejoramiento de su propio bienestar y en la producción de servicios de salud.

En el Plan, los países establecieron que los esfuerzos por alcanzar la meta de salud para todos debían dirigirse a lograr el máximo aprovechamiento de los recursos nacionales pero que, para apoyar sus programas, se requeriría una cooperación externa selectiva. En ese aspecto, merece destacarse la urgente necesidad de que los países lleven a cabo análisis detallados y programen sus necesidades de cooperación externa en relación con sus programas, prioridades y características nacionales. El desarrollo del Plan es responsabilidad de cada país y debe ponerse énfasis en la necesidad de decisiones políticas de apoyo al más alto nivel.

El Plan destaca la importancia de definir nuevas estrategias de financiación na-

cional porque es de importancia crucial utilizar en forma óptima las posibilidades y recursos existentes en los propios países. Por otra parte, los recursos externos son factores complementarios y catalíticos que aportan dinamismo al proceso y se suman al esfuerzo nacional en la realización de programas prioritarios.

El tercer componente fundamental del Plan, que establece medidas definidas para su ejecución, es un sistema de vigilancia y evaluación. El carácter del esfuerzo requerido para lograr la salud para todos, hace necesario considerar la ejecución del Plan como un proceso esencialmente dinámico, que se debe ajustar y modificar de acuerdo con las nuevas situaciones y la experiencia que se adquiera.

Los gobiernos acordaron examinar el progreso del Plan e introducir los reajustes necesarios en sus políticas y planes nacionales en 1983, con el propósito de garantizar que en 1984 estaría en plena vigencia.

Cambios administrativos. Los desafíos planteados por las estrategias regionales y el Plan de Acción para lograr la salud para todos, así como las presiones inflacionarias que afectaban el presupuesto de la OPS, obligaron a muchos cambios y mejoras en la forma en que la OPS organiza y cumple su labor. Eran necesarios una planificación de salud más amplia, información y análisis globales de las actividades en marcha y mejores mecanismos para transferir los recursos disponibles donde fueran necesarios y con la prontitud requerida para que resultaran eficaces.

En la Sede las reformas comenzaron a mediados del decenio, con la integración de 14 departamentos técnicos en seis divisiones, para facilitar la gestión administrativa. En 1979, se establecieron cuatro áreas principales de actividad: adopción de políticas y decisiones, desarrollo de programas, ejecución y evaluación de programas y apoyo administrativo. También se efectuaron cambios de otro tipo.

El área de adopción de políticas y decisiones comprende la oficina del Director, cuyas funciones principales incluyen cumplir con las responsabilidades constitucionales de la OPS; interpretar y ejecutar las políticas regionales y mundiales de los Cuerpos Directivos de la OMS y la OPS; adoptar decisiones para cumplir con los mandatos de los Cuerpos Directivos; mantener relaciones con el comité del programa mundial de la OMS y el grupo de trabajo para el desarrollo del programa; planificar a largo plazo; orientar la programación a corto y mediano plazo; formular políticas acerca de los recursos extrapresupuestarios, incluyendo el desarrollo de métodos para identificarlos y utilizarlos en apoyo de los países y, por último, fomentar relaciones interagenciales y cooperación técnica bilateral y privada.

El desarrollo de programas a nivel nacional, está a cargo de las oficinas fuera de la Sede, sujetas a la orientación y coordinación de la oficina del Director.

En 1979 se creó el cargo de Gerente de Operaciones para coordinar la ejecución y supervisión de programas nacionales y subregionales. Sus funciones, en síntesis, abarcan: proporcionar orientación y apoyo a las oficinas fuera de la Sede en el cumplimiento de políticas y decisiones de los Cuerpos Directivos y del Director; participar en la planificación a largo plazo, efectuar la programación a corto y mediano plazo, controlar y evaluar la cooperación técnica de la OPS; controlar los aspectos administrativos de las actividades de las oficinas fuera de la Sede; coordinar las comunicaciones y trámites técnicos y administrativos requeridos de la Sede para asegurar que se llevan a cabo las actividades con eficacia; por último,

promover actividades para estimular la cooperación técnica entre países en desarrollo, en estrecha coordinación con la Sede y las oficinas de campo.

En este contexto, durante 1979 y 1980 se introdujeron las siguientes modificaciones en la Sede de la OPS: se crearon dos nuevas unidades en la oficina del Director: la oficina de planificación a largo plazo, establecida en enero de 1980 y encargada, bajo la supervisión inmediata del Director a quien informa de su labor, de coordinar y participar en los análisis de estrategias y operaciones, y de elaborar propuestas para actividades a largo plazo. La otra unidad consiste en una oficina jurídica que proporciona asesoramiento a los Cuerpos Directivos y a la Secretaría sobre asuntos legales y coordina sus actividades con la oficina jurídica de la OMS.

El puesto de Subdirector se convirtió en punto focal para la recopilación y difusión de información estadística, preparativos para casos de desastres y publicaciones biomédicas y de salud. Este último grupo de actividades, que incluye publicaciones y libros de texto, se agrupó en una nueva oficina de publicaciones biomédicas y de salud.

En 1980, la oficina del Gerente de Operaciones se hizo cargo del Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), antes incorporado a la División de Servicios de Apoyo. El AMPES es un instrumento administrativo creado por la OPS para formular, ejecutar, vigilar y evaluar su programa de cooperación técnica. Su metodología facilita un diálogo objetivo entre la OPS y los Países Miembros, lo que permite a la OPS determinar más claramente los programas de salud de los países y sus metas y, a su vez, asignar sus recursos con mayor eficiencia y proporcionar servicios más eficaces a los países.

El sistema se concibió en 1976 y 1977. Consiste en un conjunto de principios, normas y procedimientos destinados a cumplir cuatro funciones principales: programar la cooperación técnica a corto y mediano plazo que la OPS brinda a los países; vigilar el cumplimiento de las actividades de la OPS programadas en todos los niveles operativos y proporcionar información continua sobre el estado de cada programa para cualquier decisión que se considere necesaria; facilitar el ajuste periódico de los programas de la OPS, y evaluar la prestación de cooperación técnica a los países, así como las actividades subregionales y regionales.

Las operaciones del AMPES comenzaron en 1978 con la programación de las actividades de cooperación técnica en los países. En 1979, se amplió el sistema para incluir las actividades regionales y nacionales. En 1980 se introdujeron modificaciones en el AMPES para adaptar algunos de sus procedimientos de manera que coincidieran con el nuevo presupuesto bienal de la OPS. Se hicieron los cambios necesarios para que la programación de las actividades de la OPS durante los seis años siguientes coincidiera con el Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS.

En 1975 se inició una reforma interna que concentraba los proyectos nacionales y regionales en las áreas programáticas principales. Esto dio lugar a la ya mencionada consolidación de 14 departamentos técnicos en seis divisiones; se trató de retirar de la divisiones el manejo directo de las operaciones sobre el terreno.

Esta reforma prosiguió en 1979 mediante la reestructuración de las divisiones para reducirlas a las cuatro que existen en la actualidad (servicios integrados de

salud, prevención y control de enfermedades, protección de la salud ambiental y recursos humanos e investigaciones) y lograr un mayor equilibrio en cuanto a recursos y actividades mediante la armonización de funciones en cada división y entre las distintas divisiones. Los cambios más importantes en la Sede fueron los siguientes: se fortaleció la División de Servicios Integrados de Salud para consolidar todas las funciones de los servicios de salud, que incluyen nutrición, salud maternoinfantil, educación sanitaria, reproducción humana, planificación de la familia, y dinámica de la población, actividades de los sistemas nacionales de información sobre salud, y funciones relacionadas con la participación de la mujer en el desarrollo económico y social. También se asignó a la División la responsabilidad técnica en cuanto al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en Montevideo, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá en la ciudad de Guatemala y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe en Kingston.

La División de Prevención y Control de Enfermedades se consolidó en cuatro componentes principales (control de las enfermedades transmisibles, enfermedades parasitarias y control de vectores, enfermedades no transmisibles, y servicios de laboratorio y control de medicamentos) y asumió la responsabilidad de la salud mental, la salud dental y la radiológica. Esta división es técnicamente responsable del Centro de Epidemiología del Caribe, con sede en Puerto España.

La División de Recursos Humanos e Investigaciones se hizo cargo de la biblioteca de la Sede y el desarrollo de un sistema regional de información bibliográfica cuya sede es la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud en São Paulo. También es técnicamente responsable del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud en Rio de Janeiro.

Se estableció un Programa Especial de Salud Animal para contar con un centro para fomentar la salud pública veterinaria. Este programa tiene la responsabilidad técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en Rio de Janeiro y del Centro Panamericano de Zoonosis en Ramos Mejía, Argentina.

Se produjeron modificaciones similares en las actividades de la OPS fuera de la Sede. Ciertas responsabilidades y funciones de la Sede se trasladaron a las oficinas fuera de ella, proceso que se inició mediante la asignación de responsabilidades y autoridad, antes ejercidas por los representantes en las zonas (hoy llamadas áreas), a los representantes en los países, ya que las necesidades de los países eran cada vez mayores y más diversas.

Las seis oficinas de representantes de área de la OPS asumieron la coordinación de actividades entre los países y actúan como secretarías de las organizaciones subregionales. En Bridgetown, Barbados, se estableció una oficina de Coordinador de Programas del Caribe, con el propósito de integrar las actividades de la OPS en esa zona y lograr un mejor aprovechamiento de los recursos.

Los delegados a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, efectuada en 1978, expresaron su interés en la labor de los 10 centros panamericanos de la OPS, en particular porque todos los centros parecían ser muy distintos.

A mediados de 1977 se renovó el interés por los centros panamericanos. En esa fecha se reunieron por primera vez todos los directores de esos centros para analizar sus problemas mutuos; dos semanas después, Francia pidió que se incluyeran los centros en el programa de temas de la reunión del Consejo Directivo que se

realizaría ese año. Se preparó un documento de referencia para el Consejo, en el que se describían las relaciones técnicas, económicas, administrativas y legales de los distintos centros con la OPS.

Más tarde, un grupo especial de estudio elaboró un informe más detallado para la Conferencia Sanitaria Panamericana del siguiente año. Se describieron los centros como partes integrantes del programa de la OPS y se identificaron sus cuatro funciones comunes como servicios de asesoramiento, educación y capacitación, investigación e intercambio de información. Se señalaron también las diferencias entre los centros en cuanto al énfasis e importancia que asignaban a cada una de las cuatro funciones, que variaba según las necesidades de los países a los que prestaban servicios. Algunos centros fueron considerados regionales y otros, sub-regionales; también diferían sus disposiciones en cuanto a financiamiento y apoyo.

La Conferencia Sanitaria Panamericana de 1978 pidió que se evaluara la labor de cada centro para poder racionalizar su funcionamiento futuro. En junio de 1979, el Comité Ejecutivo aprobó un modelo de evaluación de los centros que abarcaba cuatro etapas: autoevaluaciones, o análisis de los logros en relación con los acuerdos básicos a juicio de los centros; revisión de los programas y de la administración de los mismos en la Sede; evaluación de los servicios de los centros efectuada por los países a los que servían; por último, evaluación externa o análisis de los objetivos por grupos de expertos multidisciplinarios.

Entre 1979 y 1981, 16 científicos y técnicos expertos de nueve países examinaron seis centros. Los equipos de evaluación incluían de dos a cinco miembros y generalmente estaban constituidos por un experto en salud pública y uno o más especialistas científicos, técnicos y administrativos. Los resultados de las evaluaciones, hasta la fecha, han sido muy variados.

En la segunda mitad del decenio, la administración interna de la OPS hizo hincapié en el aumento de la productividad, la reducción de costos y la creación de una conciencia por parte del personal de la relación entre costos y beneficios. Se introdujo la tecnología administrativa disponible y se obtuvieron los expertos necesarios para reforzar todas las unidades de apoyo. La División de Administración cuyo nombre se cambió a Oficina de Administración para reflejar sus diferencias esenciales con respecto a las divisiones técnicas, se simplificó en cuatro departamentos (presupuesto y finanzas, personal, conferencias y servicios generales y servicios de administración y computación) y una oficina de compras. La Oficina de Administración y, cuando fue necesario, representantes de las divisiones técnicas emprendieron muchos análisis de gestión administrativa y programas.

Capítulo 5

EL FUTURO SOCIAL Y ECONOMICO

¿Cuál es el futuro de la salud y de la atención de salud en las Américas?

Como se ha visto en los capítulos anteriores, se han realizado constantes progresos en el mejoramiento de las condiciones de salud en toda la Región, aunque esos progresos han variado de un país a otro. Los avances continuarán de acuerdo con los acontecimientos, y probablemente a un ritmo acelerado pues los países tienen ahora la experiencia de dos planes decenales, un mecanismo adecuado de coordinación en la Organización Panamericana de la Salud y, ante ellos, la meta de salud para todos en el año 2000.

Aunque el futuro parece ahora favorable al logro de esa meta, la historia indica que no se pueden hacer pronósticos categóricos en cuanto a su consecución. La grave recesión económica mundial y la inflación que afecta a muchos países podrían agudizarse y causar retrasos en algunos países latinoamericanos; si los problemas económicos provocaran inestabilidad política, la consecuencia sería la desorganización de las actividades de salud; además, los países vulnerables podrían sufrir desastres naturales de una magnitud pocas veces conocida y tal vez se produjeran guerras.

Estas posibilidades catastróficas parecen poco probables y, si no se convierten en una realidad paralizadora, a los planificadores de salud solo les resta trabajar suponiendo que no se cumplirán.

Un mayor peligro para el sector de salud es que tanto este como los demás sectores no logren actuar con la coordinación adecuada. En los últimos años ha quedado muy claro que el anterior aislamiento del sector salud ya no puede continuar. Se han logrado en gran parte éxitos sencillos en el control de enfermedades, que podían alcanzarse al margen del desarrollo político, económico y social. El progreso futuro dependerá de que el sector salud marche en forma acorde con otros campos de la actividad humana y esto, por supuesto, requerirá cambios de actitud dentro del propio sector.

Las Américas están de acuerdo en que el principal objetivo social en los próximos decenios debe ser "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva", y han establecido que la atención primaria de salud constituye la clave para alcanzar la meta de "salud para todos".

También reconocen los gobiernos que la atención primaria de salud requiere estrategias complementarias para su aplicación completa, en particular el desarrollo de sistemas nacionales de servicios de salud y su reorientación para aumentar la cobertura de grupos rurales y urbanos que actualmente reciben una atención inadecuada o ningún tipo de atención; la organización y participación de la comunidad en el mejoramiento del bienestar general; el desarrollo de la investigación y la tecnología y de vínculos entre sectores; la producción y abastecimiento de insumos críticos y equipo; la capacitación de la fuerza de trabajo y la definición de estrategias para financiar los sistemas de atención de salud y para la cooperación entre los países.

La magnitud y complejidad de esta empresa exige un análisis cuidadoso de sus implicaciones, con el fin de definir y orientar los esfuerzos nacionales e internacionales que se requieren y traducirlos en acciones efectivas y eficaces.

El aspecto principal de esta meta es su carácter global, pues se considera que la salud es uno de los elementos fundamentales del grado de bienestar de cada comunidad. En consecuencia, en este enfoque la salud no es ya una cuestión de enfermedad o ausencia de enfermedad sino más bien el resultado social del desarrollo y progreso del país, que, a su vez, se expresa específicamente en un determinado nivel y calidad de vida.

La consecución de esta meta exige cambios sociales y económicos profundos y significativos, así como la revisión de los conceptos sobre los que se basan la orientación y la organización de los sistemas nacionales de salud. Esta revisión requiere una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de las acciones necesarias para producir esos cambios en un período relativamente breve.

La meta de salud para todos debe considerarse no solo como un objetivo deseado sino también como un factor dinámico esencial para el proceso de cambio. Su potencial reside fundamentalmente en las posibilidades inmediatas que ofrece para determinar la gama de problemas y orientar la definición de políticas, facilitar la delineación de estrategias apropiadas, establecer medidas y pautas de orientación, y fomentar la creación y movilización de los recursos necesarios para aplicar las estrategias escogidas.

Aspectos económicos

Los países en desarrollo de la Región sin duda continuarán sus esfuerzos por alcanzar altas tasas de crecimiento económico y de productividad.

Diversos estudios predicen que la Nueva Estrategia Internacional para el Desarrollo en el decenio de 1981 a 1990 producirá un crecimiento del 7,5% anual en el producto interno bruto (PIB) global de la Región. El crecimiento anual del 7,5% en todo el continente es necesario para que la tasa de empleo aumente de acuerdo con las tasas de crecimiento previstas para la población económicamente activa. Así, ni siquiera una tasa de crecimiento anual del 7% resolverá los problemas de desempleo y subempleo en la Región.

También es preciso señalar que los planes nacionales de desarrollo en 15 países del continente, preparados a mediados del decenio de 1970, requieren una tasa

media aritmética combinada de crecimiento del 7,6% anual, y su promedio ponderado da una tasa de crecimiento anual del 8,6%.

La meta de un aumento anual del 7,5% para la Región también se pronostica sobre la base de importantes cambios estructurales en la economía mundial, que harán posible un considerable aumento en los ingresos por exportaciones. Esto también implica una industrialización más rápida y amplia en toda América Latina. Por ejemplo, la industria manufacturera en general tendrá que crecer según una tasa media del 8,5% anual, mientras que la orientación de las tendencias actuales indicarían una tasa de crecimiento futuro del 7,5% anual.

Se ha proyectado un crecimiento del 4% para el sector agropecuario. La demanda interna de alimentos y de materia prima para la industria y las necesidades de exportación ejercerán una gran influencia sobre el aumento de la producción agrícola. Con ese fin, será preciso incrementar la productividad de la tierra ya cultivada y ampliar los límites de explotación del agro. Existirá una marcada competencia en cuanto a la tierra cultivable, tanto para la producción de alimentos para consumo interno como para la producción destinada a satisfacer la demanda industrial y del mercado de exportación.

Durante los próximos diez años, se espera que continúe creciendo en América Latina y el Caribe la demanda de bienes y servicios importados; las importaciones tenderán a aumentar según una tasa ligeramente superior a la del PIB. En consecuencia, según las perspectivas para el decenio de 1981 a 1990, se prevé un crecimiento de las importaciones del 8% anual, de tal modo que en 1990 el valor en precios constantes de los bienes y servicios importados equivaldrá a dos y media veces el promedio de 1976 a 1978. Se espera que el mayor aumento relativo corresponda a la importación de bienes de capital.

El poder de compra en el exterior tendrá que ampliarse en toda la Región con mucho mayor rapidez que durante el decenio pasado si se quieren satisfacer las necesidades de importación previstas. Este crecimiento tendrá que basarse en tres aspectos: expansión y diversificación de las exportaciones, cambios favorables en las condiciones de intercambio, e inversión y financiación externas. Si las condiciones de intercambio en la Región continúan siendo las de 1976 y la proporción entre la financiación externa y la interna sigue siendo aproximadamente la misma que durante el decenio pasado, los ingresos por exportaciones en la Región en general tendrán que aumentar según una tasa virtualmente igual a la de las importaciones, o sea que tendrá que haber un crecimiento del 8% anual en el decenio de 1980. Se espera que la financiación externa neta represente un promedio del 2,8% del PIB y que constituya alrededor de una quinta parte del valor de las exportaciones para 1990.

