

3823
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1980

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXXII Reunión



INDEXED

Tema 10 del programa provisional

INDEXED

CD27/34.B (Esp.)
13 agosto 1980
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

EVALUACION DEL PLAN DECENAL DE SALUD
PARA LAS AMERICAS

1980

INDEXED

CONTENIDO

	<u>Páginas</u>
INTRODUCCION.....	1
ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA EVALUACION FINAL.....	7
RESULTADOS GENERALES.....	13
META GENERAL: ESPERANZA DE VIDA AL NACER.....	23
I. SERVICIOS A LAS PERSONAS	
A. Enfermedades Transmisibles.....	27
B. Salud Maternoinfantil y Bienestar Familiar.....	42
C. Nutrición.....	47
D. Otras Areas.....	51
II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO	
1. Política Nacional de Preservación y Mejoramiento del Medio Ambiente...	57
2. Plan Nacional de Preservación y Desarrollo del Medio Ambiente.....	58
3. Abastecimiento de Agua y Alcantarillado.....	59
4. Recolección y Disposición de Desechos Sólidos.....	63
5. Contaminación del Agua, Aire y Suelo y Control del Ruido.....	64
6. Salud Ocupacional e Higiene Industrial.....	65
7. Salud Animal y Salud Pública Veterinaria.....	66
8. Control del Empleo de Plaguicidas.....	70
9. Control de la Calidad de los Alimentos.....	70
10. Control de la Calidad de los Medicamentos.....	71
11. Control de los Accidentes.....	72
III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
A. Enfermería.....	75
B. Laboratorios.....	78
C. Rehabilitación Médica.....	80
D. Educación para la Salud.....	80
E. Vigilancia Epidemiológica.....	81
IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA	
1. Servicios Administrativos.....	85
2. Sistemas de Información.....	88
3. Estadísticas de Salud.....	92
4. Desarrollo de los Recursos Humanos.....	105
5. Desarrollo de los Recursos Físicos.....	117
6. Financiamiento.....	121
7. Legislación.....	122
8. Investigación.....	122
V. CUADROS DE ANALISIS DE LA EXTENSION DE LA COBERTURA	
Bahamas.....	125
Chile.....	129
Colombia.....	130
Costa Rica.....	131
Ecuador.....	135
Guatemala.....	139
Guyana.....	142
Honduras.....	149
Paraguay.....	156
Perú.....	165
Venezuela.....	169

INTRODUCCION

INTRODUCCION

El Plan Decenal de Salud para las Américas, formulado por la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972, constituye la culminación de una serie de esfuerzos de armonización y coordinación que llevaron a cabo los países de la Región para el mejoramiento de las condiciones de salud en sus respectivas poblaciones, y estuvo encaminado hacia el desarrollo de la salud del Continente en su conjunto.

El Plan Decenal tiene una concepción de globalidad que se encuentra presente en el contenido de todas sus proposiciones, las cuales incluyen prácticamente todos los aspectos de mayor relieve del campo de la salud, en un ordenamiento que en el ámbito de aplicación del Plan reconoce coincidencias al mismo tiempo que diferencias, tanto en la naturaleza de los problemas que aquejan a los países como en los enfoques que los sistemas nacionales de salud adoptan para la solución de tales problemas.

Los esfuerzos realizados por los países para la formulación del Plan Decenal, se continuaron en las acciones acordadas para su ejecución. En efecto, el primer paso que se dio fue la formalización del Plan, incorporándolo a la política de la Organización Panamericana de la Salud mediante la Resolución XIII del Consejo Directivo en su XXI Reunión. A continuación los países se empeñaron en dar cumplimiento a las recomendaciones contenidas en el Plan, cuya proposición inicial era la formulación o ajuste de las políticas nacionales de salud. Para tal fin varios países hallaron de utilidad el empleo de la "Guía para el Análisis de Incorporación de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas en las Políticas Nacionales de Salud" que fue preparada por el Secretariado de la Organización. Además de la formulación y ajuste de sus políticas nacionales, varios países adoptaron o adaptaron las metas del Plan Decenal para expresar sus propios objetivos y metas, llegando en ciertos casos a la formulación y programación de estrategias nacionales para alcanzar tales objetivos y metas, tanto en acciones diseñadas para el mediano plazo, como en la programación del corto plazo. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXI Reunión, mostró su preocupación al observar la marcha del Plan Decenal y la manera como sus proposiciones, objetivos y metas iban siendo cumplidas a lo largo del tiempo, la cual se vio expresada en la misma Resolución XIII, en la que se solicitó al Director de la Oficina que convocara a un Grupo de Trabajo para que "diseñe un Sistema de Evaluación que pueda adaptarse a las propias condiciones de los países y que tenga la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitan a su vez hacer una evaluación de los logros alcanzados durante la década". En cumplimiento

de este mandato, el Director convocó un Grupo de Trabajo sobre Evaluación del Plan Decenal que se reunió en Washington en junio de 1973, el cual preparó un informe que ofreció las orientaciones necesarias para la organización de un sistema de evaluación a nivel regional, incluyendo además sugerencias a los países para la organización de sus propios sistemas de evaluación.

Siguiendo los lineamientos dados por el Consejo Directivo de la Organización y las orientaciones del Grupo de Trabajo se preparó un esquema metodológico para evaluar el Plan Decenal de Salud en tres momentos: uno inicial que se llevaría a cabo en 1974 y que permitiría determinar el estado en que se encontraba cada una de las áreas del Plan cuando éste estuviera en vigencia; otro momento intermedio, que se efectuaría en 1977 y que tendría por propósito valorar el estado en que se encontraba el desarrollo de las acciones acordadas para el cumplimiento del Plan y; finalmente, una evaluación final que se realizaría en 1981.

El esquema de evaluación tuvo por propósito valorar el grado de cumplimiento de las metas del Plan Decenal a un nivel agregado regional, ofrecer las explicaciones necesarias para la introducción de modificaciones que se juzgaran convenientes y dar las bases para el trazado de nuevas estrategias continentales. Se tuvo en cuenta la recomendación del Grupo de Trabajo en el sentido de que el esquema debería orientarse a facilitarle a cada país la evaluación del cumplimiento de sus propias metas, programas y estrategias nacionales, para así obtener información que permitiera la comparabilidad necesaria para evaluar los logros alcanzados a nivel continental durante el período 1971-1980. En otras palabras, la evaluación permitiría ponderar el esfuerzo realizado por cada país para el cumplimiento de sus propias metas nacionales fijadas dentro del marco de referencia general que brindaba el Plan Decenal.