Se duplicarán las necesidades energéticas y solo se podrá disminuir el consumo de petróleo mediante rigurosas medidas de conservación, la eliminación del "consumo privilegiado", profundos cambios tecnológicos y en los sectores, y la utilización de otras fuentes de energía.

Si ciertas tendencias manifiestas en decenios recientes no se modifican considerablemente, el tipo de crecimiento económico que resultará puede afectar en forma adversa el logro de las metas explícitamente establecidas por los gobiernos de eliminar la pobreza extrema, reducir las desigualdades entre diversos grupos de población, mejorar la distribución de los ingresos y la calidad de la vida. Para

modificar estas tendencias, se requerirán vigorosas políticas compensatorias esenciales, en las que deben desempeñar un papel fundamental los sectores sociales y la planificación regional.

Aspectos demográficos

América Latina desempeñará un papel importante en el crecimiento demográfico de la Región porque, si bien los índices de crecimiento natural seguirán disminuyendo en esa parte de las Américas, continuarán estando entre los más altos del mundo. El índice medio de crecimiento natural (índice bruto de natalidad menos índice bruto de mortalidad) en América Latina se calculó en 2,7% anual durante el decenio de 1970 y se espera que se reduzca al 2,6 y 2,4%, respectivamente, en los dos últimos decenios de este siglo. Es preciso señalar que únicamente en el Cono Sur y en los países latinoamericanos del Caribe los índices de crecimiento serán inferiores al 2% durante los dos próximos decenios.

La suma de la población de esas dos zonas—69 millones en 1980—constituye el 19,1% de la población total de América Latina en la actualidad. En los dos próximos decenios aumentará según un índice medio anual del 1,5% y llegará a un total de unos 93 millones en el año 2000, lo que representará solo el 15,5% de la población latinoamericana. En las otras zonas de América Latina, que tenían 292 millones de habitantes en 1980, la población crecerá en los dos próximos decenios según un índice anual del 2,8%, para llegar a un total de 506 millones en el 2000.

La población de los países cuya lengua no es el español y la de los territorios del Caribe, está aumentando según un índice intermedio entre los de América del Norte y América Latina. Creció de 6 millones en 1970 a 6,9 millones en 1980 (1,1% de la población total de la Región), según un índice medio anual de 1,4%, que se espera que llegue al 1,5% en el decenio de 1980 y luego disminuya al 1,3% anual en el siguiente. La población total a fines de siglo será de 9,1 millones, que equivaldrá al 1,0% de la población total de la región.

Según los índices estimados para el decenio de 1970, la población total de América Latina se duplicará en casi 26 años, pero esa duplicación se producirá más pronto en las zonas más densamente pobladas. Se pronostica que, para el año 2000, el tiempo necesario para que se duplique la población no aumentará en más de dos o tres años.

La persistencia de elevados índices de crecimiento demográfico será en gran parte consecuencia de los altos índices de fecundidad previstos en todos los países latinoamericanos, excepto los del Cono Sur y los de los países latinoamericanos del Caribe. Para que cambiara drásticamente esta situación sería necesario que se produjeran importantes alteraciones en los índices de fecundidad actuales, que responden a pautas socioculturales muy arraigadas y difíciles de modificar en un período breve.

En 1970 había 64,3 millones de mujeres en edad fértil en América Latina y el Caribe. Estas mujeres constituían el 23% de la población total; en 1980, el grupo había aumentado a 86,5 millones, que representaban el 24% de la población. Se espera que esa cifra llegue a 115 millones para 1990, lo que equivaldrá al 25%; sin embargo, si bien en el año 2000 habrá 141,5 millones de mujeres en edad fértil, el

porcentaje representado por el grupo disminuirá al 24% actual. En ese grupo de mujeres, cuyo índice medio de fertilidad anual era de 155,8 nacimientos por mil, el índice será un 9% más bajo en los próximos diez años y un 20% más bajo entre 1995 y el año 2000 (120,8 nacimientos por mil al año). Esos índices siguen siendo elevados en comparación con los correspondientes a otras partes del mundo.

El descenso de los índices de mortalidad amplió el promedio de vida y la esperanza de vida al nacer. De hecho, se calcula que la esperanza de vida al nacer aumentó a 67,0 años en 1975-1980 en toda la Región, a 63,6 años en América Latina, a 69,9 años en el Caribe y a 71,1 en América del Norte. En los próximos 20 años la esperanza de vida al nacer llegará a 71,1 años en la Región, 70,4 en América Latina, 73,2 en el Caribe y 72,5 en América del Norte.

Este hecho, sumado a la disminución de la fertilidad, significa que un gran número de personas vivirá más tiempo. También implica que se producirán modificaciones importantes en la composición de la población según la edad, modificaciones que ya eran evidentes en el decenio de 1970.

La proporción de menores de 15 años en relación con el total de la población de la Región disminuyó de 36,6% a 33,5% entre 1970 y 1980, pero en América Latina el porcentaje descendió solo 1,7 puntos (de 42,6% a 40,9%), hecho que se ha reflejado principalmente en un aumento proporcional del grupo de edad de 15 a 40 años (de 41,7 a 43,2%) y también en el grupo de 65 años o más (de 3,8 a 4,0%).

En América Latina, la proporción de población total de 65 años o más aumentará entre 1980 y el año 2000 de 4,0 a 4,6%. Si bien en términos relativos un aumento del 0,6% en la proporción de individuos de esa edad en un período de 20 años no parece muy importante, en términos absolutos representa alrededor de 13 millones más de personas de edad avanzada (de 14,6 a 27,5 millones).

Se calcula que el índice de dependencia (el número de individuos menores de 15 años y mayores de 65, en contraste con la población en edad de trabajar cuya edad se encuentra entre esos límites) era del 68% en todas las Américas en 1980. Este índice bajará al 64% para el año 2000. La modificación en la composición de la población por edad, prevista para ese mismo año, reduciría el índice al 72%.

El cambio en la composición de la población por edad crea muchos problemas que afectan no solo al sector salud sino también a todos los demás sectores de desarrollo. Por ejemplo, el actual problema crítico de América Latina de dar empleo a sus casi 200 millones de trabajadores es, en potencia, más grave, ya que la población aumentará en 148 millones para el año 2000. Este problema es exacerbado aun más por el hecho de que la actual fuerza de trabajo está constituida predominantemente por varones y se espera que un mayor número de mujeres ingresen al mercado laboral durante los dos próximos decenios.

Según las predicciones actuales, esta tendencia continuará como resultado de la rápida urbanización. En consecuencia, la proporción de habitantes de las ciudades en el año 2000 será del 78,5% (690 millones) en toda la Región y del 74,9% (435 millones) en América Latina. En otras palabras, casi dos de cada tres personas en América Latina vivían en ciudades en 1980 y esa proporción se elevará a tres de cada cuatro en el 2000.

El crecimiento del volumen relativo de la población urbana en América Latina implica una reducción equivalente de la población rural, que descenderá del 35,9% en 1980 al 25,1% para el año 2000. No significa esto que disminuirá en

cifras absolutas la población rural; por el contrario, continuará creciendo, si bien a un ritmo más lento, y de 128 millones en 1980 llegará a 164 millones en el 2000.

La urbanización en América Latina tiene características únicas. En 1970, el 57,2% de la población urbana vivía en 165 ciudades de 100.000 o más habitantes; 17 de ellas tenían más de un millón de habitantes y en cuatro ciudades la población superaba los cinco millones. Para 1980, la proporción de población urbana que vivía en ciudades de 100.000 o más habitantes se había elevado al 63,5%, es decir, 147,6 millones de personas vivían en 230 ciudades, de las cuales 25 habían sobrepasado el millón de habitantes y cinco tenían más de cinco millones de habitantes. De acuerdo con ciertas hipótesis respecto al crecimiento y concentración de la población en el año 2000, el 72,3% de la población urbana en América Latina (324 millones de personas) vivirán en 437 ciudades de 100.000 habitantes o más, de las cuales 47 tendrán más de un millón de habitantes y 10 tendrán más de cinco millones.

La magnitud de los problemas inherentes a tal concentración de la población es en extremo difícil de prever, pero sugiere ciertos cursos de acción futura para el sector salud en cuanto a la organización de la higiene ambiental y los servicios de salud. La demanda de esos servicios será en el futuro muy superior a la actual.

Posibles estrategias para el desarrollo

La síntesis de estas consideraciones económicas y demográficas es que las perspectivas más probables para América Latina y el Caribe indican que habrá una intensa concentración urbana y una rápida industrialización, con una creciente tendencia a la heterogeneidad dentro de los países y en toda la Región. Los países económicamente más fuertes diversificarán sus economías aumentando la producción de bienes de capital; en sus centros urbanos existirán niveles de vida elevados, a la par que niveles de vida comparativamente bajos. En algunos países más pobres, tal vez se llegue con rapidez a los límites de diversificación de sus sectores productivos y solo una parte muy restringida de la población de la mayoría de esos países podrá disfrutar de niveles de vida que siquiera se asemejen a los de los países industrializados.

Los países que ahora marchan hacia la urbanización rápida, intentan por todos los medios ampliar sus actividades productivas y la infraestructura urbana. Si persisten las actuales tendencias de desarrollo de esos países, las desigualdades entre los niveles de vida de grupos de población urbana y rural serán aún más profundas, fundamentalmente a causa de las marcadas diferencias en la productividad y, en consecuencia, en los ingresos.

El ritmo de la migración del campo a las ciudades tendrá un efecto particularmente perturbador a menos que los países logren efectuar una adecuada redistribución espacial de la población y de los ingresos. La solución ya no reside en aminorar esa migración sino en orientarla mediante la creación de sistemas de empleo y centros de población.

Es preciso aprovechar las oportunidades para inversiones no agrícolas en las zonas rurales, tales como proyectos hidroeléctricos y mineros y elaboración de productos agrícolas fuera del campo, para crear empleos y centros de población

que contribuirán a dar origen a un medio urbanorural. En estas empresas, se deben considerar aspectos fundamentales, como el análisis y el control de cualquier efecto potencialmente nocivo para el medio ambiente. Las políticas de desarrollo agrícola continuarán siendo influidas por las necesidades del desarrollo industrial y los modelos de organización y producción de la industria del agro. Se hará hincapié en la integración del campo al mercado y habrá menos casos de aislamiento económico. Las relaciones urbanorurales desempeñarán un papel cada vez más importante en la producción y servicios personales.

Las demandas de la industria y de las ciudades continuarán ejerciendo presiones para obtener precios bajos de los productos agrícolas, con la consiguiente necesidad de un aumento importante de la productividad del agro y, por lo tanto, de su modernización y mecanización. Se incrementará el número de trabajadores rurales temporeros y disminuirá marcadamente la población rural con tierra propia que se dedica a la explotación agrícola de autoabastecimiento, al mismo tiempo que en las ciudades crecerá el sector "no estructurado".

En los próximos decenios probablemente persistirá el problema del desempleo. Si bien el previsto crecimiento anual del 3% en la población económicamente activa puede ser absorbido sin crear mayores problemas de desempleo evidente, aún existirá el problema del desempleo oculto, que es el elemento fundamental. El desempleo evidente y el oculto, aunados a los problemas de distribución del ingreso nacional, harán muy difícil eliminar la pobreza extrema y reducir las desigualdades sociales. Si no se corrigen las tendencias observadas en los últimos decenios, serán mayores las diferencias entre los grupos que logren incorporarse al sector "moderno" de la producción rural y urbana y los que permanezcan al margen del desarrollo en el sector "no estructurado" o los restringidos a condiciones limitadas de subsistencia.

El análisis de la evolución de la situación urbana y rural y de los resultados de las políticas instituidas para cambiar esa situación, confirma la inutilidad de establecer estrategias y aplicar soluciones que se limiten únicamente a las zonas rurales, mientras se continúan atacando los problemas urbanos con enfoques y métodos convencionales. Si persisten las tendencias actuales, para el año 2000 la mitad de la población urbana vivirá en poblaciones marginadas y en condiciones muy precarias.

Los estudios disponibles sobre el costo probable de resolver el problema de la vivienda urbana aplicando los métodos convencionales, indican que dicho costo superará las posibilidades financieras. Proporcionar viviendas a la población urbana adicional que se espera para el año 2000 costaría alrededor de US\$400.000 millones, y el costo extra de proporcionar nuevas viviendas a la población que ahora vive en condiciones deficientes y de reemplazar las viviendas e instalaciones ahora existentes al terminar su vida útil, exigiría otros US\$110.000 millones.

La imposibilidad de resolver los problemas urbanos con los medios convencionales hará necesario que los gobiernos revisen las diversas alternativas que se han ensayado durante el último decenio para seleccionar solo aquellas que se consideren útiles a corto plazo y combinarlas con nuevos tipos de medidas a largo plazo, más drásticas pero viables de acuerdo con las características políticas, económicas y sociales específicas de cada país.

La magnitud del fenómeno de la urbanización, sumada a las ya mencionadas

características del crecimiento económico previsto y su capacidad de generar empleos, indican que una estrategia esencial podría consistir en el desarrollo basado en la región. Este tipo de desarrollo puede perseguirse creando comunidades intermedias alrededor de los centros de producción que formarán parte del medio urbanorural, y fomentando no solo el crecimiento económico sino también una mejor integración de ese medio, la redistribución de la población, la elevación de los niveles de vida y una reducción de las desigualdades económicas y sociales.

La alternativa de crear centros intermedios de población concuerda con el alto grado de dinamismo que necesitarán alcanzar los países en el sector agropecuario, lo que implica una producción mayor y diversificada así como máxima productividad. Una solución de este tipo contribuiría a fortalecer la tendencia hacia la industrialización del agro, la cual requiere estrategias basadas en un enfoque multisectorial tanto a nivel nacional como regional. Por lo tanto, será preciso combinar y aumentar las actividades fuera del campo en las zonas rurales y crear unidades de apoyo a esa producción. También resultará esencial suministrar a la población servicios cuya cobertura espacial, demográfica y funcional sea más amplia que la proporcionada actualmente. En este aspecto la experiencia de las corporaciones para el desarrollo regional merece ser considerada.

La posibilidad de la generación de empleos en zonas urbanas y rurales debe examinarse paralelamente, puesto que toda estrategia adoptada para el desarrollo agropecuario producirá un excedente de mano de obra rural que, a su vez, afectará la capacidad de empleo de las ciudades.

La experiencia ha demostrado que es imprescindible preparar planes nacionales de desarrollo regional que constituyan el marco de referencia necesario para la programación regional, incluidas la selección y localización de proyectos, asegurándose de que son compatibles con los planes de desarrollo económico y social del país. Cualquier estrategia de desarrollo regional está condenada al fracaso o a la distorsión de sus objetivos si las políticas para lograr ese desarrollo no cumplen el requisito mencionado en último término. La experiencia también nos enseña que es muy difícil aplicar con éxito cualquier estrategia de cambio a menos que dicha estrategia modifique el sistema de valores y la estructura de poder de la sociedad en cuestión y revise a fondo el estilo de desarrollo.

Desde esta perspectiva, la formulación de toda estrategia que pretenda mejorar las condiciones rurales y urbanas y reducir las desigualdades debe incluir:

- Una definición del tipo de sociedad nacional que se desea.
- Análisis y evaluación de los conflictos entre intereses urbanos y rurales y de las posibilidades de conciliarlos.
- Determinación de los tipos de hábitat y de estilo de vida rurales y urbanos, así como de las características de participación a nivel local, nacional y regional y de las relaciones de poder tanto rurales como urbanas.
- Redistribución espacial de la población y selección y adopción de tecnologías de producción y de servicios, compatibles con la política nacional de conservación y explotación de los recursos, con las limitaciones ecológicas y las decisiones acerca de niveles y estilos de vida de la población.
- Disponibilidad y acceso para toda la población a una cantidad suficiente de alimentos nutritivos.

- Creación de empleos en zonas urbanas y rurales cuya productividad media y remuneración anual sean aceptables.
- Suministro de servicios sociales y ambientales (educación, salud, vivienda, agua potable y alcantarillado, recreación, etc.) congruentes con el nivel de vida definido, y acceso garantizado a dichos servicios para toda la población, con el propósito de lograr los objetivos de equidad.

En el tipo de desarrollo previsto, es fundamental la función de los servicios sociales. Las desigualdades sociales que crea el rápido crecimiento económico deben ser superadas mediante políticas correctoras que empleen vigorosamente los servicios sociales con ese propósito.

La principal responsabilidad de los servicios sociales consiste en contribuir a mejorar los perfiles de bienestar de la población y, en particular, a aumentar las oportunidades de los grupos menos favorecidos. En consecuencia, está justificado dar prioridad a la asignación de recursos financieros y reales a los servicios sociales si estos mejoran la calidad de vida y reducen las desigualdades. La política concerniente a los servicios sociales debe ser un aspecto de una política más amplia sobre la distribución y la organización de la población, la producción y el consumo, la distribución y aumento de los ingresos, y la creación de centros de población estructurados de tal modo que faciliten el acceso gradual a los servicios sociales.

Es fundamental el aspecto de la financiación; la posibilidad de producir algún efecto de redistribución mediante los servicios sociales depende no solo de la estructura y magnitud de los servicios y de los sectores de la población con acceso efectivo a ellos, sino también de la forma en que se financian.

En este contexto, es crucial llegar a una clara definición de los objetivos de los servicios sociales. Es preciso decidir si la meta consiste en proporcionar a los grupos menos favorecidos acceso a los servicios disponibles para todos en términos de relativa igualdad o proporcionar servicios especiales a ciertos grupos.

La esencia de la meta de salud para todos en el año 2000 es mejorar la calidad de la vida, reducir las desigualdades y eliminar la pobreza extrema. Las estrategias para lograr esa meta tendrán por lo tanto que tomar en cuenta los diversos factores económicos, sociales y demográficos ya mencionados, que a menudo resultan limitantes.

Capítulo 6

LOS PROXIMOS VEINTE AÑOS EN LA ATENCION DE SALUD

A comienzos del decenio de 1980, los países del hemisferio occidental ayudaron a recopilar dos documentos que más tarde aprobaron para sustituir al Plan Decenal de Salud para las Américas que ya concluía, y para orientar sus esfuerzos en el campo de la salud durante el resto del siglo. El primero, basado en parte en un minucioso análisis de los resultados del Plan Decenal de Salud, estableció los principios generales para el futuro; este documento fue *Salud para Todos en el Año 2000: Estrategias*, publicado en 1980. El segundo, el *Plan de Acción*, dio una estructura específica a las *Estrategias* y se publicó en 1982.

Los dos documentos abarcan toda la gama de actividades de la Organización Panamericana de la Salud y sus Países Miembros. Esas actividades específicamente incluidas en el campo de la atención de salud—servicios de salud, control y prevención de enfermedades, higiene ambiental, desarrollo de recursos humanos e investigaciones científicas y tecnológicas—se analizan en este capítulo, mientras que las actividades de carácter secundario, como la financiación y las relaciones entre los sectores, se considerarán en el último capítulo.

La consigna acordada por la OPS, los gobiernos de las Américas y la Organización Mundial de la Salud en relación con sus esfuerzos hasta llegar al 2000, es "atención primaria de salud". En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, en septiembre de 1978, los gobiernos del mundo adoptaron la siguiente definición:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Posteriormente se ha precisado aún más la definición de la atención primaria de salud, incluyendo las siguientes características fundamentales:

Puesto que la meta de salud para todos en el año 2000 consiste esencialmente en reducir las desigualdades entre países y grupos de población, la estrategia de atención primaria de salud debe ser aplicable a toda la población y no limitarse a los sectores necesitados o marginados, si bien la satisfacción de las necesidades básicas de estos grupos es uno de los objetivos principales. Por esta razón, la atención primaria de salud no puede concebirse como un programa limitado, con el propósito de satisfacer en cierta medida las necesidades mínimas de la población que vive en una pobreza extrema.

La atención primaria es considerada el punto de contacto con la comunidad para satisfacer sus necesidades básicas, incluida la salud. El desarrollo y organización de la comunidad para su propio bienestar, que comprende el elemento de salud, es una condición necesaria para esta estrategia, que exige un enfoque multi-sectorial en sus aspectos conceptuales y operativos.

Se la considera la puerta de entrada al sistema de salud y requiere que el sistema se organice para garantizar la accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional y que lo haga con equidad, prontitud y eficiencia, de tal modo que se ejerza el efecto deseado de salud sobre toda la población. Con este propósito es necesario reestructurar el sistema sobre la base de mecanismos para referir pacientes, de niveles de complejidad creciente, y de la regionalización funcional del sistema.

No es difícil descubrir los orígenes de este nuevo énfasis otorgado a la atención primaria de salud. La mayoría de los países del mundo aún sigue el modelo occidental de atención de salud que, a pesar de sus muchos y brillantes éxitos, también tiene inconvenientes que se magnifican en los países en desarrollo. Entre esos inconvenientes se cuentan su excesiva dependencia de profesionales que requieren una capacitación prolongada y costosa, aun para el tratamiento de trastornos menores; la mala distribución de esos profesionales y de las instalaciones en que prestan sus servicios; y la supeditación a tecnología complicada y costosa que, por lo general, no pueden permitirse los países del Tercer Mundo.

Si se desea hacer llegar la atención de salud a todos los sectores de la sociedad en los países en desarrollo, deben superarse esos inconvenientes sin sacrificar los beneficios del modelo occidental. La atención primaria parece constituir la solución adecuada. Desde el punto de vista conceptual, es una pirámide en la que los trabajadores de salud de los niveles más bajos reciben una capacitación más sencilla en un plazo más corto y, a diferencia de muchos profesionales, carecen de las habilidades necesarias para usar instalaciones y equipos complicados y costosos en las zonas marginadas. Los problemas de salud más comunes se resuelven en la base o nivel primario de la pirámide. Los problemas más complicados—que los trabajadores de atención primaria de salud han aprendido a reconocer—se refieren a niveles superiores, donde existen profesionales más capacitados e instalaciones y equipos más complejos para tratarlos. En un país pequeño, la cúspide de la pirámide es típicamente una facultad nacional de medicina y un hospital escuela, cuyo personal está constituido por especialistas y que cuenta con la tecnología más reciente.

Si bien al formular las *Estrategias* y el *Plan de Acción* sus autores concordaron en que la atención de salud debía ser accesible para todos, también decidieron que

grupos específicos, más expuestos a las enfermedades y con mala salud, recibirían especial atención en los futuros esfuerzos de salud.

A comienzos del decenio de 1970 tenían máxima prioridad los grupos rurales de escasos recursos, las madres y los niños. Desde entonces se han identificado gradualmente nuevos grupos vulnerables que están tomando en cuenta los planificadores de salud. Esto, por una parte, es resultado de las modificaciones en el volumen, crecimiento, estructura y distribución geográfica de la población, y, por otra, responde al desarrollo tecnológico y organizativo de los servicios de salud.

En los distintos países y en la medida en que se ha ampliado la cobertura de sus servicios de salud, los grupos urbanos y rurales de escasos recursos están adquiriendo mayor importancia, especialmente en las grandes ciudades, donde viven hacinados en barrios marginados y constituyen una fuente de particular preocupación para los gobiernos. En consecuencia, los grupos menos favorecidos de las zonas rurales y urbanas se han convertido en la máxima prioridad en nuestros días.

En algunos países se ha tendido a otorgar especial atención a las familias, como un medio en el que se pueden identificar problemas comunes y es más fácil tomar medidas utilizando los recursos de la misma comunidad. Entre esos problemas y soluciones se contarían la inmunización, las enfermedades diarreicas, la malnutrición, los trastornos mentales y la planificación de la familia. Como resultado de una esperanza de vida más prolongada, ciertos países han comenzado a considerar a las personas de edad avanzada como un grupo de prioridad y es cada día mayor el reconocimiento de las necesidades específicas de los ancianos, que hasta ahora no han sido previstas por los servicios nacionales de salud. Otro grupo que es objeto de creciente preocupación es el de los trabajadores industriales, cuyo número está aumentando con rapidez pero que aún enfrentan ambientes insalubres de trabajo, que pueden provocar enfermedades y accidentes.

Servicios de salud

Los servicios de salud constituyen un organismo cuyo corazón es la atención primaria. Lograr que funcionen bien durante los dos próximos decenios es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y, en consecuencia, debemos abordar algunos problemas urgentes en cuanto a estos servicios con el fin de ampliar su cobertura, aumentar y fortalecer su capacidad operativa, mejorar su planificación y evaluación, aumentar su eficiencia y perfeccionar sus sistemas de información.

Ampliación de la cobertura. A través de los años, ha surgido un vasto panorama de los programas y proyectos que los países de la Región han desarrollado para ampliar la cobertura de sus servicios de salud. En todos los casos, la meta fundamental ha sido ampliar los servicios, mientras que los objetivos inmediatos consistieron en construir nuevas instalaciones, mejorar las ya existentes, capacitar a los trabajadores de salud para constituir el personal de dichas instalaciones o introducir modificaciones en la organización y administración de las instituciones del sector salud.

Los ministerios de salud siempre han desarrollado proyectos, pero han sido

considerables las variaciones en cuanto al efecto causado por las decisiones adoptadas. En muchos casos, por desgracia, esas decisiones han tenido escasas repercusiones fuera de las oficinas ministeriales. En los proyectos de algunos países se descubre un enfoque multisectorial pero en muy pocos casos dicho enfoque se ha manifestado en forma efectiva. En este aspecto resta mucho que hacer si se desea que la estrategia de atención primaria de salud tenga plena vigencia.

Para ampliar los servicios, es crucial analizar y redefinir la estructura legal y funcional del sector de salud, incluidos los sistemas de seguro social. Tal vez se requieran ciertos reajustes en las siguientes áreas:

- Estructura, organización y funciones del sector y sus numerosos organismos independientes, incluido el subsector privado.
- Definición y organización de la comunidad o sistema "no estructurado" y de sus relaciones con el sistema institucional u "oficial".
- Creación de mecanismos para coordinar las distintas partes del sector y definición de los grupos cuya salud será responsabilidad de cada parte, con el fin de evitar la superposición.
- Análisis y planificación de una regionalización funcional, nuevamente con el propósito de evitar la duplicación de esfuerzos.

Aumento y fortalecimiento de la capacidad operativa. La mayoría de los servicios de salud actuales no pueden poner en práctica la estrategia de atención primaria de salud, porque carecen de pirámides de atención de salud o estas no están diseñadas adecuadamente, son escasos los edificios y equipos, no cuentan con suficientes recursos humanos del tipo requerido y necesitan tanto capital como fondos para gastos de operación.

Para aumentar la capacidad operativa del sector salud se requerirá reajustar la estructura de los sistemas de prestación de servicios de salud y establecer y desarrollar una planificación eficiente y coordinación administrativa dentro del sector y con los demás sectores. Para mejorar estos procesos habrá que elaborar y aplicar tecnologías adecuadas que garanticen la máxima eficiencia y eficacia de los servicios, y será necesario contar con sistemas de información que permitan una mejor adopción y control de las decisiones.

Una vez logrado el máximo aumento de la productividad de la capacidad instalada de los servicios, es preciso estimar otras inversiones necesarias para alcanzar las metas nacionales de salud. Tales inversiones deben concentrarse en los niveles de atención de salud menos complejos y en la expansión y reorientación de los niveles secundarios y terciarios que apoyan a los primarios. Los programas de inversiones deben tomar en cuenta la construcción de nuevas instalaciones, así como la remodelación y mantenimiento de las ya existentes. Deben basarse en la revisión y elaboración de soluciones técnicas, arquitectónicas y en cuanto a equipo, cuyo objetivo sea reducir los costos de capital y de funcionamiento.

Planificación y evaluación. La planificación adecuada debe ser la base del desarrollo de los servicios de salud, pues sin ella serán ineficaces, se duplicarán los esfuerzos y se malgastarán los recursos nacionales. Una vez planeados los servicios, es preciso programar sus insumos—humanos, materiales y económicos—de tal modo que estén disponibles en el momento y el lugar necesarios. Por último, deben evaluarse los resultados de la labor de los servicios para corregir sus defi-

ciencias y hacer reajustes según las condiciones cambiantes, tales como desplazamientos de la población o nuevas pautas patológicas.

En muchos países aún no están bien desarrolladas las unidades y métodos necesarios para cumplir estas tres funciones y, en consecuencia, dichas funciones no se realizan en forma satisfactoria. De ahora en adelante es necesario dar especial importancia a la planificación, programación y evaluación de los servicios de salud.

Sistemas de información. Si los servicios de salud constituyen el organismo cuyo corazón es la atención primaria y cuyo cerebro es la planificación, evaluación y administración, la información representa su sistema nervioso periférico, que lo recorre de una parte a otra. ¿Ha aumentado la incidencia de una enfermedad? ¿Se ha duplicado la población de un barrio marginado? ¿No se han hecho reparaciones en un puesto de salud? ¿Se necesita más agua potable en una aldea?. Todas esas preguntas y sus respuestas constituyen información sin la cual no pueden tomarse decisiones acertadas en el ámbito de la salud.

Los sistemas de información existentes son, en muchos casos, bastante deficientes y es necesaria una reestructuración fundamental o una completa reconstrucción. Es preciso identificar las necesidades de información, elaborar procedimientos para la reunión, compilación y análisis de datos, capacitar a quienes reúnen, analizan y usan la información e idear métodos para una difusión adecuada.

Control y prevención de enfermedades

Es muy probable—podríamos decir seguro—que se modifique en forma drástica la estructura de la morbilidad y la mortalidad en la Región durante los próximos veinte años. Aunque tal vez disminuyan en términos relativos, las enfermedades y defunciones causadas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, intensificadas por la malnutrición y el medio adverso, continuarán diezmando los grupos urbanos y rurales de escasos recursos, en particular a los niños; no obstante, quizás disminuyan radicalmente algunas de las enfermedades endémicas más difundidas y las enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación. A medida que desaparezcan las enfermedades transmisibles y mejore la higiene del medio, aumentará la longevidad y, con ella, la incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas. Se ha pronosticado, por ejemplo, que a fines del siglo el 20% de las defunciones en América Latina y el Caribe serán provocadas por tumores y el 50% por trastornos cardiovasculares. Para entonces también las enfermedades mentales y los accidentes adquirirán más importancia en la patología.

El control de las enfermedades diarreicas, actualmente la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los niños pequeños, requerirá muchas medidas relacionadas entre sí: mejoramiento de la nutrición materno-infantil, educación para la salud, fomento de la alimentación con leche materna, mejoramiento de la higiene ambiental (en particular el suministro de agua potable, la eliminación de excretas y la higiene de los alimentos) e intensificación de la vigilancia epidemiológica. La terapia más específica, la rehidratación oral basada en el empleo de ciertas sales, comenzó a ser promovida en las Américas a mediados del decenio de 1970 y hoy constituye una gran esperanza. Si continúan estos esfuerzos y se encuentran

los recursos económicos necesarios, se reducirá la morbilidad a niveles tal vez comparables con los del Cono Sur y los países latinoamericanos del Caribe.

Mediante el desarrollo de programas de tratamiento eficaz integrados con la ampliación de la cobertura y una mejor atención primaria de salud, los países esperan reducir por lo menos a la mitad la actual mortalidad de los lactantes provocada por enfermedades respiratorias agudas. Estas afecciones—principalmente neumonías—causan más de 50.000 defunciones anuales en América Latina y el Caribe, la mayoría de ellas entre los niños y los ancianos. Las medidas preventivas que pueden adoptarse consisten fundamentalmente en el empleo de vacunas, cuya aplicación requerirá programas específicos. La tuberculosis, una afección respiratoria crónica, a pesar de su amplia propagación está disminuyendo; gracias a mejores técnicas para la detección de casos, la vacunación con BCG y los progresos en la quimioterapia adecuada, se espera que sea escasa la incidencia de esta enfermedad a fines del siglo.

La lepra constituye un problema importante en 14 de los países de la Región, donde se han registrado casi un cuarto de millón de casos. Los progresos en la solución de este problema no comenzaron hasta el decenio de 1970, con la aparición de nuevos fármacos y el desarrollo de investigaciones sobre una vacuna eficaz. La magnitud del problema probablemente se reducirá en forma considerable en los dos próximos decenios.

Una de las áreas más promisorias en cuanto al control de las enfermedades es la de las enfermedades evitables mediante la vacunación. La morbilidad y la mortalidad provocadas por seis enfermedades de ese tipo—difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis no se redujeron en la medida prevista en el Plan Decenal de Salud. En consecuencia, en 1977 los Gobiernos de la Región adoptaron el Programa Ampliado de Inmunización, que ha creado programas verticales de inmunización cuando las infraestructuras eran insuficientes. Se confía en que, mediante esas actividades, para el año 2000 la mortalidad causada por esas seis enfermedades descenderá a un 0,2% de todas las defunciones en América Latina y el Caribe. Sin embargo, es necesaria una advertencia: los países deben tener en cuenta la historia de las campañas de inmunización en los países industrializados; cuando se elaboraron nuevas vacunas capaces de erradicar la enfermedad y se las aplicó en gran escala, las enfermedades en cuestión descendieron a cifras muy bajas, hubo negligencia en cuanto a la vacunación y en algunos lugares recrudescieron las enfermedades.

Será más difícil combatir otras enfermedades, como las de transmisión sexual, la malaria y otras afecciones parasitarias. Las enfermedades de transmisión sexual, en particular la blenorragia resistente a la penicilina y el herpes, constituyen ahora una grave preocupación en toda la Región y son pocos los países que tienen programas de lucha satisfactorios. Donde existen medidas para combatir esas enfermedades, generalmente se aplican solo en las ciudades y abarcan una parte no estimada pero obviamente pequeña de la población infectada. Hasta que se cuente con vacunas adecuadas, los gobiernos tendrán que efectuar una mejor vigilancia y confiar en los métodos actuales de tratamiento, no siempre eficaces.

La erradicación continúa siendo la meta de los programas de lucha contra la malaria en la Región, como lo ha sido desde el decenio de 1950, cuando había grandes esperanzas de acabar con esa enfermedad. Sin embargo, desde entonces

han aparecido especies de vectores resistentes a los insecticidas y cepas del parásito resistentes a los fármacos, que representaron un duro golpe para los programas. Esto, y los problemas administrativos y de operación que obstaculizaron los programas, han detenido el progreso en los últimos años; el resultado fue que no se pudo alcanzar la meta del decenio de 1970 de interrumpir la transmisión en esa parte de la zona originalmente malárica de la Región en la que vivía el 90% de la población afectada. En 1981, se había logrado una interrupción del 75,3% y, hacia fines del decenio de 1970, se produjo una verdadera explosión de la enfermedad en varios países. Considerando los numerosos problemas que afrontan los programas, tal vez solo se pueda erradicar la enfermedad cuando se obtenga una vacuna eficaz. Actualmente se está progresando bastante en ese aspecto.

La prevalencia de enfermedades parasitarias, como la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, la esquistosomiasis y la filariasis, es elevada en la Región. Los gobiernos están intensificando sus esfuerzos para proporcionar servicios adecuados de laboratorio, vigilancia epidemiológica, medidas para combatir a los vectores y, en general, controlar esas enfermedades. Se puede esperar que el efecto de estas disminuirá en los próximos dos decenios.

El progreso previsto en el control de las enfermedades transmisibles, sumado a una reducción de la morbilidad general que está aumentando considerablemente la esperanza de vida al nacer, modificará la composición de la población por edad. La consecuencia será un cuantioso aumento de la población en peligro de contraer las enfermedades crónicas y degenerativas de la edad avanzada.

A mediados del decenio de 1970, las defunciones causadas por tumores en América Latina y el Caribe representaban proporciones muy diversas de la población, que variaban entre el 3% y el 22%, con una probable mediana del 7%. Para fines del decenio, es probable que, esas proporciones se acerquen al 20% del total de defunciones. Si se acepta el pronóstico de que en los últimos cinco años del siglo la mortalidad general en América Latina será de seis defunciones por cada mil habitantes, las muertes provocadas por tumores podrían llegar al 1,2 por mil o 690.000 al año. En vista de la atención de salud especial que requiere el cáncer, es fácil comprender que el sector salud tendrá que hacer un enorme esfuerzo para combatir los tumores.

Probablemente alrededor de una cuarta parte del total de defunciones en América Latina y el Caribe son causadas por trastornos cardiovasculares de todo tipo. Se puede prever que, a fines del siglo, el índice de mortalidad por estas enfermedades llegará a aproximadamente el 3%, lo que equivale a 1,7 millones de defunciones al año en la Región. Serán por lo tanto necesarios esfuerzos similares a los que requiere la lucha contra el cáncer.

Como resultado del crecimiento de los grupos de edad avanzada y de la concentración en las zonas urbanas industrializadas, probablemente aumentarán en América Latina y el Caribe los casos de trastornos mentales, alcoholismo, farmacodependencia y enfermedades ocupacionales. En lugar de subrayar la atención psiquiátrica, los programas de salud mental tendrán que dar mayor importancia a la prevención de las enfermedades mentales, que deberá ampliarse mediante la participación de los trabajadores primarios de salud. Las estrategias regionales recientemente adoptadas proponen que las medidas de protección y prevención en el ámbito de la salud ocupacional marchen a la par del progreso tecnológico; esto

incluye la prevención de accidentes y la rehabilitación. Como complemento, requieren que se establezcan y fortalezcan los organismos que llevan a cabo programas de salud ocupacional e higiene industrial, investigaciones sobre los costos sociales y económicos de los problemas laborales y trámites para financiar los programas.