La evaluación inicial propuesta para efectuarse en el año 1974 pudo completarse solamente a principios de 1976 con la información recibida de 22 países que conformaban el 92% de la población de la Región. Los resultados de esta evaluación inicial fueron sometidos a la consideración de la XXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en México, D.F. (septiembre 27-octubre 7 de 1976), el cual en su Resolución XXVIII sugirió que se efectuara la evaluación final del Plan Decenal de Salud en 1980. Esta recomendación se hizo en vista de que la información de la evaluación inicial había sido recabada durante el año 1975 y que, a pesar de todos los recaudos adoptados para que la información se refiriera a la situación prevaleciente en 1971, ya sea por inexistencia de tal informa-

ción o por un afán de brindar una mejor calidad, muchos países se refirieron a situaciones más recientes y tendieron a proyectarse presentando el panorama de las condiciones prevalentes en 1974 o inclusive en 1975. Así pues, a pesar de carecer de tal intención, la evaluación inicial mostró no solamente las tendencias y orientaciones adoptadas por los países dentro del marco de referencia del Plan Decenal sino también el estado en que se hallaban ya en momentos en que casi debería ser efectuada la evaluación intermedia. El Consejo Directivo, en vista de que se había rebasado el ámbito cronológico de la evaluación inicial, hasta tal punto que la propuesta evaluación intermedia podría aportar pocos beneficios adicionales, decidió que se dejara de lado tal evaluación y recomendó que se procediera a la final en 1980.

El presente documento muestra los resultados obtenidos en la evaluación final del Plan Decenal de Salud para las Américas. Esta evaluación se basa en la información brindada por 25 países de la Región que contienen casi el 98% de la población de ésta. Diecinueve países participaron tanto en la evaluación inicial como en la final, tres países solamente en la primera evaluación y seis únicamente en la segunda. Un solo país de la Región a más de los territorios de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, no participó en ninguna de las dos evaluaciones.

ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA EVALUACION FINAL

ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA EVALUACION FINAL

Los actos centrales de un proceso de evaluación están constituidos por la comparación entre el sujeto que se evalúa con su patrón de referencia, y la emisión de un juicio acerca de los resultados de tal comparación. Para la realización de tales actos son esenciales la clara definición tanto del sujeto que se evalúa como del patrón de referencia. Ambos fueron especificados por el Grupo de Trabajo sobre Evaluación del Plan Decenal quien definió el propósito de la evaluación final, que consiste en determinar el grado de cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud a nivel regional, en base a la determinación del cumplimiento de las metas nacionales fijadas por cada país dentro del marco definido por el Plan.

El Plan Decenal tiene metas y recomendaciones para el desarrollo y perfeccionamiento de prácticamente todos los aspectos de infraestructura y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud de los países, así como del nivel y estructura de salud de la población de la Región. Por este motivo, la información que se solicitó a los países para la evaluación del Plan conforma un volumen necesariamente muy grande; el cual, sin embargo, fue reducido al mínimo indispensable mediante un esfuerzo sistemático. La información recibida de los países está condensada, descrita y analizada en el presente documento.

Los conceptos que son objeto de análisis son de orden general. Esta generalidad se refleja en el uso de indicadores de tipo cualitativo excepto, claro está, para el caso de las metas cuantitativas del Plan. En vista de que no se pretende determinar la situación del sector salud de ningún país en particular, sino de apreciar el estado de la Región en su conjunto, con respecto a cada una de las áreas, y dado el nivel agregado de análisis que se pretende realizar, la mencionada generalidad de los conceptos es necesaria en vista del condicionamiento que imponen situaciones como las siguientes:

a) Para un mismo concepto hay en muchos casos diversos significados según sean los países. Esta diversidad en las definiciones nacionales, por lo demás no siempre existentes, implica que los límites de agregación que pueden adoptarse para el análisis tienen que ser muy amplios. En vista de que en muchos países se había hecho la adaptación de las metas del Plan Decenal a las políticas nacionales, se recomendó que aquellas personas que hubieran tenido la responsabilidad de hacer la mencionada adaptación, tuvieran también a su cargo la recopilación de la información solicitada en los formularios de evaluación, con el

fin de obtener respuestas dentro de los mismos marcos de referencia para propósitos comparativos. Sin embargo, esto no pudo lograrse en la mayor parte de los casos y por esta razón subsisten áreas que no son estrictamente comparables ya sea dentro de un país a lo largo del tiempo transcurrido o bien entre países en un mismo instante del tiempo.

b) La mayor parte de los conceptos existentes al iniciarse las actividades del Plan Decenal de Salud para las Américas siguen vigentes. Sin embargo, al cobrar forma la meta global de "Salud para todos en el año 2000" y las estrategias mundiales de la atención primaria, el enfoque multisectorial, la cooperación técnica entre países en desarrollo y otras a las cuales los países de la Región se adherieron, surgió la necesidad de que los países y la Región en su conjunto orientara sus acciones al estudio y adopción de estrategias nacionales y regionales que hicieran factible el logro del objetivo global de "Salud para todos en el año 2000". Con tal motivo hubo la reconsideración de una serie de conceptos, la mejor definición de algunos y, en general, una evolución en el orden de ideas, lo que relegó a un segundo término aspectos que tenían gran relieve al iniciarse la aplicación del Plan Decenal de Salud, mientras que por otro lado se centró la atención en una serie de otros conceptos que son los que se encuentran en vigencia en la actualidad. El resultado de todo este cambio y evolución en las ideas es que la homogenización conceptual que se viene logrando escapa un poco a las posibilidades de la evaluación en los términos como se había propuesto en 1972.

c) Algunos conceptos que contiene el Plan Decenal en sus proposiciones no tienen aplicabilidad en algunos países. Estos tuvieron que hacer, en algunas circunstancias, esfuerzos de interpretación y sustitución para dar sus respuestas, las que desde luego no son comparables con las del resto de los países.

d) Las respuestas dadas a algunos aspectos de la evaluación tienen la variabilidad propia de la subjetividad con que fueron dadas por quienes estuvieron a cargo de llenar el cuestionario. En algunos casos, las respuestas son prácticamente opiniones o juicios evaluativos y tienen que ser tratados como tales. En otras circunstancias, afortunadamente no muchas, las respuestas reflejan una expresión de deseo más que una realidad concreta.

e) La evaluación realizada de los sistemas nacionales de información muestra un adelanto importante en este aspecto; pero si bien es cierto que los sistemas están en un proceso de mejor organización, también es cierto que la información misma todavía sigue teniendo deficiencias. Esto puede apreciarse en la forma como, en algunos casos, los países no han dado respuesta a algunos rubros y en otros, se consigna información que no es consistente con la previamente recolectada en los mismos países para otros propósitos. Siguiendo los principios empleados en la

evaluación inicial, y en vista de que en algunos casos la información ya estaba disponible por respuesta de los mismos países a requerimientos de otra índole, se decidió no insistir solicitando rectificaciones o ratificaciones de los datos contenidos en los formularios de evaluación. Se ha tratado de consignar fielmente en las tablas confeccionadas la información tal como fuera proporcionada por los países, excepto en el caso de obvios errores de transcripción que pudieran haberse deslizado y que fueron corregidos. Asimismo, en algunos aspectos cuantitativos la información de los cuestionarios fue validada por confrontación con la información provista para otros propósitos y disponible en los archivos oficiales de la Organización.

Finalmente, habiendo surgido la necesidad de que los países y la Región en su conjunto orientara sus acciones al estudio y adopción de estrategias nacionales y regionales que hicieran factible el logro del objetivo global de "Salud para todos en el año 2000", el Comité Ejecutivo de la Organización en su 82a. Reunión (junio 1979) adoptó la Resolución XIX por la cual se solicita a los países y a la Organización la unificación en un solo proceso de una serie de acciones destinadas al análisis y formulación de las estrategias nacionales para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", para elaborar la contribución de la Región de las Américas al Séptimo Programa de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud y para la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas. Esta última ha de servir como material de referencia para que los países, a la vista de lo acontecido durante el último decenio, puedan hacer sus proposiciones nacionales de estrategias regionales dentro del marco de "Salud para todos en el año 2000". Dichas estrategias regionales formarán a su vez parte constitutiva de las estrategias mundiales que serán adoptadas por la Organización Mundial de la Salud en 1981.

En las tablas que se presentan a continuación como resumen de la evaluación de cada una de las áreas que contempla el Plan Decenal de Salud, puede notarse que se ha tratado de mantener en lo posible los mismos principios, conceptos e indicadores que fueron utilizados en la evaluación inicial del Plan, razón por la cual no fueron introducidas muchas modificaciones a los formularios empleados para tal propósito en el año 1974. Algunas de tales modificaciones son solamente de forma teniendo presente que los conceptos empleados son de orden general, con escasa utilización de indicadores numéricos a menos, como se dijo anteriormente, que las metas del Plan Decenal hubieran sido expresadas en esta forma. Sin embargo, hay algunas áreas críticas del Plan Decenal que requirieron un tratamiento especial, sobre todo la importancia que revisten para la formulación de las nuevas estrategias regionales. Tal es el área de la extensión de la cobertura para la cual la evaluación inicial

no brindó información que acrecentara el conocimiento de que ya se disponía al comienzo de la década. Ello se debió a que los términos en que el concepto mismo fue expresado en el Plan Decenal no fueron precisamente los más adecuados, y a los cambios que en el transcurso del tiempo se operaron en dicho concepto. Por esta razón la investigación y el análisis de la cobertura, y de los sistemas de servicios de salud, no se incluyen en la misma forma como fueron considerados en la evaluación inicial sino que fueron objeto de una encuesta especial para la cual no se obtuvo la respuesta esperada. Sin embargo, los resultados se incluyen en la última parte de la evaluación, consignando la información que los países mismos brindaron e incorporando el análisis de información de la cual se dispone por otras fuentes.

RESULTADOS GENERALES

RESULTADOS GENERALES

Deduciendo de las respuestas a los formularios de evaluación dadas por 25 países de la Región, se puede señalar, en relación con algunas de las áreas a las que el Plan Decenal asigna especial énfasis en sus recomendaciones, los siguientes resultados:

1. Se han producido cambios de trascendencia en la consideración de las políticas de salud de los países. A los dos años de la formulación del Plan Decenal más de dos tercios de ellos manifestaron que habían ya definido su política, mientras que el otro tercio se hallaba en proceso de definirla. Al finalizar la década prácticamente no queda ningún país que no haya formulado su política nacional de salud en la cual se especifica claramente los objetivos y los cambios estructurales para alcanzar el desarrollo del sector consistente con el desarrollo económico y social de cada país. En la mayor parte de casos las políticas formuladas son compatibles con las recomendaciones del Plan Decenal y están siendo actualmente ajustadas, para comprender las estrategias nacionales orientadas hacia el logro de la "Salud para todos en el año 2000". El progreso de los países en la definición de sus políticas de salud han sido investigados en su profundidad en el documento intitulado "Evolución del Sector Salud en los Años Setenta y Estrategias para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000".

2. En su mayor parte los países tomaron las metas del Plan Decenal como referencia para el estudio y fijación de sus propias metas nacionales en diversas áreas. Algunas de estas metas eran de tal naturaleza que, de ser cumplidas por todos los países, se hubiera garantizado el cumplimiento de la meta regional; pero en cambio otras metas nacionales adoptadas desde el inicio mostraron que aunque estas se cumplieran no alcanzaría para realizar las metas regionales. En muchas circunstancias, aquellos países que habían fijado sus metas nacionales en el año 1974 las desecharon en el transcurso del tiempo y en la evaluación final consignaron otras metas diferentes. En la mayoría de los casos la información consignada para la evaluación inicial no fue tomada en cuenta para la evaluación final. Esto no es otra cosa que una muestra del deficiente funcionamiento de los sistemas de información y archivo. En consecuencia, las metas consignadas en la evaluación inicial muchas veces no pudieron ser empleadas para compararlas con los logros obtenidos durante la década.