Alimentación y nutrición

La persistencia de la malnutrición en la Región, a pesar de la aparente disponibilidad adecuada de alimentos, indica que, para solucionar el problema no bastará con simplemente incrementar la producción del agro. Los países tendrán que lograr respuestas intersectoriales como el aumento del ingreso real de los grupos menos favorecidos, el mejoramiento de la protección integral de la salud de dichos grupos y la elevación de sus niveles sociales y educativos.

Los factores que determinan la disponibilidad, el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, corresponden a distintos sectores del desarrollo. La disponibilidad de alimentos y su consumo son directamente influidos por cuestiones tales como la producción nacional de alimentos para el consumo interno, los niveles y tendencias de los salarios de los grupos de escasos recursos, el desempleo y el subempleo y el costo de una dieta mínima adecuada.

Los hábitos, tradiciones y creencias que contribuyen a conformar el consumo real de la dieta mínima entre esos grupos, determinan también la viabilidad de un programa alimentario. La higiene ambiental, las enfermedades infecciosas y parasitarias, el estado de inmunización, la educación, el vestido y la vivienda, son factores importantes que, junto con otros, afectan la absorción de nutrientes a nivel celular.

Estas consideraciones hacen evidente que, si se desean resolver los problemas de nutrición en la Región, es necesario reconocer el carácter multisectorial de los alimentos y la nutrición mediante políticas de desarrollo que hagan posible cambiar la estructura del sistema de provisión de bienes y servicios al consumidor, para que concuerde con las necesidades básicas de los grupos de escasos recursos.

Si bien el sector salud recibe el efecto directo de la malnutrición y toma medidas específicas para superarlo, las características del problema exigen políticas nacionales intersectoriales en relación con los alimentos y la nutrición. Con este propósito, algunos países han formado grupos técnicos en sus dependencias de planificación nacional para que analicen las repercusiones que han tenido en la nutrición distintos programas y proyectos de desarrollo económico y social.

A pesar de que los esfuerzos para mejorar la situación nutricional y alimentaria—ya sea a nivel local mediante programas integrados de nutrición o a nivel nacional con políticas alimentarias y nutricionales—aún no han producido mejoras de importancia, no hay duda de que hoy existe una mayor conciencia política de las repercusiones sociales y económicas de la malnutrición y, en consecuencia, de la necesidad de elaborar estrategias y programas para solucionar ese problema.

Salud ambiental

Si a fines de 1990 se han alcanzado los objetivos del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, los 338 millones de habitantes de las zonas urbanas y los 147 millones de las zonas rurales de América Latina y el Caribe tendrán agua, alcantarillado u otros servicios de eliminación de desechos. La labor entre 1991 y el año 2000 consistirá entonces en ampliar estos servicios para adecuarlos al aumento de población durante el decenio, y administrar y mantener los sistemas existentes y los nuevos que se establezcan.

En los últimos 20 años se han hecho más esfuerzos para construir y ampliar los servicios de agua y alcantarillado que para su operación y mantenimiento. En las zonas rurales de América Latina, el 30% o más de los sistemas de abastecimiento de agua en las comunidades pequeñas, a causa de que no se hacen funcionar bien ni se mantienen en forma adecuada, trabajan en forma muy inferior a sus posibilidades dos o tres años después de su construcción.

Las tecnologías actualmente empleadas en general son aplicables a proyectos urbanos pero, con frecuencia, resultan excesivamente complicadas. En ocasiones se construyen filtros de arena de acción rápida cuando, desde el punto de vista técnico, sería preferible una filtración lenta. Se han empleado plantas de tratamiento compacto y automatizado cuando los diseños tradicionales hubieran resultado más fáciles de manejar. Además, se han instalado plantas para el tratamiento de aguas servidas en lugares donde se podrían haber empleado estanques de estabilización.

Las tecnologías empleadas en los servicios rurales a menudo no han sido las más apropiadas. Como en esas zonas es muy grande el déficit de servicios, es conveniente que se seleccionen tecnologías compatibles con las condiciones económicas y socioculturales del lugar.

Será preciso emplear sistemas individuales en las zonas en que están dispersos los habitantes. En estos casos son muy importantes los factores socioculturales, pues cada residente utilizará y hará funcionar el sistema. Las tecnologías elegidas tendrán que basarse fundamentalmente en el esfuerzo propio, aunado a una sólida educación sanitaria.

Para garantizar que se contará con el equipo y los productos químicos necesarios, habrá que cuantificar la demanda con el propósito de promover el desarrollo industrial sobre la base de la tecnología apropiada y la disponibilidad de materias primas. Cuando sea conveniente, estos programas complementarios relacionados con equipo y material deben efectuarse a nivel subregional, como en el caso de los países del Pacto Andino.

El concepto del pago de tarifas por servicios sanitarios y de agua potable está bien establecido en la Región. En las zonas rurales el ingreso recaudado por el suministro de agua es menos uniforme y, en general, inadecuado para cubrir los gastos. No obstante, las comunidades rurales pueden hacer contribuciones importantes con materiales, trabajo y la administración y operación de los servicios.

Si bien los costos varían de un país a otro y aun dentro del mismo país, según la solución adoptada, se calcula que la inversión total necesaria en América Latina y el Caribe entre 1981 y 1990 será de US\$50.000 millones de dólares, de acuerdo con

los precios de 1978; de esa cantidad, \$20.000 millones corresponderán al abastecimiento de agua y \$30.000 millones a las instalaciones de alcantarillado y eliminación de desechos. Se estima que la suma anual que se requerirá durante el período será de \$5.000 millones.

La capacidad instalada de los sistemas para eliminación de desechos sólidos en América Latina y el Caribe se valora en más de \$400 millones, de los que la mayor parte corresponde a equipo. Este con frecuencia se ha adquirido con fondos del gobierno nacional o municipal o mediante financiación a corto o mediano plazo y con altas tasas de interés. Se necesitan mecanismos para desarrollar gradualmente los servicios y, al mismo tiempo, salvaguardar las inversiones.

Durante los decenios de 1960 y 1970 el crecimiento de la población urbana intensificó la contaminación ambiental. Además, muchas industrias en expansión emplearon cantidades cada vez más grandes de agua; esto, a su vez, llevó a un aumento de la contaminación del aire y el agua. Son ejemplo de esas industrias las que elaboran harina de pescado, productos químicos, pulpa de madera, acero y derivados del petróleo.

A principios del decenio de 1970 era evidente que la contaminación en América Latina y el Caribe se estaba propagando con rapidez y había alcanzado niveles que causaban serias preocupaciones a las autoridades de salud. La mayoría de las 17 ciudades con más de un millón de habitantes tenían problemas de contaminación. En varios países, en particular en los más industrializados como Brasil, México y Venezuela, se tomaron medidas importantes para combatir la contaminación. En la actualidad, grandes extensiones de territorio, especialmente en las zonas metropolitanas más importantes de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Venezuela, enfrentan complejos problemas provocados por los medios de transporte y los desechos industriales que, en su forma definitiva, se convierten en contaminantes de la atmósfera, el agua, los alimentos y el suelo. Además, se están sufriendo los efectos de miles de sustancias químicas empleadas en la vida cotidiana, que incluyen pesticidas y nuevos productos químicos que ingresan en el mercado cada año. La mayoría de esas sustancias se producen en los mismos países, mientras que otras son importadas.

Ningún país ha establecido una red nacional de vigilancia ambiental, si bien en algunos se han instituido actividades de vigilancia con propósitos específicos. En la actualidad están funcionando sistemas automáticos de vigilancia de la contaminación atmosférica en la ciudad de México y en São Paulo. La complejidad del equipo, los procedimientos de muestreo, los análisis y la preparación de informes, requieren especialistas muy capacitados, respaldados por servicios de laboratorio y mantenimiento, pero esos conocimientos solo pueden adquirirse en unos cuantos centros científicos y tecnológicos de la Región. Es preciso establecer, ampliar o reforzar las instituciones de ese tipo en la mayoría de los países.

En estos momentos, solo algunos países cuentan con organismos capaces de llevar a cabo proyectos de investigación ambiental. Los laboratorios de investigación, cuando los hay, por lo general tienen muy poco equipo y personal y, en consecuencia, solo cumplen funciones ordinarias.

Como resultado de la ausencia de revistas y otras publicaciones en español y en portugués, son en extremo limitados los intercambios de información sobre contaminación ambiental y sus consiguientes riesgos para la salud. Recientemente se

ha comenzado a intentar establecer sistemas de información y organizar centros nacionales de información.

El Plan Decenal de Salud para las Américas incluía entre sus objetivos proteger al 70% de la población trabajadora en los países que contaban con programas de salud ocupacional y al 50% en aquellos que aún no habían desarrollado en forma adecuada esos programas.

Si bien no se lograron esas metas, a comienzos del decenio de 1980 se alcanzaron progresos importantes en muchos países. Los países del Pacto Andino iniciaron la preparación de un programa conjunto de salud ocupacional y los países del Caribe comenzaron a definir la situación y a organizar programas en sus territorios. Las instituciones de seguro social de muchos países ampliaron sus actividades, ya fuera para proteger mejor la fuerza laboral o para ampliar su cobertura de ese sector. En seis países se han establecido o se están creando institutos de capacitación en higiene del trabajo; no obstante, es mucho lo que aún resta hacer para alcanzar las metas que se habían fijado en 1972.

La responsabilidad de la salud ocupacional está repartida entre los ministerios de salud y del trabajo y las instituciones del seguro social. Los programas que se llevan a cabo son por lo general limitados. Una acción coordinada contribuiría en forma considerable a reducir los actuales índices de enfermedades y lesiones ocupacionales.

Los servicios de control de los alimentos no han progresado paralelamente a la industria y tecnología de los alimentos. No se ha actualizado la legislación y no se han modernizado los servicios de control.

El hecho fundamental es que aún no se han definido con claridad las responsabilidades del sector salud en cuanto a la vigilancia de los alimentos. En los últimos años, los ministerios de salud han comenzado a interesarse en el control de la calidad de los alimentos, principalmente porque los países tienen ahora que importar cantidades cada vez mayores de alimentos. El costo de estas importaciones, aunado a las continuas pérdidas causadas por el deterioro de alimentos producidos en el país, han añadido una carga considerable a las balanzas nacionales de pago en América Latina y el Caribe. La morbilidad y mortalidad provocadas por gastroenteritis y enfermedades diarreicas podrían reducirse considerablemente mediante medidas preventivas impuestas por servicios modernos de control de la calidad de los alimentos. Los costos económicos por hospitalización de casos de las enfermedades mencionadas disminuirían y se evitaría la pérdida de grandes cantidades de alimentos.

En la mayoría de los países, la infraestructura de vigilancia de los alimentos es en gran parte ineficaz. Sus actividades son mínimas: el muestreo, esporádico; los datos de laboratorio, cuestionables; además existe muy poca información básica sobre la labor realizada y los resultados obtenidos por los servicios de control de los alimentos. Es mínima la cooperación entre los ministerios de salud y los de agricultura, responsables de lo relacionado con los alimentos. La vigilancia se ejerce en forma limitada o simplemente no existe. La carencia de políticas nacionales de protección de los alimentos va acompañada de la ausencia de políticas económicas y de planificación a largo plazo para mejorar los servicios ya existentes para el control de los alimentos, o crear otros nuevos.

En Brasil, Colombia, Chile, México y Venezuela se ha progresado algo en

relación con el desarrollo institucional, principalmente a nivel del gobierno central. Las estructuras institucionales en los niveles inferiores necesitan considerables aportes en cuanto a recursos humanos y fondos.

Las posibilidades de emplear las tecnologías de control disponibles serán limitadas a menos que se fortalezcan simultáneamente la administración, inspección y muestreo, vigilancia y educación pública. Como medidas esenciales y complementarias para lograrlo, es preciso capacitar personal y crear instituciones.

Recursos humanos

Todos los gobiernos de las Américas comprenden la importancia de formular estrategias para capacitar y emplear los recursos humanos con el propósito de satisfacer las necesidades de sus distintos programas de salud. Para que se capacite el número requerido de personal en las disciplinas necesarias, es preciso que la planificación de los recursos humanos de salud se realice en forma conjunta con la planificación del sector educativo. Se hace hincapié en el desarrollo de sistemas de información en cuanto a recursos humanos, la promoción de métodos de capacitación adecuados, la elaboración de políticas generales de recursos humanos y la formulación de programas de investigación sobre recursos humanos.

Las estrategias regionales y el Plan de Acción, que incluyen las prioridades de los países, destacan la importancia de la comunidad, el personal de nivel medio y auxiliar y la reorientación de los profesionales. También dan énfasis a la capacitación de los trabajadores de salud en materia de planificación, programación y administración de sistemas y servicios. Subrayan además la necesidad de una adecuada distribución geográfica acorde con los planes de cobertura, el desarrollo de sus sistemas de supervisión y políticas relacionadas con el personal, y la creación de carreras profesionales en todos los niveles.

Desgraciadamente, la mayoría de los países de la Región no tienen políticas definidas de planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos. Se han propuesto políticas relacionadas con algunos profesionales, especialmente graduados universitarios y grupos de movilidad ascendente, cuyas actividades profesionales están gobernadas por una legislación específica sobre sus derechos y responsabilidades. En apariencia, la falta de una política definida para el sector salud en general es la causa de la ausencia de políticas sobre recursos humanos en muchos países.

La disparidad entre la demanda y la oferta de recursos humanos en muchos países es sin duda consecuencia de la planificación inadecuada. No se puede decir que la planificación del desarrollo general constituya el marco adecuado en el que se puedan incorporar la planificación educacional en general y la planificación de salud en particular. El problema no es simplemente la debilidad de los vínculos de organización entre los sectores de educación y de salud y las controversias filosóficas acerca del lugar que ocupa la educación en la planificación general, sino también los numerosos obstáculos prácticos que enfrenta la planificación en un mundo políticamente inestable, en el que están muy arraigados los intereses creados y son escasos los recursos.

La ampliación de las oportunidades educativas para los profesionales obser-

vada en el decenio de 1970, no guarda relación con las políticas de salud de los países. Existe preocupación por el gran número de estudiantes de medicina y la política de crear nuevos cargos para los programas de ampliación de la cobertura, en particular de técnicos de salud y auxiliares.

La información disponible revela que en América Latina y el Caribe existían, según las estimaciones, 580.000 trabajadores de salud en 1970 y 977.000 en 1977. Si se compara este aumento con el de la población atendida, se verá que el número total de personal de salud por cada 10.000 habitantes subió de 20,6 en 1970 a 28,7 en 1977. Como resultado de esta proporción más favorable, se da por sentado que no existe una carencia general de personal sino cierta escasez en algunas categorías, causada por un desequilibrio en la estructura laboral del sector de salud.

Si bien algunas diferencias responden a un mejor registro de datos, la modificación de las normas de clasificación o la integración de ciertas clases de personal técnico en la categoría profesional, los datos relacionados con el decenio de 1970 demuestran con claridad que hubo una grave carencia de técnicos de nivel medio y un continuo aumento del personal profesional.

Estos dos factores sugieren que aún no se han puesto en práctica las políticas que dan prioridad a la formación de personal técnico y auxiliar, y que este tipo de personal no ha sido aprovechado en los servicios de salud de acuerdo con su estructura actual.

Los cálculos basados en el personal del sector salud en 1977 y en las instalaciones previstas para el futuro, indican una necesidad de más de un millón de nuevos trabajadores de salud en 1990. Esto no significa que se debe duplicar el número de personal con que se contaba a fines del decenio de 1970, sino que si las instalaciones se amplían, absorberán 150.000 profesionales, 250.000 técnicos y 650.000 auxiliares más.

Debe señalarse que la mayoría de los países cuentan con instalaciones satisfactorias para la educación universitaria. También hay programas, si bien por lo general inadecuados, para capacitar auxiliares, pero existen graves deficiencias en la preparación de personal técnico de nivel medio. Esto exige una revisión urgente de las políticas actuales.

Se ha estimado que, en América Latina y el Caribe, el costo de la capacitación del personal adicional necesario durante el próximo decenio será de \$1.000 millones de dólares. No obstante, es preciso señalar que el problema fundamental no radica en los costos iniciales de capacitar más personal sino en los gastos ordinarios de su empleo posterior con adecuados niveles de sueldo. Es necesario asegurarse de que se cuenta con suficiente financiación nacional o, si no la hay, externa, hasta que el sistema de salud pueda absorber los costos permanentes.

El número de personal necesario para los servicios de salud en los diez años de 1990 al 2000 dependerá de la cobertura alcanzada en el decenio de 1980, la ejecución de la estrategia de atención primaria, el éxito logrado en el control de las enfermedades infecciosas, y la medida en que se use la tecnología apropiada. Es importante señalar que para el año 2000, aun suponiendo que se reduzca el índice actual de su crecimiento, los trabajadores de salud en América Latina y el Caribe llegarán casi a dos millones; esto creará problemas trascendentes en cuanto a reorientación y nueva capacitación.

Se han hecho numerosos intentos de crear "equipos de salud" multidisciplina-

rios, pero muy pocos han tenido éxito. Esto tal vez obedezca a la falsa creencia de que métodos de curación esencialmente individuales podían convertirse en técnicas de equipo integrales. El ejercicio individual de las profesiones de la salud predomina actualmente e influye en la educación en ciencias de la salud en América Latina y el Caribe.

Las iniciativas en cuanto a planificación de recursos humanos no se basaron en un concepto de planificación global. Esto se vuelve claro cuando se observa que en muy pocos casos las metas de crecimiento se tradujeron en empleos, productividad y calidad de los recursos humanos. Existe también una ausencia de políticas explícitas de empleo y no se conocen las metodologías para proyectar las técnicas educativas y de capacitación.

Si se desea dar mayor respaldo a la capacitación multiprofesional, especialmente en el nivel técnico, debe producirse una verdadera transformación de las oportunidades de empleo y una modificación adecuada del sistema de incentivos.

Así, por ejemplo, no aumentará el número de enfermeras—o, si ocurriera eso, pronto se interrumpiría ese crecimiento—si no existen oportunidades reales de ejercer la profesión y si la remuneración y el prestigio siguen siendo escasos. Lo mismo puede decirse de los técnicos en salud de nivel medio, que constituyen el “cuello de botella” de la estructura del sistema de recursos humanos en el campo de la salud.

Transformar la posible demanda del mercado de trabajo en necesidades educacionales, plantea una serie de problemas que, si bien no son insuperables, deben considerarse cuidadosamente. Para satisfacer la necesidad de personal con múltiples habilidades, adaptable a diversas situaciones, deben utilizarse distintas combinaciones de capacitación dentro y fuera del ámbito escolar. Esto podría llevar a una situación en la que parezca que no hay escasez de personal calificado porque se ha eludido el problema reemplazando algunas ocupaciones con otras de calidad inferior.

En síntesis, hay disparidades considerables entre las aptitudes óptimas requeridas y las que poseen los trabajadores de salud con que se cuenta. Sin embargo, este es un costo social que hay que pagar y que solo puede superarse mediante programas estables de educación continua o permanente.