El incremento de la esperanza de vida al nacer fue una meta general establecida en el Plan Decenal de Salud. En vista de que el valor que adopta este indicador es dependiente casi íntegramente del nivel y estructura de la mortalidad, los factores que lo afectan no se pueden situar solamente dentro del sector salud; por el contrario, son factores muy relacionados a las condiciones generales económicas y sociales. Durante la década todos los países

han extendido su esperanza de vida al nacer en magnitudes muy variables; pero en término medio, puede considerarse que la meta del Plan Decenal de Salud fue cercanamente cumplida en la Región en su conjunto con avances considerables en países del Istmo Centroamericano, moderadamente elevados en los países del Area Andina, México y el Caribe y menos importantes en los países del Cono Sur y el Brasil.

El control de las enfermedades transmisibles es un área a la que el Plan Decenal otorgó alta prioridad, especialmente en lo que se relaciona con el control de las enfermedades para las cuales se dispone de técnicas de vacunación. En la primera evaluación del Plan Decenal se mencionó que las metas establecidas por los países eran de magnitud tal que su cumplimiento no sería suficiente para lograr la meta regional establecida; y en efecto dicha meta no fue lograda sino para algunas pocas enfermedades. Desde luego la viruela se ha erradicado desde 1971 y tal erradicación se ha mantenido. La Región se encuentra muy cercana al cumplimiento de la meta del Plan Decenal en lo que se refiere a la reducción de las defunciones por sarampión. Asimismo, la mortalidad por tos ferina muestra reducciones apreciables y podría haberse llegado en promedio a lograr la meta regional; sin embargo, algunos países continúan con tasas de exceso de mortalidad por esta causa. Se ha reducido en algo la mortalidad por tétanos pero no se ha alcanzado a cumplir la meta regional. También se ha alcanzado la reducción establecida como meta para la incidencia de la difteria así como de la poliomielitis, y se esperan aún reducciones mayores conforme entren a operar con mayor eficiencia los programas ampliados de inmunizaciones que han iniciado sus acciones durante los dos últimos años.

La tuberculosis ha continuado su descenso como problema importante de mortalidad y morbilidad sin haberse alcanzado las metas que se había propuesto el Plan Decenal de Salud para las Américas en la mayor parte de los países y en la Región en su conjunto.

Las infecciones entéricas continúan siendo una de las causas más importantes de mortalidad y de morbilidad en la América Latina y el Caribe. La mortalidad afecta principalmente a los niños menores de cinco años y todavía presenta tasas muy elevadas; no se ha logrado el cumplimiento de la meta regional fijada en un 50% para la década y ello se debe principalmente a las dificultades existentes para una mayor extensión de los servicios de saneamiento del medio así como también para la extensión de la cobertura de los servicios de atención médica.

Las enfermedades venéreas son un problema de relieve cuya gravedad parece ir en aumento.

La lepra continúa siendo un problema de importancia en varios países de la Región

aunque la información proporcionada por dichos países no permite determinar si realmente ha habido una disminución de la incidencia y de la prevalencia, más bien sugiere que los programas de control han tenido una serie de altibajos durante el período.

La fiebre amarilla se ha presentado solamente en su forma selvática, pero durante la década el promedio anual de casos se ha incrementado en un 25% en relación con la década anterior, lo cual muestra un deterioro que cobra mayores proporciones y tiene complejidad creciente dada la reinfestación de varios países por Aedes aegypti, los cambios de hábitos de mosquitos tradicionalmente considerados selváticos, la resistencia adquirida por el vector y el aumento de las poblaciones expuestas a riesgos.

La malaria se ha reactivado como un problema de grandes proporciones a partir de la mitad de la década; las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas no sólo no se han cumplido sino que es aparente un neto deterioro que ha causado honda preocupación a varios países en los dos últimos años de la década.

La situación nutricional y alimentaria, en términos generales, no se ha modificado sustantivamente durante la década; se ha mantenido la prevalencia de las deficiencias nutricionales que fueron objeto de atención por los países en el Plan Decenal. La información disponible no es adecuada como para llegar a conclusiones definitivas, sin embargo, hay indicios de una disminución de la severidad de la desnutrición proteico-calórica. Se sabe que ha habido progresos en la producción de alimentos en varios países, aunque no con la magnitud necesaria como para satisfacer la demanda de una población creciente. En otros países tal producción de alimentos por el contrario ha sufrido una disminución. En todo caso es evidente que las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, en general no han sido cumplidas, a despecho del interés que el problema de la desnutrición ha cobrado en la mayor parte de los países.

La provisión de servicios de agua potable y de disposición de excretas es un aspecto de la salud ambiental que recibió especial atención en el Plan Decenal. Las metas fijadas por el Plan para la provisión del agua potable a las poblaciones urbanas fueron adoptadas muy de cerca por la mayoría de los países. Sin embargo, los países no han llegado al cumplimiento de tales metas y por lo tanto la meta regional tampoco ha sido cumplida debido, entre otras cosas, a que además de la demanda natural impuesta por el crecimiento de la población urbana se presentaron restricciones financieras institucionales y de otros recursos, así como, en ciertos casos, la falta de capacidad de inversión de algunos países.

Los países de la América Latina y el Caribe habrían llegado durante la década solamente a cubrir a manos del 40% de su población rural con servicios de agua potable, por lo tanto, tampoco se ha cumplido con esta meta del Plan Decenal aún cuando se ha producido un meritorio avance.

Las metas nacionales establecidas para proveer con servicios de alcantarillado a la población urbana solamente alcanzaron o sobrepasaron a la meta regional de 70% en dos de cada cinco países. Razón por la cual se estimó en la primera evaluación del Plan Decenal que la meta regional no podría ser alcanzada; en efecto, esta meta no fue lograda ya que los países en su mayor parte quedaron por debajo del cumplimiento de sus propias metas nacionales, estimándose que, en 1980, solamente el 50% de la población urbana de la América Latina y del Caribe tiene acceso a los servicios de alcantarillado. Tampoco se ha llegado a cumplir la meta de proporcionar servicios de eliminación de excretas al 50% de la población rural de la Región; también en este caso, como se advirtió en la primera evaluación del Plan Decenal, las metas nacionales eran de tal magnitud que aún si ellas hubieran podido cumplirse, la meta regional no se hubiera alcanzado. En efecto, las cifras indican que solamente siete de 14 países de la América Latina y el Caribe han sobrepasado una cobertura de más del 50% de su población rural con este tipo de servicio.

3. La extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población no atendida o subatendida de los países de la Región fue la meta central del Plan Decenal y probablemente la de mayor envergadura y trascendencia. Casi todos los países formularon el propósito de extender la cobertura aunque podía apreciarse una diversidad de enfoques para su abordaje, lo cual es comprensible en vista de las diferentes políticas nacionales que habían actuado en la configuración de los sistemas de salud de cada uno de los países. En general, la extensión de la cobertura se podría lograr mediante la expansión de los llamados servicios básicos de salud con servicios mínimos integrales, organizados de acuerdo con el tamaño de los agrupamientos de población y su concentración o dispersión. La información de que se disponía al iniciarse la década hizo suponer que la población que residía en localidades de 20,000 y más habitantes tenía prácticamente una cobertura del 100% con servicios de salud; que la población que vivía en localidades de 2,000 a 20,000 habitantes estaba cubierta en un 90% y que la población que vivía en localidades de menos de 2,000 habitantes tenía una cobertura que apenas llegaba al 20% con servicios mínimos de salud. La atención se dirigió inmediatamente a la consideración de la forma en que esta última población podía ser mejor atendida. En la mayor parte de

los países se dió relieve entonces a la organización de los sistemas de servicios de salud ampliando el número de unidades de atención elemental, entrelazándolos por medio de un sistema de referencia para dar acceso a toda la población a una atención de nivel de complejidad que el caso requiriera.

Como se mencionara en la evaluación inicial, la información que brindaron los países no fue suficiente para acrecentar el conocimiento de que ya se disponía con respecto a la situación de la cobertura. En realidad, la información que proporcionaron los países en aquella oportunidad no permitió determinar con exactitud cuáles eran los niveles de cobertura que se estaban obteniendo. En la evaluación presente subsisten los inconvenientes de una deficiencia en la información de los países, más aún teniendo en cuenta que los sistemas de servicios de salud de los países están envueltos en una dinámica de cambio muy importante, en un proceso de adaptación a una dinámica política y social y en vista a superar serias restricciones de carácter financiero. Por otro lado, la definición misma de cobertura no es homogénea entre los diversos países y depende mucho de los niveles de desarrollo en donde se encuentren los sistemas de servicios de salud. No es posible pues encontrar indicadores válidos para el estado de la cobertura, sin embargo, es evidente que cualquiera que sea la definición tomada la disponibilidad de recursos para la atención es un indicador que puede tener alguna utilidad. En este sentido, de la información obtenida para la presente evaluación se puede observar que en 13 países para los cuales existen datos tanto para 1971 como para 1978, las unidades para la atención elemental se incrementaron en un 61.4% (de 6,532 a 10,543). De haberse producido este tipo de crecimiento en todos los demás países para los cuales no se dispone de información es evidente que la cobertura tiene que haberse incrementado por lo menos para las poblaciones aquellas en las cuales se establecieron las nuevas unidades de atención. Por lo general, estas unidades de atención elemental han sido localizadas en las poblaciones entre 2,000 y 5,000 habitantes y tienen especialmente la intención de atender a la población rural.

Por otro lado, el número de camas para la atención hospitalaria y general ha subido solamente en un 12.3% en 16 países para los cuales se dispone de información en 1971 y en 1978. Este aumento no es precisamente de grandes proporciones y podrían significar un aumento en la cobertura solamente en el caso de que los índices de utilización de estas camas hallan subido sustancialmente.

Para resumir se estima que los países han hecho esfuerzos muy importantes para extender la cobertura de sus servicios de salud y que, a juzgar por la información de unos pocos países, se ha logrado incrementar dicha cobertura principalmente en algunos grupos de población que muestran tasas de atenciones por habitante más elevadas que las que se podía observar a principios de la década. La meta del Plan Decenal de Salud, sin embargo, no ha podido ser cumplida en su totalidad aunque se pueden notar avances muy importantes y acondicionamientos en los sistemas de servicios de salud que podrían permitir un desarrollo acelerado en los próximos años.

4. El Plan Decenal reconoció que para lograr el cumplimiento de las proposiciones regionales era imprescindible la implantación y desarrollo en cada país de un sistema de salud adecuado a las características nacionales, en función de la política sectorial. Es indudable que la mayoría de los países están haciendo esfuerzos por organizar sus sistemas en función de la meta central de extensión de cobertura; una serie de aspectos de los sistemas en vigencia están siendo estudiados y en la mayor parte de casos se puede detectar cierta homogeneidad en la concepción de los sistemas organizados en diversos niveles de complejidad dentro de un sistema escalonado; se está prestando mayor atención a la formación y empleo de personal de salud no tradicional; se están explorando las formas de incorporar a la comunidad con una participación más activa dentro del sistema; se está investigando y propiciando el uso de tecnologías más apropiadas; y, en fin, dentro de diversos marcos conceptuales en casi todos los países se está otorgando importancia a la estructuración de nuevos sistemas de servicios de salud, explorando y empleando nuevas fuentes de financiamiento para los propósitos de expansión de los servicios.

5. El área de los recursos humanos continuó siendo, durante la década, un área crítica para los servicios de salud. El ritmo de formación de los recursos, principalmente del personal no médico fue relativamente lento y no se logró acondicionar a las necesidades de las metas nacionales en extensión de la cobertura. Hay una marcada escasez de personal de enfermería y muy especialmente de aquel personal destinado a todos los servicios de menor complejidad para la atención directa. No se ha logrado todavía una coordinación necesaria entre las instituciones formadoras de personal y las utilizadoras; las universidades todavía están al margen de la programación de los recursos humanos y por otro lado, los Ministerios de Salud tienen poca ingerencia sobre los programas de formación de recursos humanos de las universidades.