La administración de personal es el aspecto del desarrollo de recursos humanos al que se ha prestado menos atención. La necesidad de trabajadores de salud fue una vez tan grande que las oportunidades de empleo eran abundantes, pero no sucede así en la actualidad y son muy frecuentes los signos de desempleo y subempleo profesionales. La ausencia de políticas en relación con el personal de salud hace difícil planificar las carreras. La rapidez con que se producen los cambios estructurales exige una preparación flexible que permita al personal hacer frente a los cambios que se presentarán durante sus carreras. Esto, sumado al hecho de que educación significa amplia capacitación, hace necesario aumentar el contenido científico de la capacitación técnica e incluir en la educación científica más aspectos de la instrucción destinados a desarrollar habilidades y aptitudes.

A comienzos del decenio de 1970, y como consecuencia de las condiciones requeridas para ampliar la cobertura de los servicios de salud, los países nuevamente se concentraron en organizar y capacitar miembros de la comunidad para promover las actividades de salud y proporcionar ciertos servicios específicos. La

experiencia ha demostrado que esos voluntarios constituyen un valioso instrumento al ampliar los servicios de salud mediante la atención primaria de salud, a pesar de que sus funciones, su relación con el sistema institucional y su capacitación, varían de un país a otro. Simultáneamente, algunos países iniciaron programas para capacitar y utilizar nuevos tipos de personal paramédico.

Para identificar las habilidades que es preciso incluir en ese tipo de educación, son necesarios programas para que personal del área educacional supervise a los trabajadores de salud en el trabajo. Cualquier deficiencia detectada en la labor de los trabajadores puede corregirse con la capacitación continua.

Para intentar definir la supervisión, se puede comenzar con un concepto sencillo, común a todas las profesiones y ocupaciones: el supervisor debe asegurarse de que se cumplen las normas de desempeño. La actuación en el campo de la salud es difícil de evaluar porque, en general, los objetivos y actividades son menos explícitos y menos concretos. Por lo tanto, la supervisión es compleja y difícil la apreciación del desempeño.

La dificultad de definir los criterios para la supervisión de las actividades de salud se origina en parte en muchos de los problemas aún no resueltos que acosan al suministro de servicios de salud. Es particularmente difícil tratar de estimar la eficacia de las actividades de salud, o lo que se llama el "efecto" de los programas de salud sobre el bienestar de las personas. En síntesis, se requieren más investigaciones en materia de supervisión.

La supervisión en el campo de salud debe convertirse en el medio más eficaz para promover el desarrollo del personal—un desarrollo que consista no solo en aplicar técnicas y conocimientos sino también en el desarrollo del individuo en un mundo complejo y cambiante.

Es preciso que la supervisión sea un apoyo que incluya el asesoramiento y permita al supervisor trabajar y resolver problemas con la persona supervisada. Debe también contener un enérgico elemento de investigación empírica que lleve al cambio y al perfeccionamiento. Por último, la supervisión debe seguir siendo una función importante de la gestión administrativa y debe promover el liderazgo compartido, la autovigilancia y la evaluación constructiva.

En América Latina y el Caribe existen problemas específicos en cuanto a la educación continua, muy distintos de los de los países más desarrollados. Para alcanzar las metas de ampliación de la cobertura, descentralización, atención primaria de salud, utilización de auxiliares de salud y participación de la comunidad, la educación continua del personal de salud será crucial.

En todos los países en desarrollo de la Región se están realizando cada vez más actividades de educación continua, que contribuyen a la formación, capacitación o apoyo de los trabajadores de salud. La información actual, a pesar de ser parcial e incompleta, señala que estas actividades son importantes y valiosas.

Un estudio comparativo de los programas de educación continua de varios países revela que esta abarca una amplia gama de actividades. En el futuro es esencial establecer una clara distinción—de acuerdo con los objetivos que persiga el programa—entre los diversos tipos de capacitación que reciben los trabajadores de salud durante su carrera.

También se requerirá un considerable aumento de la producción de material educativo. Cuanto más elemental sea el nivel al que se destina el material, más

necesario será adaptarlo al medio sociocultural que constituye el objetivo. El creciente desarrollo de la tecnología educacional la convertirá en el principal instrumento para mejorar el proceso de capacitación y expandir la producción de material educativo más apropiado.

Investigaciones

En la segunda mitad del decenio de 1970, se progresó considerablemente en cuanto a investigaciones de salud. Creció el interés en formular políticas científicas especiales para la salud y en crear unidades de planificación de las investigaciones en los ministerios de salud. Este interés fue en parte consecuencia del relativo fracaso en el campo de la salud de las políticas globales de investigación y de la centralización de la coordinación y la financiación.

La disminución de los ingresos del erario que acompañó a la crisis económica del decenio de 1970 obligó a los gobiernos latinoamericanos a imponer restricciones presupuestarias generales de las que no escapó el sector salud. La reducción relativa y absoluta de los gastos gubernamentales en salud, sumada a la necesidad de extender los servicios de salud a la población rural, estimularon la búsqueda de servicios más económicos y más eficientes. Esto representó un incentivo para las investigaciones sobre servicios de salud y, en particular, para aquellas que ensayaban formas de atención de bajo costo que pudieran proporcionar una cobertura más amplia.

Otro progreso importante fue el resurgimiento de las investigaciones relacionadas con las enfermedades tropicales, campo en el que se había realizado una labor importante en América Latina en los primeros 30 años del siglo.

Algunas áreas de las ciencias biomédicas y de la salud han resultado particularmente fructíferas para las investigaciones en América Latina: trabajos sobre el metabolismo de carbohidratos y neurofisiología en Brasil, Chile, México y Uruguay; investigaciones sobre fisiología en zonas de gran altitud de Perú, e investigaciones genéticas en Brasil. La nutrición constituye otro campo importante en el que han trabajado los países latinoamericanos; existen excelentes institutos de nutrición en Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México.

En América Latina y el Caribe, varios factores restringen el alcance de las investigaciones sobre salud y limitan su utilización en la planificación de servicios de salud. Los problemas comunes son la carencia de políticas claramente definidas en relación con esas investigaciones, la fragmentación de los centros de investigación y la ausencia de articulación entre ellos, a causa de la falta de mecanismos de coordinación tanto en el propio sector salud como entre los distintos sectores.

Los organismos creados para fiscalizar y financiar las investigaciones han tenido éxito solo en algunos de los países en desarrollo de la Región pero, en cierta medida, han estimulado la coordinación entre sectores y la formulación de planes nacionales de investigación.

En el decenio de 1970, la decisión de los gobiernos de realizar un esfuerzo en gran escala para extender sus servicios de salud a toda la población en un lapso breve, provocó una crisis en el sistema por dos razones fundamentales: era preciso producir un efecto significativo en el perfil de salud de la población, y había que

mejorar al máximo la eficiencia, organización y administración de los servicios, lo que hacía necesario buscar nuevos métodos de administración de los recursos que obtuvieran la aprobación tanto de proveedores como de usuarios. Los métodos vigentes no servían para lograr la propuesta ampliación de la cobertura.

La tecnología empleada, copiada de los países desarrollados, había sido proyectada para satisfacer las necesidades de dichos países y no lograría ampliar la cobertura. No solo implicaba enormes costos sino que no respondía adecuadamente a los problemas y características de la población a la cual los gobiernos querían llegar: las personas que no habían participado en el progreso social. Esta crisis tuvo al menos un aspecto positivo pues llevó a una búsqueda urgente de procedimientos más apropiados que fueran efectivos, eficientes y viables en el medio específico en que se pretendía usarlos.

Se inició así la búsqueda de tecnologías apropiadas, que no consistió tanto en un curso sistemático de acción sino en la expresión de un interés, ya que careció de una orientación específica. En muchos casos, los obstáculos provocados por el empleo de una tecnología inadecuada fueron resueltos mediante la restricción de la cobertura porque no se contaba con los recursos requeridos por las tecnologías empleadas. La decisión actual de alcanzar la salud para todos en el año 2000 por medio de la atención primaria pone a los países en desarrollo de la Región ante la necesidad de buscar y lograr las tecnologías apropiadas que les permitan llegar a esa meta.

Las estrategias de los países hacen ahora hincapié en la necesidad de establecer prioridades y orientar la investigación hacia la identificación de problemas que tienen prioridad y hacia la elaboración de las soluciones necesarias para poner en práctica la estrategia de atención primaria de salud y alcanzar la meta. Incluyen el fortalecimiento de los centros de investigación ya existentes y la creación de mecanismos para el desarrollo de tecnologías que se adapten a las condiciones de cada país.

Se reconocen las siguientes áreas específicas de investigación y tecnología: desarrollo administrativo y técnico del sector, suministros y equipo fundamentales para los servicios básicos, tecnología apropiada para ser empleada por trabajadores auxiliares y de la comunidad, investigación aplicada al control de enfermedades, salud materno-infantil, problemas ambientales y áreas críticas de los gastos de salud.

Debe hacerse un esfuerzo para eliminar la brecha que separa la adquisición de conocimientos de su aplicación en el campo de la salud. Si bien no se pretende abandonar los estudios a largo plazo sobre los que se basa el progreso científico, esos estudios deben ir acompañados de proyectos a corto plazo que generen información para la solución oportuna de problemas urgentes. En consecuencia, la formulación de políticas nacionales de investigaciones sobre salud tendrá que ser reforzada mediante su inclusión en planes y presupuestos nacionales. Las áreas de investigación que hoy se consideran importantes tendrán que redefinirse y equilibrarse mejor para abarcar las investigaciones biomédicas, socioepidemiológicas y operativas. Es preciso aumentar los presupuestos nacionales para las investigaciones en salud y otorgar subsidios de acuerdo con las prioridades establecidas por los países. Se deben establecer mecanismos de coordinación en el sector mismo y con otros sectores, para vincular y fortalecer los esfuerzos de los centros de inves-

tigación y disminuir su aislamiento recíproco. El desarrollo de recursos humanos en el campo de la investigación debe ser estimulado mediante incentivos como la creación de cargos para investigadores de carrera y el fomento de la capacitación de nuevos investigadores. Es preciso contar con sistemas de información más eficientes que incluyan servicios bibliográficos para ampliar la difusión de los resultados de las investigaciones, y con sistemas de evaluación para vigilar el progreso de los programas de investigación.

A causa de los requerimientos de sistemas de servicios de salud, implícitos en la meta de salud para todos, la investigación en esta área debe concentrarse en el análisis de la productividad y la eficiencia en el sector salud, la aceptación y utilización de los servicios por parte de la comunidad y el efecto de esos servicios sobre los perfiles de salud y de bienestar de los grupos de población que constituyen el objetivo.

Es particularmente importante analizar la experiencia de decenios anteriores en el desarrollo y aplicación creciente de investigaciones operativas en los sistemas de salud. Los conceptos y técnicas en que se basan las investigaciones operativas en el sector salud necesitan una revisión urgente, pues la mayoría de ellos se concibieron y desarrollaron para analizar situaciones y resolver problemas muy distintos de los que se presentan en este sector.

Se descubre una serie de ambigüedades en relación con las estrategias para el desarrollo de la tecnología apropiada. Es preciso aclarar el sentido del término "apropiada". La necesidad de encontrar una tecnología apropiada surge cuando la tecnología disponible no satisface ciertos requisitos, que pueden definirse en relación con factores tales como aceptación, eficiencia, costo, eficacia y efecto. Los cambios en las condiciones sociales y los desplazamientos de los vínculos del sector salud con otros sectores económicos y sociales, pueden hacer que una forma de organización o administración, o un procedimiento o modalidad de producción, resulten inadecuados; por lo tanto, se torna necesario adaptarlo a las nuevas circunstancias. Así, la tecnología apropiada debe concebirse dentro de un enfoque integral de los problemas de todo el sector salud. Este enfoque se funda en un análisis sistemático y crítico del sector, con vistas a incrementar su producción y ajustarla a las condiciones reales que determinan su funcionamiento. El sector mismo debe decidir en qué medida es apropiada una tecnología, a partir del examen de la forma en que funciona, de lo que logra y del rendimiento obtenido en la inversión que representa. La utilización de una tecnología determina si es apropiada y esta condición no puede ser impuesta desde afuera.

No hay duda de que la mayoría de los problemas técnicos pueden resolverse estimulando las innovaciones en el nivel local, pero esto no implica dejar de lado tecnologías extranjeras, que deben adoptarse y adaptarse sobre la base de su potencial para resolver ciertos problemas de salud en el contexto específico de cada país.

La evaluación se convierte en un elemento clave en la generación de tecnologías apropiadas pues, además de sistematizar los problemas de salud, identifica las áreas en que las necesidades son más urgentes y establece un orden de prioridades para remodelar las tecnologías existentes o buscar otras nuevas.

Capítulo 7

FUTURAS NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA

Al tratar de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, los gobiernos de las Américas y, más específicamente, sus ministerios de salud, no podrán proporcionar los numerosos servicios analizados en el capítulo anterior si no existen los elementos de sostén necesarios. Esos servicios deben formar parte de infraestructuras eficaces en las que la financiación, los vínculos entre sectores, la participación de la comunidad y la cooperación regional y entre los países desempeñen en forma adecuada el papel que les corresponde.

Financiación

Por desgracia para la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, no se dispone habitualmente de información global y fidedigna acerca de las tendencias en los gastos totales de salud, que incluya al sector público y al privado. Gran parte de los datos disponibles se refiere solo a los gastos de los organismos centrales del gobierno que proporcionan servicios de salud.

En términos generales, la información proveniente de estadísticas de cuentas nacionales y fuentes semejantes indica que el total de gastos nacionales de salud oscila entre el 4 y el 6% del producto interno bruto (PIB) en la mayoría de los países en desarrollo de la Región. En varios países, especialmente en aquellos que tenían más dificultades para reestimar sus economías en la segunda mitad del decenio de 1970, el total de gastos nacionales de salud no llegaba siquiera al 4% del PIB a fines del decenio. Sin embargo, en algunos otros países la proporción de recursos nacionales destinados a la salud era similar a la observada en muchos de los países industrializados del mundo y llegaba a alrededor del 8%. En muy pocos países el total de gastos nacionales de salud aumentó realmente como proporción del PIB.

En muchos países el sector salud, después de haber obtenido considerables aumentos en el decenio de 1960, comenzó a recibir durante el decenio siguiente una parte cada vez menor del total de fondos públicos. En Venezuela, por ejemplo, se destinaba al sector salud el 19,7% del total de gastos del consumo público en 1970; en 1975 esa asignación había disminuido al 13,5% y en 1977, al

12,6%. Si bien esta tendencia pareció estar muy difundida, no fue de ninguna manera general en la Región y en uno o dos países más pequeños del Caribe las proporciones de gastos del consumo público asignadas al sector salud permanecieron notablemente estables en el decenio de 1970.

La estabilidad de las asignaciones de recursos económicos no es una de las características más destacadas de los servicios de salud que cuentan con financiamiento estatal en América Latina y el Caribe. Puede resultar equívoco hablar de tendencias porque en la mayoría de los países respecto a los cuales se cuenta con información, los gastos de salud pública, en un período breve, son muy caprichosos, con aumentos y disminuciones importantes de un año a otro. Estas oscilaciones financieras, que naturalmente perjudican los planes y programas de salud que ya están en marcha, a veces reflejan las cambiantes condiciones económicas o la forma en que se invierten los recursos económicos en un país; no obstante, con frecuencia son el resultado de rápidas modificaciones de la política de prioridades adjudicadas al sector salud en general y a las partes que lo integran en particular.

Si bien el aumento de los gastos públicos en materia de salud se estancó y, a menudo, se rezagó con respecto al crecimiento económico general, los gastos privados de salud (incluidos los del seguro social) tendieron a aumentar o permanecer relativamente estables en lo concerniente a la porción que representaban dentro del total de gastos del consumo privado.

Es difícil definir en forma general el efecto de los gastos privados de salud sobre el estado de salud de la población de un país. Está difundida la opinión de que la mayor parte de los gastos privados de salud en los países en desarrollo corresponden a las instituciones de seguro social y a los ciudadanos más prósperos de las comunidades urbanas, pero la escasa información existente acerca de algunos países latinoamericanos y del Caribe indica que su población rural dedica una parte considerable de sus ingresos a la salud, en particular a la adquisición de productos farmacéuticos.

Aún resta definir cuánto de esta demanda privada de bienes y servicios de salud es creada por personal empleado en el sector público. Con una o dos excepciones notables, en la mayoría de los países parece que los gastos privados de salud han sido menos transitorios y también han estado menos supeditados a los súbitos reveses de las condiciones económicas que los gastos públicos de salud. Este hecho, aunado a la magnitud de los gastos privados, ha incitado recientemente a los funcionarios de salud en el nivel de adopción de decisiones a prestar mucha más atención a dichos gastos.

Así, aumentar la cobertura y la eficacia de los servicios de salud financiados por el sector público, no implica necesariamente asignar al sector salud una parte considerablemente mayor de los recursos nacionales. Puede significar la reasignación de recursos y modificaciones en las corrientes de financiación dentro del sector, por ejemplo del subsector privado al público. No obstante, para saber esto, los planificadores y administradores de salud necesitan información integral respecto a la verdadera naturaleza y magnitud del costo de todos los bienes y servicios de salud consumidos por los ciudadanos.

Si bien la información relacionada con las tendencias de la asignación de recursos a la atención de salud por el estado y el sector privado resulta útil al examinar

las tendencias generales nacionales e internacionales, no constituye una base adecuada para llegar a conclusiones sólidas y debe aumentarse y complementarse con otra información.

Aun entre países en los que el ingreso per cápita es aproximadamente el mismo, aquellos que dedican una mayor proporción de su producto interno bruto a la salud no siempre proporcionan a sus ciudadanos más o mejores servicios de salud. Los precios relativos de los servicios de salud varían considerablemente de un país a otro y hasta en distintas zonas de un mismo país. Siempre es importante que los planificadores y administradores de salud tengan en cuenta que las decisiones respecto a la formación y capacitación de personal de salud y a las inversiones de capital en nuevas instalaciones de salud, determinarán en gran medida la esfera de acción, el costo y la conveniencia de la atención de salud que se suministrará dentro de uno o dos decenios.

La carencia de información integrada y fidedigna respecto al nivel general de recursos comúnmente destinados al sector salud obstaculiza considerablemente los intentos de reorganizar y revitalizar los sistemas nacionales de prestación de servicios de salud, además de impedir el desarrollo de programas realistas para lograr la salud para todos en el año 2000. En la mayoría de los países, los funcionarios de salud pueden, cuando más, responder con estimaciones aproximadas a preguntas fundamentales como "¿cuánto costará alcanzar esta meta de cobertura total y de donde provendrán los recursos para lograrlo?"