En lo que atañe a los recursos físicos todavía continúa la aguda escasez de establecimientos de todo nivel de complejidad; en gran parte de países la capacidad instalada se encuentra en deterioro debido al escaso mantenimiento. El número de camas para la atención general ni siquiera ha acompañado en crecimiento al de la población; a ello se agrega las necesidades crecientes de la extensión de la cobertura, que en conjunto ha de requerir de un nivel elevado de inversión así como también de gastos que demandará su operación. Por este motivo, los países están enfrascados en el estudio de nuevas fuentes de financiamiento y han estado haciendo uso cada vez más a menudo del financiamiento externo. También se están explorando otras formas de financiamiento interno en las cuales tiene particular importancia el papel que pueden jugar las instituciones de seguridad social.

6. Por las respuestas obtenidas en las diversas áreas de la evaluación, se pone en evidencia que hay dificultades todavía en los países para obtener y para brindar la información. En general, los sistemas de información en salud no están bien organizados aunque se ha notado en los últimos años un interés especial en la mayor parte de países en emprender acciones destinadas a desarrollarlas así como a buscar y emplear métodos para la programación, control y evaluación de sus actividades dentro de una concepción gerencial, con miras a obtener una mayor eficiencia en el uso de sus recursos.

Consignadas estas observaciones de carácter general, en el capítulo siguiente se presentan los resultados de la evaluación final del Plan Decenal de Salud para las Américas realizadas según áreas específicas establecidas en dicho plan.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

META GENERAL: ESPERANZA DE VIDA AL NACER

	1970	Meta nacional 1980	Ultima estimación			
			Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	68.2		1975-80	69.4		
Bahamas	66.7	70	1970	66.7	64	69.3
Barbados	68.3	73	1979	69.8	67.2	72.5
Bolivia						
Brasil	59.4	65	1970	59.4	57.6	61.1
Canadá						
Chile	62.5 ^a	64.4	1976-80	64.4	61.3	7.6
Colombia	58.6	63.6	1975	62.2	60.7	63.9
Costa Rica	68.1	71.1	1977	72.9	70.8	75
Cuba	70.1	71.8 ^b	1978	71.8	70.2	73.5
Ecuador	58.8	62.9 ^b	1974-79	60.5	59.1	61.8
El Salvador	59	60.5	1978	60.3	...	...
EE.UU.A.	70.9	73.1	1977	73.2	69.3	77.1
Guatemala	51.5	54.9	1973	52.8	52.7	53.6
Guyana	69.1	68 ^c	1970	69.1	66.7	71.6
Haití	46.0	53	1971	47.8	46.7	47.5
Honduras	54.1	57.1	1980	57.1	55.4	58.9
Jamaica	65.5	69 ^c	1970	67.8	66.7	70.2
México	61 ^c	67	1975	65.4	62.9	67.8
Panamá	65.8	69.7	1978	69.7	...	...
Paraguay	60.1	63.6	1975	61.9	...	...
Perú	53.7	58.6	1979	58.2	56.2	60.2
R. Dominicana	57.1	61.2	1975-80	61.2	59.6	62.9
Suriname	65.5 ^a	...	1971	67.7	65.5	68.8
Uruguay	68.4 ^d	...	1974-76	69	66	72.4
Venezuela	66.6	70.2	1978	68.8	66.3	71.6
Trinidad y Tabago	66	68	1975	67.5	65.4	69.7

a/ Período 1970-1975. b/ Meta nacional para 1980-1984. c/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". d/ Estimación para el período 1963-1964.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

META REGIONAL: Lograr en el decenio un incremento de cinco años en aquellos países que al iniciarse el período tenían una esperanza de vida al nacer de menos de 65 años y un incremento de dos años en los países que tenían entre 65 y 69 años.

Según las últimas estimaciones realizadas por la División de Población de las Naciones Unidas la América Latina incrementó su esperanza de vida al nacer desde el quinquenio 1965-1970 hasta el quinquenio 1965 a 1980 de 60 años a 63.6 años. La mayor ganancia en este lapso se puede apreciar en los países del Istmo Centroamericano que en conjunto agregaron 5.4 años a su esperanza de vida al nacer para llevarla de 53.9 a 59.3 años sobrepasando así el promedio la meta regional de cinco años establecida por el Plan Decenal. Otra área en la que se produjo un incremento notable es el Área Andina que en conjunto agregó 4.4 años al valor observado en 1965-1970. Los países del Cono Sur que en su conjunto mostraron una esperanza de vida al nacer de 65.5 años en el quinquenio 1965-1970 agregaron 2.4 años en el lapso de los diez años siguientes sobrepasando así la meta de dos años del Plan Decenal de Salud para las Américas. México incrementó en cuatro años y medio su esperanza de vida al nacer en el mismo lapso, mientras que el Brasil solamente logró un incremento de 3.9 años. En el Caribe Latinoamericano, Cuba y Puerto Rico, que ya mostraban cifras elevadas en los años 1965 a 1970, aumentaron en menos de dos años a su esperanza de vida al nacer, en cambio Haití y República Dominicana que mostraban cifras de 47.7 y 55.4 respectivamente en el quinquenio 1965-1970 agregaron 4.5 y 4.8 años en los diez años transcurridos logrando así muy cercanamente la meta del Plan Decenal. Los países y territorios del Caribe que en el período 1965-1970 tenían el promedio de 66.7 años superaron ampliamente la meta del Plan Decenal al llegar al último quinquenio de la década con un promedio de 69.9 años. Finalmente la América del Norte, que mostraba una esperanza de vida al nacer de 60.6 años en el período de 1965-1970, pudo agregar en promedio solamente 1.1 años para llegar a 61.7 años en el período 1965-1980.