Los funcionarios de muchos ministerios de salud a menudo solo conocen la magnitud y composición de sus propios presupuestos de salud y, sin que pueda atribuírseles culpa alguna, saben muy poco acerca de los recursos económicos destinados a la salud por un sinnúmero de proveedores de servicios y fuentes de financiación en su país. No es insólito que el ministerio de salud tenga jurisdicción sobre menos de la décima parte del total de gastos nacionales de salud, o que más de la mitad del total de recursos nacionales dedicados a la salud corresponda al sector privado. En consecuencia, fundamentalmente como resultado de la falta de información respecto a la totalidad de gastos nacionales de salud y sus fuentes de financiación, los planes y programas nacionales de salud de una serie de países se asemejan a enormes icebergs, pues solo una pequeña parte de los recursos nacionales destinados a la salud están a la vista y se toman en cuenta.

Se espera que en un futuro muy cercano los gobiernos de muchos países de América Latina y del Caribe renovarán sus esfuerzos para crear, en el marco de los sistemas nacionales, un sistema viable y más flexible para compaginar y clasificar las asignaciones otorgadas al sector salud.

Tales datos no proporcionarán por sí solos las respuestas al vasto conjunto de preguntas que es preciso responder para idear las estrategias de "salud para todos". No obstante, constituirán un aporte importante para avanzar hacia la meta y representarán información imprescindible para asegurar el desarrollo de sistemas ampliados de atención de salud eficientemente reestructurados. En síntesis, contribuirán a establecer las bases para que la salud para todos en el año 2000 deje de ser un concepto arquitectónico y se convierta en una serie de proyectos de construcción.

Uno de los problemas que afrontan muchos países latinoamericanos y del Caribe en sus esfuerzos para ampliar la cobertura y actividades de sus programas,

tanto de salud como de otro tipo, es la naturaleza limitada de las rentas públicas generales y, en consecuencia, la incapacidad de los gobiernos de financiar esos programas.

Si bien durante los dos últimos decenios los gastos del consumo del sector público, en la Región en general, han aumentado en la misma proporción que el PIB, se prevé que la tasa de crecimiento del consumo del sector público tendrá que ser mucho mayor en los próximos decenios para financiar adecuadamente los programas sociales básicos que están planeando la mayoría de los países. En los dos últimos decenios la proporción del PIB absorbida por el sector público, en contraste con el privado, ha tendido a aumentar en la mayoría de los países latinoamericanos, pero sigue siendo relativamente pequeña en comparación con la de los países industrializados. En 1977, sólo el 11% aproximadamente del PIB de cada país se asignaba a atender todas las necesidades de consumo del sector público. Este porcentaje, además de cubrir los sueldos de todos los empleados públicos, debía sufragar los costos de una serie de actividades que abarcaban desde programas de salud, educación y asistencia social, a cuestiones de defensa, justicia y asuntos exteriores.

Una de las razones de la proporción relativamente pequeña de gastos de consumo del sector público en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, es la limitación de las rentas públicas generales. A diferencia de los países muy industrializados, muchos de los países de la Región obtienen el grueso de su erario mediante impuestos indirectos más bien que con impuestos directos sobre ingresos personales y del capital. Por lo tanto, con frecuencia es escasa la capacidad de reacción de sus sistemas tributarios. En un país, por ejemplo, los ingresos tributarios, como proporción del PIB descendieron de 16,3% en 1971 a 13,1% en 1976. Una de las causas de la relativamente escasa capacidad de reacción de los ingresos tributarios en muchos países es la considerable dependencia de impuestos sobre el comercio exterior, la cual tiende a volver el erario muy vulnerable a los cambios en los mercados internacionales.

Con el tiempo, a medida que se produzca la expansión de la economía en muchos países americanos, que se reestructuren sus fuentes de ingresos y se perfeccionen sus sistemas tributarios, será preciso generar los recursos requeridos para apoyar una gran variedad de programas destinados a satisfacer las necesidades básicas.

Sin embargo, pronto los administradores adquirirán conciencia de la necesidad de encontrar otras fuentes de apoyo financiero para los programas de salud. Un aporte considerable de nuevos fondos para los servicios de salud podría consistir en una mayor contribución de las instituciones de seguro social. No obstante, existen una serie de posibles limitaciones que tal vez impedirían que esos fondos se usaran efectivamente en los programas nacionales para lograr la salud para todos. En muchos países latinoamericanos, los programas de salud del seguro social se orientan hacia los servicios terapéuticos y se destinan muy pocos recursos económicos a los programas preventivos y de atención básica de la salud. En esos países, el gobierno nacional tendría que establecer una política claramente definida de asignar parte de los ingresos del sistema de salud del seguro social para subsidiar otros objetivos nacionales de salud; solo con una medida de este tipo se podrían resolver en parte algunos de los problemas económicos inheren-

tes a una rápida expansión de la cobertura para lograr la salud general de la población.

Otro problema es quién paga en realidad los programas de salud del seguro social. En muchos sistemas, el aporte de los empleadores mediante los impuestos sobre sueldos y salarios en realidad se traslada en gran parte a los consumidores a través de los precios más altos de bienes y servicios. En consecuencia, algunas personas, principalmente las que viven en zonas rurales y barrios urbanos marginados, contribuyen a financiar sistemas de seguro social sin recibir ninguno de los beneficios que estos proporcionan.

En muchos países causa preocupación el carácter regresivo de las fuentes de recursos para financiar los programas de salud del seguro social y la consiguiente perpetuación de las desigualdades en la distribución de los ingresos, situación que es agravada por la restringida cobertura de los programas. En el contexto de las estrategias para satisfacer las necesidades humanas básicas, ninguno de los sistemas autónomos o semiautónomos de seguro social parece constituir una influencia particularmente constructiva. Sin embargo, si se redefinieran sus políticas y funciones, esos sistemas podrían convertirse en un elemento muy positivo.

Otra posibilidad no aprovechada que tienen muchos países de América Latina y el Caribe, consiste en imponer al consumidor una gama más amplia de gravámenes para los usuarios de la atención de salud financiada por el Estado. Aun en los casos en que se cobran ciertas sumas por bienes y servicios, rara vez son devengadas por el organismo estatal que en realidad financia esos bienes y servicios. Por consiguiente, muchos gobiernos deberían considerar los beneficios que se obtendrían mediante la imposición de gravámenes al usuario.

Tales gravámenes no deben imponerse sobre todos los bienes y servicios ni es preciso que sufragen la mayor parte de los gastos implicados. En ocasiones anteriores, cuando algunos países introdujeron escalas de cuotas en sus instalaciones de salud pública, con frecuencia se descubrió que los costos de administración y contabilidad contrarrestaban el ingreso extra que se pretendía obtener mediante esas cuotas. Por otra parte, la imposición de escalas de cuotas nominales para un conjunto selecto de bienes y servicios no solo debe considerarse una fuente complementaria de financiación, sino también un medio eficaz para reducir el despilfarro y uso excesivo que habitualmente resultan del suministro totalmente gratuito de bienes y servicios. Siempre que se decida establecer una escala de cuotas nominales, es preciso asegurarse de que ello no se opone al objetivo fundamental de proporcionar servicios a quienes no los reciben y de reducir las desigualdades sociales.

Si se combinaran los gastos de salud de todos los organismos gubernamentales, en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe el total resultante bastaría para lograr los objetivos de salud de mayor prioridad en cada país. Es asimismo evidente que esto exigiría una drástica reestructuración y reducción de los tipos de servicios que actualmente proporcionan esos organismos. Aunque la mayoría de los países están dispuestos a dejar de poner el acento en sus servicios hospitalarios y de profesionales médicos, y a aumentar la eficiencia, reducir los costos y ampliar la cobertura de sus sistemas de atención de salud, ninguno de ellos planea restringir abruptamente la naturaleza y la amplitud de los servicios que ofrece a una proporción considerable de sus habitantes, para proporcionar

una variedad muy limitada de servicios de salud a un mayor número de personas. A pesar de que tal restricción liberaría de inmediato recursos que podrían emplearse para ampliar la cobertura, su efecto a largo plazo sería muy perjudicial para el futuro de la atención de salud y el estado general de salud en el país. En consecuencia, en la mayoría de los países es evidente que los recursos adicionales necesarios para ampliar la cobertura tendrán que provenir de una serie de diversas fuentes, y que los ahorros que resulten de restringir, reestructurar y organizar racionalmente los servicios existentes, si bien desempeñarán un papel muy importante, no serán el factor primordial.

Cuando la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe analizan la posibilidad de reestructurar sus servicios de atención de salud, lo que pretenden no es truncar la pirámide de atención de salud con que ahora cuentan sino ampliar su base y niveles intermedios. La atención primaria no se considera como un programa sino como una estrategia que interviene en cada nivel de la pirámide. Al adoptar esta actitud, los países toman en cuenta dos factores que tienden a distinguirlos de otros países en desarrollo con similares ingresos per cápita. El primero es que cuentan con una cantidad relativamente mayor de personal e instalaciones de salud y con la futura producción de sus instituciones de educación y capacitación. El segundo consiste en la rápida evolución de sus patrones de morbilidad y mortalidad y las tendencias de otras variables demográficas. En muchos países parece tener importancia un tercer factor: un potencial de crecimiento continuo muy superior al normal y el aumento de los ingresos públicos.

Uno de los problemas más difíciles que afrontarán muchos países de las Américas en el próximo decenio consistirá en coordinar todas las actividades gubernamentales y del seguro social en el sector salud. Además de las instituciones del seguro social, la mayoría de los países cuentan con una serie de organismos públicos y paraestatales que actúan en el campo de la salud. El resultado es una fragmentación crónica de los recursos de salud distribuidos entre numerosas entidades. Esta fragmentación es con frecuencia muy perjudicial para la elaboración y ejecución de políticas nacionales integradas de salud y se produce una superposición de jurisdicciones y conflictos entre las instituciones.

Los problemas de este tipo han adquirido tal carácter endémico que, en gran parte de la Región, ningún organismo gubernamental tiene una responsabilidad definida y primordial en cuanto a la salud nacional o al desarrollo y ejecución de una política de salud que incluya a toda la población. En gran medida, el único punto en común que se ha presentado en una serie de países es que al ministerio de salud y sus equivalentes regionales les ha sido asignada la responsabilidad esencial de las medidas colectivas de prevención, mientras que las instituciones de seguro social han limitado sus obligaciones a las actividades de atención curativa individual.

Un número creciente de gobiernos ha comenzado a tomar las medidas necesarias para disminuir esta fragmentación de la política y recuperar el control efectivo de la atención de salud. A menudo esto se logra asignando la responsabilidad general al ministerio de salud o estableciendo un consejo coordinador a nivel nacional y, a veces, combinando ambas medidas.

También es necesario coordinar mejor los esfuerzos en que participa la comu-

nidad. En muchas áreas, podrían producirse conflictos entre las actividades de la comunidad y otros niveles de la jerarquía de salud. Para evitar que surjan nuevos problemas, es preciso establecer normas y mecanismos de operación uniformes en relación con los programas de atención primaria de salud. Esos programas deben ampliarse en un marco mejor organizado.

Además del ahorro que resultaría de una mejor coordinación y una definición más clara de la responsabilidad y la autoridad en los sistemas de atención de salud, es igualmente evidente que se pueden lograr economías considerables mejorando la gestión administrativa y profesional a nivel local. Un punto de partida podría ser determinar los métodos de tratamiento más económicos en condiciones comunes, comparando la eficacia, la ausencia de riesgos y la economía de distintos métodos usados en hospitales, centros y puestos de salud. Con información adecuada y argumentos convincentes acerca de la conveniencia de los nuevos procedimientos se podría lograr que se prestara mejor atención de salud a un costo más bajo.

Una mejor clasificación y asignación de los pacientes que concurren a los consultorios externos aumentaría considerablemente la afluencia de pacientes y permitiría a los trabajadores de salud atender un mayor número de ellos a un costo más bajo. En algunos países latinoamericanos y del Caribe el promedio de internación es, en particular en los hospitales generales, más prolongado de lo que se considera necesario en la mayoría de otros países del mundo. En consecuencia, el costo de tratamiento por paciente dado de alta, expresado como proporción del ingreso anual medio per cápita, es a menudo elevado, aun cuando el costo medio por paciente internado por día, estimado en la misma forma, no difiera mucho de ese mismo tipo de costo en otros países. Es lamentable que, si bien muchos países han adoptado índices y metas en cuanto al suministro y utilización de los servicios de salud, no hayan establecido escalas de costos unitarios acordes con esos índices y metas. Si lo hicieran, podrían tener un panorama más claro de sus futuras necesidades de recursos.

En términos generales, un renovado acento en las medidas preventivas y la utilización intensiva de hospitales y otras instalaciones existentes, sumados a costos unitarios más bajos, contribuirían a aliviar en parte la necesidad de nuevas instalaciones y a economizar recursos que podrían destinarse a ampliar la cobertura de la atención de salud.

Vínculos entre los sectores

Todos los países de las Américas necesitan y desean establecer una mejor coordinación entre sus sectores sociales y económicos como condición básica para implantar la atención primaria, la principal estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Algunos de ellos proponen organizar o fortalecer consejos nacionales para el desarrollo social y tratar de que la adopción de decisiones se efectúe con la participación de todos los sectores.

En general, se señala que la estrategia más eficaz para lograr esa vinculación intersectorial es incorporar el sector salud y otros sectores sociales a programas regionales de desarrollo en actividades tales como generación de energía hi-

droeléctrica, irrigación, minería, proyectos industriales, agroindustriales y de colonización, planificación y diseño de ciudades satélites e intermedias. En esos programas deben incluirse los costos de operación de los sectores sociales.

Otras responsabilidades del sector salud son analizar los efectos de esos programas sobre la ecología humana, proponer alternativas para mitigar o combatir los efectos nocivos previstos, participar en proyectos de desarrollo rural integral y en programas multisectoriales destinados a producir y distribuir alimentos, y tomar parte en las actividades intersectoriales para mejorar el medio.

Como las propuestas de estrategias nacionales hacen hincapié en la participación del sector salud en programas regionales de desarrollo, en particular en proyectos en gran escala para explotar recursos naturales y establecer ciudades intermedias, es conveniente analizar ciertas condiciones necesarias para esas empresas.

En primer lugar, se requieren un acuerdo nacional básico y congruente acerca del cambio social que se desea, y una clara comprensión de las políticas y criterios que se tomaron en cuenta al seleccionar los proyectos regionales de desarrollo. Desde el punto de vista del sector social, esos objetivos y criterios identifican los proyectos adecuados para el desarrollo de estrategias de enlace, así como los objetivos y contenidos de la programación de cada sector.

En segundo lugar, la posibilidad de lograr una vinculación de las prioridades, objetivos y contenido de los distintos sectores involucrados requiere una definición previa del nivel y el perfil de bienestar deseados para la población. Desde este punto de vista, el análisis de las relaciones entre los sectores va más allá de una simple coordinación oficial entre los sectores y las instituciones en los niveles locales, nacionales y regionales para el logro de metas parciales, y entra en la esfera de la programación social.

La alimentación y la nutrición, elementos claves para la salud individual y colectiva, constituyen otra área a la que se ha asignado gran prioridad. Aunque se reconoce que no existe una respuesta única a los problemas de alimentación y nutrición en América Latina y el Caribe, el sector salud debe trabajar con otros sectores que impulsan el desarrollo en la formulación y ejecución de políticas, planes y programas de acción conjunta relacionados con los alimentos.

Organización y participación de la comunidad

La importancia estratégica de la organización y participación de la comunidad no solo en la búsqueda de salud sino también de bienestar, ha sido reconocida por todos los países. Algunos de ellos incluyen en sus estrategias el desarrollo de mecanismos para lograr esa participación en la adopción de decisiones, movilización y utilización de los recursos de la comunidad, ampliación de la cobertura de los servicios de salud, mejoramiento del medio y fomento del desarrollo general.

La organización para el bienestar de la comunidad requiere la definición de un sistema de participación general, explícitamente incorporado a las políticas nacionales de desarrollo. Este marco de referencia es esencial para definir la forma de organización y participación de la comunidad en proyectos regionales de desarrollo y para su diseño y operación real en el nivel local. También es

necesario para suministrar orientación acerca de la forma en que los diversos sectores se interrelacionarán y comunicarán en los niveles locales, nacionales y regionales.

Las estrategias prevén la participación comunitaria fundamentalmente en el análisis de necesidades, propuesta de soluciones, programación, operación y producción de servicios básicos de salud y de saneamiento ambiental, y en los programas regionales de desarrollo. También reconocen la necesidad de fomentar el desarrollo de subsistemas de salud no estructurados y de proporcionar a la comunidad el apoyo técnico y logístico del sistema institucional, así como el equipo o insumos para los servicios en funcionamiento, incluidos los servicios sanitarios.

Cooperación internacional

Los países de las Américas reconocen que la aplicación y perfeccionamiento de estrategias para lograr la salud para todos requieren la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD), cuyo objetivo es utilizar la cooperación entre los países para producir un efecto multiplicador en el desarrollo de sus servicios de salud.

Según este concepto, la programación de la CTPD debe estar basada en el conocimiento de las necesidades nacionales de cooperación internacional y en la evaluación de la capacidad del país de satisfacer esas necesidades. La CTPD debe también tomar en cuenta las posibilidades de cooperación técnica y económica entre países desarrollados y en desarrollo, que pudieran usarse para complementar esos esfuerzos.

Para que la CTPD sea efectiva, cada país debe lograr el máximo desarrollo de su capacidad de analizar y programar la cooperación internacional, que debe concordar con las políticas y planes nacionales e incluirse en ellos.

Cada país tendrá también que identificar y evaluar aquellas áreas en las que sus conocimientos y experiencia pueden ser útiles para otros países, y estar preparado para dar ese aporte. Para ello, es necesario identificar programas e instituciones que podrían brindar esa cooperación y promover su desarrollo y perfeccionamiento. También es preciso organizar y actualizar listas nacionales de grupos de expertos que puedan trabajar en equipo en sus esferas de acción específicas, y contribuir a solucionar problemas de otros países. Esto implica la necesidad de una política que facilite la pronta movilización de ese personal y la creación de mecanismos y procedimientos administrativos que permitan a las instituciones y expertos del país proporcionar la cooperación requerida.

Para que la CTPD funcione de manera adecuada, es preciso contar con un sistema regional de información que registre sistemáticamente los conocimientos y experiencias y actualice en forma continua la lista de instituciones y expertos. También debe establecerse un programa similar para evaluar, reajustar y mejorar la CTPD.

La cooperación técnica y económica bilateral y multilateral representa un complemento de la CTPD. Además de programar la cooperación externa de acuerdo con sus propias políticas y análisis, cada país debe, en primer término, evitar la perturbación que podría resultar de la transferencia de tecnología inadecuada y,

de ese modo, superar la posible falta de congruencia entre los intereses de los países desarrollados y las necesidades de los países en desarrollo. En segundo lugar, es preciso asegurarse de que esta cooperación se oriente hacia áreas de prioridad no contempladas en la CTPD y de que fortalezca y complemente esta última. Esto es esencial en la cooperación tanto técnica como económica, para evitar el empleo de tiempo y de los limitados recursos económicos, materiales y humanos del país en programas que no responden a las necesidades de mayor prioridad en el país.

Todos los países en desarrollo de las Américas admiten que es necesario recurrir a la cooperación externa para complementar y apoyar sus propios esfuerzos de salud, pero también hacen hincapié en que esa cooperación debe adaptarse a sus propias prioridades y características para asegurar su máximo aprovechamiento y efecto sobre el desarrollo nacional y evitar distorsiones, duplicaciones y omisiones.

Por consiguiente, las estrategias están orientadas a asegurar que la cooperación externa satisfaga las siguientes condiciones: responder a las necesidades y requisitos de la política externa de cada gobierno y vincularse, a través del ministerio de salud, con todas las demás instituciones del sector salud; no desplazar los esfuerzos nacionales; ser temporal y específica y, por último, tener propósitos educativos y promover la movilización de la capacidad nacional en este sentido.

El análisis, evaluación y programación de la cooperación internacional, cuando se realizan en cada país, se convierten en elementos fundamentales para aprovechar al máximo el uso de dicha cooperación. También contribuyen a reorientar las políticas y métodos de cooperación de los organismos privados, bilaterales, panamericanos y de las Naciones Unidas.

Poner en práctica estas estrategias nacionales de salud implica que la Organización Panamericana de la Salud debe modificar su estructura y crear y fortalecer mecanismos que le permitan cumplir sus funciones catalizadoras de la cooperación técnica y la coordinación. Con este propósito, es preciso que reoriente sus actividades para establecer sistemas de información entre los países, proporcionar la cooperación técnica requerida, promover la evaluación y reajuste de las estrategias nacionales y regionales, y participar en esas actividades de evaluación y reajuste. Su responsabilidad incluye también el análisis sistemático de nuevos problemas y posibles soluciones.

Es por lo tanto fundamental para la OPS idear las estrategias de apoyo necesarias que, sumadas a los requerimientos específicos de los Países Miembros, constituirán la esencia de su política y programa de cooperación técnica, cuyo objetivo básico es promover el desarrollo de la capacidad nacional. Es preciso destacar la responsabilidad de los cuerpos directivos de la OPS de poner especial cuidado en el análisis y definición de políticas y prioridades, y en la adopción de resoluciones para poner en práctica esas políticas, a fin de que conduzcan a la meta de salud para todos en el año 2000 y a la ejecución de las estrategias acordadas.

Una de las prioridades de la OPS consiste en apoyar los planes nacionales de salud, que deben incluir la programación de la cooperación técnica y financiera externa que se requiere para ponerlos en práctica. En consecuencia, los gobiernos deben revisar y modificar sus planes de salud a la luz de las estrategias nacionales

e internacionales adoptadas, además de conciliar sus prioridades con las prioridades regionales acordadas en forma conjunta con la OPS.

La definición y elaboración de estrategias comunes a varios países requiere actividades de catalización y vinculación que deben ser responsabilidad de la OPS. Son motivos de preocupación para la Organización la atención adecuada a los problemas de salud comunes a distintos países y sus soluciones más eficaces, el desarrollo de recursos humanos, equipo y suministros críticos, la investigación, el desarrollo tecnológico y la promoción de la CTPD. Estos problemas obligan a identificar y analizar cuestiones que requieren una acción conjunta de los países, crítica para alcanzar la meta; establecer pautas y prioridades para la participación de los países en actividades conjuntas; obtener el compromiso de los gobiernos de participar en esas actividades; idear y poner en marcha mecanismos esenciales tales como sistemas de información, políticas regionales e instrumentos de cooperación entre los países, incluyendo acuerdos, medidas y procedimientos bilaterales, subregionales y multinacionales para evaluar, fiscalizar y desarrollar la CTPD.

Es obligación de la OPS promover la cooperación técnica y financiera, ya sea de carácter bilateral o multinacional, y colaborar con otros organismos en la definición y adaptación de políticas y procedimientos relacionados con esa cooperación. Esas políticas y procedimientos deben basarse en el análisis de las necesidades nacionales de cooperación externa y del tipo de cooperación que hace falta para poner en vigor las estrategias comunes a los países, en la programación y coordinación entre los organismos para que la cooperación técnica y la financiera se complementen, en la implantación de políticas y procedimientos para asegurar que la cooperación internacional complemente y refuerce la CTPD, y en la evaluación de la programación nacional de la cooperación internacional y la CTPD.

Una de las actividades fundamentales de la OPS debe ser la vigilancia y evaluación sistemáticas de las estrategias y planes de acción para alcanzar la salud para todos. Esta vigilancia y evaluación sistemáticas serán útiles para reajustar y reorientar las políticas y programas de la OPS. Además, proporcionarán la información necesaria para adaptar la cooperación técnica y financiera y la CTPD.

Con este propósito, y sobre la base de las estrategias adoptadas, se debe idear un sistema de vigilancia y evaluación. Es preciso decidir qué se evaluará y cuáles serán los métodos y procedimientos para hacerlo, incluyendo los indicadores y categorías pertinentes y la oportunidad y frecuencia de las evaluaciones.

Al proyectar el sistema y programar sus actividades, se deben incluir sus objetivos, alcance y métodos; definir las responsabilidades de los Países Miembros y de la OPS y establecer la aceptación, compromiso y apoyo en cuanto a la administración y uso adecuado del sistema por parte de los Países Miembros.

FUENTES

Esta obra se basa en gran medida en documentos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud y en material secundario pertinente, ya que, con el correr de los años, se ha perdido una gran cantidad de documentación relacionada con las actividades de la Organización. Entre los escritos sobre la historia de la OPS, hemos consultado especialmente la obra de Miguel E. Bustamante, *Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana* (Washington, OSP, 1955) y la de Norman Howard-Jones, *The Pan American Health Organization: Origins and Evolution* (Ginebra, OMS, 1981); en cuanto a las actividades de salud recientes y futuras en las Américas, nuestra fuente más importante ha sido *Salud para todos en el año 2000: Estrategias* (Washington, OPS, 1980).

En las notas correspondientes a los capítulos incluidas a continuación, se señalan las fuentes básicas de cada uno de ellos, así como las referencias bibliográficas específicas. Finalmente, agregamos la bibliografía general.

Capítulo 1: Antecedentes históricos

En el libro de Ronald Ross, *Memoirs* (Nueva York, E. P. Dutton, 1923), y el de León J. Warshaw, *Malaria, The Biography of a Killer* (Nueva York, Rinehart, 1967), se exponen en detalle los primeros pasos de las investigaciones sobre la malaria y los esfuerzos para combatirla; hay también artículos relacionados con el tema en el *American Dictionary of Biography*. Entre otras fuentes acerca de la fiebre amarilla, hemos consultado *The Path Between the Seas: The Creation of the Panama Canal, 1870-1914* (Nueva York, Simon and Schuster, 1977) de David McCullough, y *Andanzas por el mundo de la salud* (Washington, OPS, 1979) de Fred Lowe Soper. En cuanto a la prehistoria de la OPS, fueron de particular interés la monografía de Howard-Jones ya señalada y "La Quinta Conferencia: Washington, 1881" en su trabajo *Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938* (Ginebra, OMS, 1975). Los primeros años de la OPS están descritos en detalle en las obras de Bustamante y Howard-Jones ya mencionadas, en el trabajo de Aristides A. Moll, *The Pan American Sanitary Bureau: Its Origin, Development and Achievements* (Washington, PASB, 1948) y en los diversos documentos oficiales de la OPS indicados en la bibliografía.

1. Ross, *Memoirs*, 301.

2. Conferencia Sanitaria Internacional. *Transactions of the Fourth International Sanitary Conference. Held in San José, Costa Rica, December 25, 1909, to January 3, 1910*. Washington, Unión Panamericana, 1910. pág. 84.

3. Cumming, Hugh S. Organización, desarrollo, funciones y estado actual de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Bol Of Sanit Panam* 7:291, 1928.

4. Oficina Sanitaria Panamericana. *Annual Report for Fiscal Year Ending June 30. 1930*. Washington, OSP, 1930.

5. Conferencia Sanitaria Panamericana. *Actas Generales de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, Buenos Aires, 12 al 22 de noviembre de 1934*. Washington, OSP, 1935 (OSP, Publicación 100), citada en Bustamante, *Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

6. Oficina Sanitaria Panamericana. *Annual Report for the Fiscal Year 1931-32*. Washington, OSP, 1932.

7. *Ibid.*

8. Oficina Sanitaria Panamericana. *Annual Report for the Fiscal Year 1933-34*. Washington, OSP, 1934.

9. Cumming, Hugh S. Informe presentado a la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana. En: *Actas Generales de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, Buenos Aires, 12 al 22 de noviembre de 1934*. Washington, OSP, 1935. (OSP, Publicación 100).

10. Oficina Sanitaria Panamericana. *Annual Report for the Fiscal Year 1942-43*. Washington, OSP, 1935. (OSP, Publicación 204).

11. Cumming, Hugh S. Informe presentado a la Decimoprimer Conferencia Sanitaria Panamericana. En: *Actas de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, Rio de Janeiro, 1942*. Washington, OSP, 1943.

Capítulo 2: La salud en las Américas: 1947-1970

Las fuentes básicas para este período de la historia de la OPS son las crónicas de la Organización escritas por Bustamante y Howard-Jones, *Andanzas por el mundo de la salud* de Soper y las publicaciones oficiales de la OPS.

1. Organización Mundial de la Salud. *Manual de Documentos Básicos*. 5ª ed. Ginebra, OMS, 1952. Artículo 54.

2. Soper. *op. cit.*, págs. 334-336.

3. *Ibid.*, págs. 333-334.

4. *Ibid.*, págs. 340-342.

5. *Ibid.*, pág. 343.

6. Organización de los Estados Americanos. Alianza para el Progreso. (Documento aprobado en la Reunión Extraordinaria del Consejo Económico y Social Interamericano a Nivel Ministerial) Documentos Oficiales ES-RE-145, Rev. 3, 17 agosto 1961, 6.

7. Reunión de Jefes de Estado Americanos, Punta del Este, Uruguay. 12 a 14 de abril, 1967. OEA, Documentos Oficiales, Ser C/IX/1, págs. 77-78.

Capítulo 3: El decenio de 1970: I

El Plan Decenal de Salud para las Américas, del que se habla en repetidas ocasiones en este capítulo y en los dos siguientes, se enuncia en *Plan Decenal de Salud para las Américas: Informe Final de la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, Washington, OPS, 1973 (OPS, Documento Oficial No. 118). La información para este capítulo se basa en *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*, Washington, OPS, 1980 (OPS, Documento Oficial No. 173) e informes anuales. En *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*, Washington, OPS, 1982 (OPS, Publicación Científica No. 427) se pueden encontrar datos estadísticos y gráficas. En *Atención primaria de salud, Informe Conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Eje-*

cutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Ginebra, OMS, 1978) se resumen las conclusiones de los dos organismos que patrocinaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, URSS, en septiembre de 1978; el mismo documento contiene la Declaración de Alma-Ata.

1. OMS, Actas Oficiales, 249. Ginebra, OMS, 1977.
2. *Atención primaria de salud*, págs. 2-7.
3. Resolución XXVII. OPS, Documento Oficial No. 152. Washington, OPS, 1978, págs. 30-31.
4. Resolución 33 WHA 32/1979/REC/1. Ginebra, OMS, 1979.
5. Resolución 44. OMS, Actas Oficiales 247. Ginebra, OMS, 1978, págs. 31-32.
6. Resolución XVIII. OPS, Documento Oficial No. 162. Washington, OPS, 1979, pág. 24.
7. Resolución XXX. OPS, Documento Oficial No. 167. Washington, OPS, 1980, págs. 32-33.
8. Resolución XIV. OPS, Documento Oficial No. 133. Washington, OPS, 1974, págs. 16-17.

Capítulo 4: El decenio de 1970: II

Las fuentes de este capítulo son las mismas que las del Capítulo 3.

1. Resolución XXXII. OPS, Documento Oficial No. 167. Washington, OPS, 1980, págs. 34-35.
2. Resolución XX. OPS, Documento Oficial No. 174. Washington, OPS, 1981, págs. 28-31.
3. Resolución XI. OPS, Documento Oficial No. 180. Washington, OPS, 1982, págs. 16-17.

Capítulos 5 (El futuro social y económico), 6 (Los próximos veinte años en la atención de salud) y 7 (Futuras necesidades de infraestructura)

Estos tres capítulos se basan en *Atención primaria de salud. Informe Conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, Ginebra, OMS, 1978, en *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*, Washington, OPS, 1980 (OPS, Documento Oficial No. 173) y en *Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*, Washington, OPS, 1982 (OPS, Documento Oficial No. 179).

BIBLIOGRAFIA

- Bustamante, Miguel E. *Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, OSP, 1953. (Publicaciones Varias No. 3).
- Conferencia Sanitaria Internacional. *Actas de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Celebrada en la Ciudad de México del 2 al 7 de diciembre de 1907*. Washington, Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, 1908.
- _____. *Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Celebrada en San José de Costa Rica del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910*. Washington, Unión Panamericana, 1910.
- _____. *Actas de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Celebrada en Santiago de Chile del 5 al 12 de noviembre de 1911*. Washington, Unión Panamericana, 1912.
- _____. *Actas de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Celebrada en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920*. Washington, Unión Panamericana, 1921.
- _____. *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas. Celebrada en La Habana, Cuba, del 5 al 15 de noviembre de 1924*. Washington, OSP, 1925.
- _____. *Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas celebrada en Lima, Perú, desde el 12 hasta el 20 de octubre de 1927*. Washington, Unión Panamericana, 1928.
- _____. *Actas Generales de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, Buenos Aires, 12 al 22 de noviembre, 1934*. Washington, OSP, 1935. (OSP, Publicación 100).
- _____. *Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, Bogotá, setiembre 4-14, 1938*. Washington, OSP, 1939 (OSP, Publicación 136).
- _____. *Atas da XI Conferência Sanitária Panamericana, Rio de Janeiro, Setembro 7-18, 1942*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1943.
- _____. *Actas de la Decimasegunda Conferencia Sanitaria Panamericana. Caracas, Enero 11-24, 1947*. Washington, OSP, 1949 (OSP, Publicación 241).
- _____. *Actas de la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana. Ciudad Trujillo, octubre 1-10, 1950*. Washington, OSP, 1952 (OSP, Publicación 261).
- _____. *Actas de la Decimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana, Santiago, Chile, 7-22 octubre, 1954*. Washington, OSP, 1955 (Documento Oficial No. 14).
- Convención Sanitaria Internacional. *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics held at the New Willard Hotel, Washington, D.C., December 2, 3 and 4, 1902, under the auspices of the Governing Board of the International Union of the American Republics*. Washington, U.S. Government Printing Office, 1903.
- _____. *Transactions of the Second International Sanitary Convention of the American Republics held at the New Willard Hotel, Washington, D.C., October 9-14, 1905*. Washington, U.S. Government Printing Office, 1906.
- Haralson, M. F. The organization and aims of the Pan American Sanitary Bureau in the Americas and along the United States-Mexico Border. *Bol of Sanit Panam* 27(10):917-25, 1948.

- Howard-Jones, Norman. *The Pan American Health Organization: Origins and Evolution*. Ginebra, OMS, 1981.
- _____. *Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938*. Ginebra, OMS, 1975.
- Moll, Aristides A. *The Pan American Sanitary Bureau: Its Origin, Development and Achievements. A Review of Inter-American Cooperation in Public Health, Medicine and Allied Fields*. Washington, 1948. (OSP, Publicación 240).
- Oficina Sanitaria Internacional. Annual Reports [of the President] 1904-1908. En: *Annual reports of the Director of the International Bureau of the American Republics*. Washington, International Bureau of the American Republics, 1908.
- Oficina Sanitaria Panamericana. *Informe Anual del Director*. [1920 a 1982]. Washington, OPS.
- _____. Organización, desarrollo, funciones y estado actual de la Oficina Sanitaria Panamericana: Su porvenir. En: *Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas celebrada en Lima, Perú, desde el 12 hasta el 20 de octubre de 1927*, Washington, Unión Panamericana, 1928, y *Bol Of Sanit Panam* 7(1):289-300, 1928.
- _____. *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*. Washington, OPS, 1980. (Documento Oficial No. 173).
- _____. *Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, OPS, 1982. (Documento Oficial No. 179).
- Organización Mundial de la Salud. *Manual de documentos básicos*. 5ª ed. Ginebra, OMS, 1952.
- Organización Sanitaria Panamericana. *Documentos Básicos*. Washington, OSP, 1953 (Documento Oficial No. 6).
- _____. Programas y servicios de las Oficinas de Zona (editorial). *Bol Of Sanit Panam* 36(3):620-5, 1954.
- Soper, Fred Lowe. *Andanzas por el mundo de la salud*. Washington, OPS, 1979 (Publicación Científica No. 355).
- Williams, R. D. *The United States Public Health Service, 1798-1950*. Washington, Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, 1951.