En resumen, la meta del Plan Decenal de Salud ha sido muy cercanamente cumplida en la Región en su conjunto con avances considerables en países del Istmo Centroamericano, moderadamente elevados en los países del Área Andina, México y el Caribe Latinoamericano, menos importantes en los países del Cono Sur y el Brasil y de acuerdo con lo esperado en los países del Caribe. Igualmente los países de América del Norte, ya con una alta esperanza de vida al nacer al iniciarse la década, han podido agregar algo más de un año a la cifra observada en el período 1965-1970.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	1. Viruela			2. Sarampión									
	Prioridad otorgada al problema			Número de casos	Prioridad otorgada al problema			Defunciones por 100,000 habitantes			Porcentaje de menores de 5 años vacunados		
	Alta	Regular	Baja		Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
Argentina			x		x		6.3	2.6 ^a	1			80	
Bahamas					x		0.5 ^b				30.2	50	
Barbados					x		0 ^c	0 ^d	1	0 ^c	29	50	
Bolivia							22 ^c			5 ^c	3 ^c		
Brasil	-	-	-	19	-	-	93 ^e				42.2 ^f	80	
Canadá							0.1 ^c	0 ^d				80 ^c	
Chile	-	-	-		-	-	6.3	0.5	1	73 ^f	91.2 ^f	80 ^c	
Colombia	x				x		11.5	4.5	1		35.2	80	
Costa Rica	-	-	-		x		4.7	0.1	0	60	78	80	
Cuba					x		0.5	0.3	0.2	<80	<80		
Ecuador			x			x	49	25.6 ^a	15	0	8	g	
El Salvador						x	9.8	1.6	1	4.3	69.2 ^f	80	
EE.UU.AA.	x				x		0	0 ^h	0	61	62.8	90	
Guatemala	-	-	-		-	-	105.6	28.1	1	2.4	60.8	80	
Guyana	-	-	-		-	-	0.4	0.5 ⁱ	1 ^c				
Haití	-	-	-		-	-		0.1					
Honduras			x		x		16	7.8	4.5	0.01	19.8 ^a	100	
Jamaica	-	-	-		-	-	1.4						
México			x		x		17.6 ^c	0.6 ^j	0.8 ^c	4.5 ^c	17.1 ^j	80 ^c	
Panamá	-	-	-		-	-	20.8	0.9	1	4.1 ^c	20	80	
Paraguay	x				x		26.2	2.2	1.1	0	3.5	80	
Perú	x				x		6.4		6.7	16	19.2	80	
R. Dominicana	-	-	-			x	3.5	2	2	1.6	14.8	k	
Suriname			x			x					0.7		
Uruguay	-	-	-		-	-	0.2	0.2	0.1	4	65	80	
Venezuela			x		x		7.5	2.4	1.5-2	22 ⁱ	51 ⁱ	50	

a/ Año 1977. b/ Año 1972, fuente: *Las Condiciones de Salud en las Américas 1969-1972*, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. c/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". d/ Informes anuales de mortalidad de los países a la OPS/OMS, cifras provisionales. e/ En 21 capitales de estado, según registrado en la Evaluación del Plan Decenal. f/ Menores de 1 año. g/ Un total de 119,929 niños vacunados en 1978 y 180,560 como meta para 1980. h/ Cifra provisoria, basada en una muestra de 10%. i/ Año 1976. j/ Año 1975. k/ Cien por ciento menores de un año y 40% niños de 1-4 años. l/ Niños entre nueve y 35 meses de edad (8.03% de la población del país).

1. VIRUELA

META REGIONAL: Mantenimiento de la erradicación.

El programa de erradicación de la viruela en las Américas se inició en el año 1967. Entre 1967 y 1971 fueron registrados 18,106 casos en la Región, casi todos ellos en el Brasil. A partir de abril de 1971, pese a la búsqueda intensiva efectuada, no se han presentado nuevos casos y la erradicación fue certificada para la Región en el año 1973.

La meta regional y la adoptada por todos los países de la Región fue el de mantener erradicada la viruela durante la década. Esta meta desde luego se ha logrado ya que la viruela se ha declarado erradicada en el mundo.

2. SARAMPION

METAS REGIONALES: Reducir la tasa de mortalidad a no más de 1 por 100,000 habitantes. Vacunar a un 80% de los niños menores de cinco años y conservar esta proporción todos los años.

Las estimaciones disponibles para 1971 sitúan la mortalidad por sarampión en 0.0 por 100,000 para la América del Norte, 16.8 por 100,000 para Mesoamérica y 12.5 por 100,000 para la América del Sur. La morbilidad notificada en ese mismo año, que se halla probablemente muy subregistrada, se estima en 36.3, 82.7 y 92.6 casos por 100,000 habitantes para las mismas subregiones mencionadas.

Según se puede apreciar por las cifras disponibles para el año 1971 al comienzo de la década la mortalidad por sarampión oscilaba entre 0 y 105.6 por 100,000 habitantes en 24 países para los cuales se dispone de esta información; siete de estos países mostraban casos inferiores a la meta del Plan Decenal de Salud para 1980 siendo la mediana de 6.4 defunciones por 100,000 habitantes. En el cuartil superior se localizaban seis países con una mortalidad por sarampión excesiva de 16 y más defunciones por 100,000 habitantes. En los alrededores de 1978 ya eran 10 de 19 países que mostraban tasas de mortalidad de sarampión inferiores a 1 por 100,000; los nueve países restantes muestran reducciones muy importantes subsistiendo valores superiores a 20 por 100,000 solamente en dos países.

La vacunación de niños menores de cinco años ha tenido también incrementos notables; en el año 1971 solamente cuatro países superaban al 50% de sus niños menores de cinco años vacunados contra el sarampión; en 1978, en cambio, ya son 8 de 20 países que superan tal porcentaje y aunque las cifras no se hallan aún disponibles en el año 1980 se espera que las proporciones suban gracias al programa ampliado de inmunizaciones que está siendo implementado con mucho vigor en la mayoría de los países del Continente.