INDICE

A

- Accidentes, 48, 59, 70, 121, 123, 126
Acuña, Héctor R., v, x, 6
Administración de salud, ix, 34, 88, 103, 104, 130, 135
Aedes aegypti, 2-7, 14, 17, 22, 26, 33-34, 51-52
Africa, 26, 27, 37, 39
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), 87, 103
Agua
 abastecimiento, ix, 15, 21, 39-40, 41, 51, 54, 56, 64, 66, 67, 79, 87, 101, 104, 118, 123, 124, 127-128
 fluoruración, 60
Albuquerque, João Pedro de, 13
Alcantarillado, 7, 21, 39-40, 41, 65, 102, 118, 127-128
Alcoholismo, 57, 58
Alianza para el Progreso, 41
Alimentos, control, 129
Alma-Ata, URSS, Declaración de, 47, 49, 66, 119
Al-Razi, Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya, 37
Anemia, 48, 61-63
Anopheles, mosquitos, 2, 36, 37
Argelia, 2
Argentina, 10, 12, 16, 18, 21-22, 30, 35, 38, 54, 61, 66, 74, 79, 82, 85, 87, 92, 94, 108, 128
Asentamientos humanos, 65, 101, 117
Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, 85
Atención primaria de salud, 47, 49, 62, 66, 75, 84, 86, 87, 101-103, 104, 110-111, 119-126, 131, 133-135, 142-143

B

- Baéz Soler, Ramón, 13
Bahamas, 85
Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 40, 65, 73, 85, 87, 102
Banco Mundial, 65, 92, 102
Barbados, 21, 35, 41, 86, 108
Barreda, Eloy A., 21
Barreto, João de Barros, 19
BCG, vacuna, 18, 33, 49, 81, 124
Belice, 34

- Biológicas, sustancias, 79, 81-82
Blue, Rupert, 6, 10
Boaz, William, 17, 18, 21
Bocio endémico, 61-63
Boletín de la OSP, 11, 13, 19
Boletín Panamericano de Sanidad, 11
Bolivia, 12, 15, 21-23, 35, 38, 52, 86, 90, 92, 94
Boudreau, Frank, 16
Brasil, 10, 12, 13, 14, 15, 17-23, 26, 30, 31, 35, 38, 52, 55, 66, 68, 74-76, 81, 82, 85-87, 89-92, 94, 108, 128, 129, 134
 Fundación Oswaldo Cruz, 81
Brucelosis, 15, 17, 33

C

- Canadá, 20, 23, 26, 34, 44, 61, 66, 88, 97
Canal de Panamá, 4, 9
Cáncer, 13, 57, 91, 123-125
Caribe, 20, 21, 35, 36, 39-41, 47-53, 56-63, 66-70, 75, 81, 85-88, 103, 108, 113, 114, 124, 134, 137-143
 Instituto del Caribe de Lucha contra el Alcoholismo, 59
Carta de Chapultepec, 28
Carta de Punta del Este, x, 39, 40-43, 44, 45, 65
Carter, Henry Rose, 3
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 76
Cobertura, extensión de la, 45, 72-73, 74, 76, 83, 84, 87, 94, 97, 103, 111, 121-122, 124, 129, 131, 133, 134, 141
Código Sanitario Marítimo Internacional, 11
Código Sanitario Panamericano, 7, 11, 12-14, 16, 18, 20, 33
Cólera, 4-7, 51, 56
Colombia, 14, 15, 18, 21-23, 35, 38, 52, 58, 60, 61, 75-76, 78, 85-87, 94, 129, 134
 Instituto Nacional de Salud de Bogotá, 81
Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina (CEPANDAL), 63
Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), 43
Commonwealth Fund, 22
Companhia de Limpeza Urbana (COMLURB, Rio de Janeiro), 66

- Comunidad, participación de la, 42, 45-46, 62-63, 84, 86, 105, 111, 130, 132, 133, 137, 142, 144-145
- Conferencia/Convención Sanitaria Internacional, 4-11
- Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y la Paz, 28
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 47, 66, 119
- Conferencia Internacional de la Salud, 25
- Conferencia Panamericana de Aviación Sanitaria, 19
- Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Sanidad (1926-1948), 11, 15, 17, 19, 20
- Conferencia Sanitaria Panamericana (véase bajo Organización Panamericana de la Salud)
- Congreso Interamericano de Salud Pública, 33
- Consejo Interamericano Económico y Social, 41
- Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto, 13
- Convención Sanitaria de Navegación Aérea, 15
- Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), 44-45, 74, 79, 100, 101-103, 105, 106, 107, 111, 137, 145-147
- Costa Rica, 9, 13, 15, 17, 21-23, 34, 75, 78, 81, 85-88, 90, 94, 134
- Cuarentena, 4-9, 13, 15, 21
- Cuba, 2-3, 4, 9, 10, 12, 17, 21-23, 28, 34, 78, 81, 85, 88, 94-95
- Cumming, Hugh S., 6, 10-24, 25-29
- Chagas, enfermedad de, 22-23, 54, 92, 125
- Chapultepec, Carta de, 28
- Chile, x, 11-12, 15, 18, 21-23, 30, 35, 44, 49, 54, 55, 69, 78-81, 85, 88, 128, 129, 134
- Chisholm, Brock, 26, 31
- Christian, S. L., 21
- ## D
- Dashiell, Walter, N., 17, 21
- Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990), 66, 87, 127
- Demografía, crecimiento de la Región, 113-115
- Dengue, 52-53
- Desarrollo, estrategias, 115-118
- Dewey, O. E., 21
- Diabetes, 48, 57, 61
- Difteria, 18, 49, 124
- Donovan, Anthony, 17, 21
- Doull, James A., 27
- ## E
- Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical, 79
- Educación para la salud, 33-34, 51, 76, 84, 86, 98, 108, 109, 118, 123, 126, 127, 132, 133
- Egipto, 27, 37
- Eisenhower, Dwight D., 41
- El Salvador, 21, 23, 30, 34, 47, 53, 94
- Enfermedades
- cardiovasculares, 56, 123, 125
 - control de, 47-61, 123-126
 - diarreicas, 23, 33, 47, 50, 51, 61, 72, 121, 123, 129
 - evitables mediante la vacunación, 47-51
 - infecciosas agudas, 61, 126, 131
 - no transmisibles, ix, 48, 56-57, 78, 81, 108, 123, 125
 - parasitarias, 54-56, 108, 124-125, 126
 - respiratorias
 - agudas, 48, 50, 61, 123, 124
 - crónicas, 56
 - rickettsiales, 15, 20, 23
 - transmisibles, ix, 1-2, 4-9, 13-17, 33-38, 41, 43, 47-56, 59, 63, 64, 81, 103, 104, 108, 123, 125
 - de transmisión sexual, 16, 18, 20, 22, 33, 34, 51, 124
 - transmitidas por el agua y los alimentos, 48, 54
 - tropicales, 9, 35, 92, 94, 134
- Enfermeras y enfermería, 20, 21, 27, 31, 34, 58, 86, 89, 132
- Enteritis, 23
- Epidemias, ix, 1, 4, 7, 52
- Epidemiología y estudios epidemiológicos, 20, 34, 50, 53, 55, 56, 57, 60, 63, 86, 89
- Ernst, Edward C., 17, 18, 19
- Eskey, C. R., 14
- España, 2, 4, 37
- Esquistosomiasis, 55-56, 125
- Estadísticas
- de salud, 56, 78, 79, 88
 - vitales, 9, 20, 22, 23, 34
- Estados Unidos de América, 2-5, 10, 12, 13, 17-23, 26-35, 39, 44, 62, 75, 97, 103
- Administración de Alimentos y Drogas, 82
- Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), 87
- Comisión de Fiebre Amarilla del Ejército, 3
- Instituto Nacional del Cáncer, 57
- Institutos Nacionales de Salud, 92
- Islas Vírgenes, 59
- Oficina del Niño, 21
- Servicio de Salud Pública, 3, 7, 10, 11, 12-13, 16-18, 22, 27, 29
- Estrategias regionales, 104-105, 119, 120, 130, 146
- Estupefacientes, 57-58
- ## F
- Farmacodependencia, 16, 57, 58, 59, 125
- Farmacopea, E.U.A., 17

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, 85
 Fiebre
 aftosa, 35, 102, 108
 amarilla, 1-9, 14, 17, 22-23, 26, 27, 33, 36, 51, 81
 ondulante, 15
 reumática, 57
 tifoidea, 7, 18
 Filariasis, 54, 125
 Filipinas, 17
 Financiación del sector salud, 95-100, 101, 105, 111-113, 137-143
 Finlay, Carlos, 2-4, 33
 Francia, 37, 108
 Fresnedo Siri, Román, 41
 Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 89
 Fundación Rockefeller, 14, 16, 17, 21, 23, 26-27, 30
 Fundación W. K. Kellogg, 30, 41, 78, 86-87, 89, 103

G

González, Dagoberto, 19
 González, Justo F., 13, 18
 Gorgas, William, 3-4
 Guadalupe, 56
 Guatemala, 10, 15, 21, 23, 34, 35, 47, 53, 63, 79, 94, 108
 Guyana, 41, 87

H

Haití, 21, 34, 86
 Hanson, Henry, 17
 Higiene
 de los alimentos, 51, 70
 ambiental (*véase* Salud ambiental)
 industrial, 16, 18, 22, 34, 69, 126
 Hipertensión, 57, 61
 Honduras, 21, 34-35, 53, 74, 78, 86, 90, 94, 95
 Hopkins, Edward D., 17, 21
 Horwitz, Abraham, 6, 35
 Hospitales, 1, 21, 38, 51, 59, 63, 74-75, 79, 92, 99, 103, 120, 141, 143

I

Index Medicus Latinoamericano, 89
 India, 2
 Industrialización, 68, 69, 71, 96, 104, 112, 115, 125

Influenza, 23
 Información, intercambio y sistemas de, 76, 78, 79, 86, 93, 99, 107, 108, 109, 123, 129, 146
 Ingeniería sanitaria, 20, 22, 23, 31, 34, 39, 87
 Inmunización, ix, 16, 18, 33, 38, 72, 75, 81, 94, 104, 121, 123-124, 126
 Insecticidas, 21, 36, 37, 51, 53-54, 55, 67, 128
 Instituto de Asuntos Interamericanos, 21
 Instituto de Tecnología de Florida, 75
 Instituto de Tecnología de Georgia, 75
 Investigaciones, ix, 1-3, 9, 18, 19, 35, 37, 41, 43, 54, 57, 63, 76, 86, 90-95, 108-109, 111, 119, 128, 130, 133, 134-136, 147
 Irlanda, 26
 Isla Hispaniola (*véase* Haití)
 Italia, 26, 36

J

Jamaica, 34, 35, 41, 52, 63, 81, 85, 90, 108
 Japón, 44
 Jenner, Edward, 38

K

Kennedy, John F., 41
 Komp, William W. H., 17

L

Laboratorio, servicios de, 54, 79-82, 108, 125
 Lactancia, 51
 Leake, James P., 21
 Lebrado, Mario G., 12, 13
 Legislaciones sobre la salud, 9, 67
 Leishmaniasis, 54, 125
 Lepra, 15, 23, 35, 50-51, 124
 Lloyd, Bolívar J., 13, 18
 Long, John D., 12, 13, 19-20, 21

M

Macchiavello, Atilio, 21
 Mahler, Halfdan T., v
 Malaria, 1-3, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 29, 33, 34, 36-37, 41, 53-54, 124, 125
 Malnutrición, 61, 62, 63, 72, 121, 123, 126
 Martinica, 56
 Medidas sanitarias marítimas, 4, 5, 7, 11, 13
 Meningitis, 23

México, 5, 9, 11, 15, 20, 21-23, 28, 30, 34, 35, 47, 48, 52, 54-55, 60, 68, 74-76, 79, 81-82, 85-88, 90, 94, 95, 128, 129, 134
 Moll, Aristides A., 11, 25
 Montgomery, W. P., 10
 Morgan, M. T., 16
 Mortalidad, 47-49, 57, 59, 114, 123-125, 142
 infantil, 48, 50, 51, 103, 104, 123-124
 Mosquitos, 2-9, 14, 21, 33, 34, 36-37, 51-52
 Mujer en la salud y el desarrollo, 101, 108, 113-114
 Murdock, John R., 17, 21, 26

N

Naciones Unidas, 25, 63-66, 74-85, 87-100, 101-102, 146
 Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 102
 Conferencia sobre el Agua (Mar del Plata, Argentina, 1977), 66, 102
 Conferencia sobre Asentamientos Humanos (HABITAT), 66
 Consejo Económico y Social, 25
 Decenio para el Desarrollo, 95, 96
 Fondo para Actividades de Población (UNFPA), 102
 Fondo para la Infancia (UNICEF), 47, 88, 102
 Nueva Estrategia Internacional para el Desarrollo, 111
 Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 62, 87, 102
 Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 90, 102
 Organización u Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 23, 102
 Programa para el Desarrollo (PNUD), 74-81, 85, 87, 88, 92, 101
 Programa para el Medio Ambiente, 102
 Programa Mundial de Alimentos, 63, 102
 Nicaragua, 17, 21, 35, 53, 78, 79, 88, 90
 Núñez, Solón, 13
 Nutrición, 13, 16, 18, 20, 23, 34, 35, 41, 43, 48, 61-65, 78, 89, 98, 102-103, 108, 117, 123, 126-127, 134, 144

O

Odontología y salud dental, 22, 31, 34, 56, 59-61, 86-87, 108, 123
 Oficina Internacional de Higiene Pública, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 25
 Oficina Regional Panárabe de Salud, 25
 Oficina Sanitaria Internacional, 5-7, 11
 Oficina Sanitaria Panamericana (véase Organización Panamericana de la Salud)
 Oncocercosis, 15, 16, 17, 22
 Organización de Estados Americanos, 5, 43, 90 (véase también Unión Panamericana)
 Organización Mundial de la Salud (OMS), x, 9, 25-31, 36, 38, 44, 46, 47, 50, 62, 81, 119
 Asamblea Mundial de la Salud, 30, 31, 38, 46-51
 Centro Internacional de Enseñanzas e Investigaciones sobre Inmunología (Amsterdam), 81
 Constitución, 26, 28, 30
 Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, 92, 94
 Organización Panamericana de la Salud, ix, 10, 33, 43, 44, 63, 74-90, 103-109, 110, 119, 146-147
 Becas, 21-22, 27, 29, 34, 58, 85, 87-88
 Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 35, 89, 103, 108
 Boletín Epidemiológico, 15
 Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 35, 108
 Centro de Investigaciones y Referencia sobre Biología y Control de Vectores (Maracay, Venezuela), 55
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 35, 108
 Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), 35, 89, 103, 108
 Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), 35
 Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), 35, 108
 Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), 35, 87
 Centro Panamericano de Investigaciones y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades del Trópico (CEPIALET), 35
 Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), 35, 87, 108
 Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas (CAIM), 94
 Comité Ejecutivo, 28-31, 54, 104, 109
 Conferencia Sanitaria Panamericana, 11-14, 16-17, 18-20, 23, 24, 26, 27, 28, 31-33, 47, 53, 65, 108, 109
 Consejo Directivo, 12-15, 18, 19, 20, 24, 28-33, 49-51, 53, 54, 76, 88, 104, 105, 108, 109
 Constitución, 13, 16, 19, 23, 31
 Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), 35, 63, 108
 Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 35, 63-64, 89, 108
 Núcleo de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES), 90
 Oficina de El Paso, Texas, 20, 34
 Oficina del Coordinador de Programas del Caribe, 108
 Plan de Acción, v, ix, x, 105-106, 119, 120, 130
 Presupuesto, 10, 13-14, 16, 18, 22, 27-28, 29-34, 106-109

Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centro América y Panamá (PASCCAP), 88
 Programa Ampliado de Inmunización (PAI), 49, 124
 Programa Latinoamericano de Desarrollo Educativo para la Salud (PLADES), 89, 90, 103
 Programa de libros de texto, 102
 Reuniones Especiales de los Ministros de Salud de las Américas, x, 40, 42, 44, 46, 49-50, 70, 104
 Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), 107
 Organización Sanitaria Panamericana (OSP), 27, 28, 29-33

P

Países Bajos, 81
 Pakistán, 47
 Paludismo (véase Malaria)
 Panamá, 4, 9, 12, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 35, 55, 63-64, 75, 76, 78, 86, 87, 88-89, 94, 108
 Paraguay, 12, 21, 23, 35, 78, 79, 86, 87, 90
 Parran, Thomas, 26-27
 Pediatría, 22
 Perú, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 35, 40, 52, 76, 79, 85-92, 94, 128, 134
 Peste, 5, 12-17, 21, 23, 56
 Plan de Acción, ix, x, 104-105, 119, 120, 130
 Plan Decenal de Salud para las Américas, x, 40, 42, 44, 45, 49, 68, 70, 71, 74, 76, 82, 103-104, 119, 124, 129
 Planificación de la familia, 72, 102, 108, 121
Plasmodium falciparum, 2
 Poliomiélitis, 21, 23, 49, 124
 Puerto Rico, 4, 17, 23, 33, 52, 85
 Punta del Este, Uruguay, Carta de, ix, 39-43

R

Rabia, 33, 81
 Radiología, 22
 Recursos humanos, 42, 59, 75, 76, 81-90, 101-104, 119, 122, 130-134, 137, 147
 capacitación, ix, 56, 57, 65, 78
 Reed, Walter, 3
 Reglamento Sanitario Internacional, 15, 33
 Rehidratación oral, 51
 Reino Unido, 37, 97
 República Dominicana, 13, 17, 21, 30, 31, 34, 47, 56, 78, 79, 86, 88, 90, 95
 Roe, M. A., 17
 Ross, Ronald, 2-3

S

Salud
 ambiental, ix, 43, 65-70, 101, 102, 103, 108, 116, 119, 123, 126, 127-130
 animal, 101, 102, 108
 dental (véase Odontología y salud dental)
 materno-infantil, 16, 18, 33-34, 43, 63, 65, 102-103, 108, 121, 123, 135
 mental, 48, 57-59, 65, 72, 108, 121, 123, 125
 ocupacional, 70, 71, 105, 121, 125, 126, 129
 de personas de edad avanzada, 72, 121, 124, 125
 Salud para todos, ix-x, 44-47, 100, 103, 104-105, 106, 110-111, 118, 121, 135-136, 139, 143-147
Salud para todos en el año 2000: Estrategias, x, 119, 120
 Saneamiento, 34, 39-40, 48, 51, 66, 67, 69
 Sangre, 3, 55, 81, 82
 San Martín, 56
 Sarampión, 15, 49, 124
Schistosoma mansoni, 55
 Sebrell, W. H., 18
 Seguridad social, 70, 71-74, 75-76, 82, 99, 102, 105, 122, 129, 138-143
 Servicios de salud, 11, 71-79, 86, 121-123
 Sífilis, 51
 Snow, Donald L., 21
 Sociedad de las Naciones, 16, 19
 Somalia, 38
 Soper, Fred Lowe, 6, 14, 26-31, 35
Stegomyia fasciata, 3, 14
 Suecia, 26, 97
 Suiza, 26
 Suriname, 20, 56, 59, 81

T

Tecnología apropiada, 45, 63, 79, 93-94, 101, 127, 131, 132, 135-136
 Tecnología educacional, 34, 89, 90, 103, 133-134
 Tétanos, 49
 Tifo, 15, 20, 22-23
 Tos ferina, 15, 49, 81, 124
 Tracoma, 17
 Transporte aéreo, aspectos relacionados con la salud, 15, 17
 Treponematosis, 33
 Tricomoniasis, 52
 Trinidad y Tabago, 23, 35, 41, 52, 81, 108
Trypanosoma cruzi, 55
 Tuberculosis, 9, 15, 16, 22-23, 29, 33-34, 47, 49-50, 124

U

- Unión Panamericana, 9, 14, 15, 16, 19, 30 (*véase también Organización de Estados Americanos*)
- Universidades, 90, 131
 de Brasilia, 55
 de Chile, 78
 Federal de Rio Grande do Sul, 86
 de George Washington, 75
 de las Indias Occidentales, 90
 de Johns Hopkins, 75
 de Michigan, 75
 de Panamá, 75
 de Rio de Janeiro, 75
- Urbanización, 72-115, 116, 125
- Uretritis no gonocócica, 52

V

- Venéreas, enfermedades (*véase Enfermedades de transmisión sexual*)
- Venezuela, 10, 15, 21-23, 28, 30, 35, 52, 55, 56, 60, 68, 75, 81, 85, 88, 90, 94, 98, 128, 129, 137
- Veterinaria, medicina, 31, 34, 87, 108

- Vigilancia epidemiológica, 48, 50, 51, 53, 54, 56, 79, 123, 124, 125
- Villagómez, Euclides, 17
- Viruela, 2, 5, 9, 15-16, 18, 23, 33, 37-39, 56
- Vivienda, 23, 34, 101, 118, 126

W

- Wayson, Newton E., 21
- White, J. H., 10
- Williams, L. L., 27
- Wyman, Walter, 5, 6, 7, 10

X

- Xeroftalmía, 62

Z

- Zoonosis, 55