En resumen, la Región se encuentra muy cercana al cumplimiento de la meta del Plan Decenal de Salud en lo que se refiere a la reducción de las defunciones por sarampión y ha realizado avances muy importantes en sus programas de vacunaciones que han cobrado una dinámica mayor durante 1979 y 1980.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

3. Tos ferina								
Prioridad otorgada al problema		3.1 Defunciones por 100,000 habitantes			3.2 Menores de 5 años vacunados con serie completa dosis vacuna (porcentaje)			
Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980

Argentina	x		1.1	1.3 ^a	< 1	72 ^b		80
Bahamas		x	-	-			69.1	75
Barbados	x		0.4	-	< 1		80	80
Bolivia			2.0 ^b		1.8 ^b	7 ^b		40 ^b
Brasil	-	-	1.3 ^b				47.8	80
Canadá			0.0 ^b	0.0 ^b	0.0 ^b			80 ^b
Chile	-	-	0.7	0.1	< 1	85.8	92.4	90 ^b
Colombia	x		2.9	3.7	< 1	47.7	28.4	80
Costa Rica	x		2.7	0.1	0.6	15	89	80
Cuba	x		0.1	0.2	0.1	> 80	> 80	> 80
Ecuador		x	26.5	13.4	7			80 ^b
El Salvador		x	7.6	3.2	3	40	82.6	80
EE.UU.A.	x		0.0	0	0	78.7 ^b	68 ^h	90
Guatemala	-	-	55.6	17.6	< 1	40	82.6	80
Guyana	-	-		0.3 ^a	1 ^b		45.5 ^d	-
Haití	-	-		0.4			4	
Honduras	x		15.9	5.5	2.5	12.6	21.1 ^e	80
Jamaica	-	-	0.3	-		24	36 ^a	60 ^b
México	x		11.0 ^b	2.7 ^f	1	15 ^b	10.8 ^f	80 ^b
Panamá	-	-	9	5	1	-	20	80
Paraguay	x		2.3	0.5	1	2.7	6.9	80
Perú	x		12.5		5.1	10.6	16.5	80
R. Dominicana		x	0.1	0.1	0.1		33.6 ^g	80 ^b
Suriname	x			0.3 ^a	-		28.8 ^g	
Uruguay	-	-	0.2	1.1	0.5	65	69	80
Venezuela	x		1	1	< 1	18	35.4	80
Trinidad y Tabago	x		0.2	0	-	0	80	47

a/ Año 1977. b/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". c/ Información de 20 capitales de Estado. d/ Periodo 1969-1971. e/ Año 1976. f/ Año 1975. g/ Años 1977-1978. h/ Niños de 1 a 4 años. i/ Año 1979. j/ Cien por ciento menores de un año y 50% niños de 1 a 4 años.

3. TOS FERINA

METAS REGIONALES: Reducir la tasa de mortalidad a 1 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de cinco años con la serie completa de dosis de vacuna.

Las estimaciones existentes para el año 1971 sitúan las tasas de mortalidad por tos ferina en 0.0 por 100,000 habitantes para la América del Norte, en 11.2 por 100,000 para Mesoamérica y en 7.9 por 100,000 para la América del Sur. Los casos registrados por notificación para ese mismo año dan tasas estimadas en 2.7, 52.9 y 89.2 por 100,000 respectivamente para cada una de dichas subregiones.

Diez de 23 países habían superado ya en 1971 la meta regional para 1980, con tasas de una defunción por 100,000 habitantes o menos; la mediana era de 1.3 por 100,000 y los seis países situados en el último cuartil mostraban tasas superiores a 9 por 100,000 llegando al máximo a 55.6 por 100,000. La situación se ha modificado en los primeros ocho años de la década, pero siguen siendo sólo diez los países que en 1978 registran tasas iguales o inferiores a la meta regional. La mediana es 1.2 y los países que se encuentran en el cuartil superior muestran tasas mayores de 3.5 por 100,000 habitantes. El valor máximo observado es de 17.6 por 100,000 que representa una reducción de 2/3 sobre la tasa mayor observada en 1971.

En cuanto a los niveles obtenidos de vacunación la información para el año 1971 muestra una gran variabilidad; pero alrededor de 1978 las cifras se han incrementado ostensiblemente; casi un tercio de los países ha llegado a superar la meta regional y en términos generales en todos los países se ha incrementado la proporción de niños menores de cinco años vacunados; sin embargo, en conjunto no parece haberse llegado a dicha meta y solamente un esfuerzo muy marcado del programa ampliado de inmunizaciones en el último año de la década podría hacer que los países lleguen a obtener cifras cercanas a su cumplimiento.

En resumen, la mortalidad por tos ferina muestra reducciones apreciables durante la década aunque sólo la mitad de los países habían alcanzado la meta regional en 1978. Se tendrá que hacer un esfuerzo adicional en los programas de inmunizaciones para aproximarse convenientemente a la aspiración formulada en el Plan Decenal de Salud para las Américas.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

4. Tétanos													
Alta regular	Baja	Prioridad otorgada al problema			4.1 Defunciones por 100,000 habitantes			4.2 Menores de 5 años vacunados con serie completa de dosis vacuna (porcentaje)			4.3 Embarazadas vacunadas que residen en áreas tetánicas (porcentaje)		
		1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980			

Argentina			1.8	1.1 ^a	0.5	-	-	80	-	-	100 ^m
Bahamas	x	x	1.1 ^b	-	-	-	69	75	-	27	40
Barbados	x		4.2	1.1	0.5	-	80	85	-	50	60
Bolivia								40 ^c			
Brasil	-	-	4.1	6.2 ^d	-	-	48 ^e	80	-	-	60
Canadá			0.0 ^c	0.0 ^d	-	-	-	80 ^c	-	-	-
Chile	-	-	0.3	0.2	0.5	-	92	90 ^c	-	-	n
Colombia	x		3.9	2.5	0.5	48	28	80	-	-	80
Costa Rica	x		13	1.1	0.5	15	89	80	-	-	-
Cuba	x		0.7	0.2	0.1	80	80	80	80	80	-
Ecuador		x	17.4	9.9 ^d	5	-	-	80 ^c	-	-	o
El Salvador		x	8.4	4.2	3	40	83	80	24	40	50
EE.UU.A.	x		0	0 ^d	0	79	68 ^e	90	-	-	-
Guatemala	-	-	3.9	2.3	0.5	26	55	80	-	-	60
Guyana	-	-	3.7	1.7 ^g	-	-	46 ^j	-	-	43 ^j	-
Haití	-	-	5.3	5.0	-	-	4	-	-	-	-
Honduras	x		3.3	2.2	0.7	12.3	21 ^a	80	-	-	60
Jamaica	-	-	4.7	1.2	-	24	36 ^e	60 ^c	-	-	-
México	x		3.7 ^c	2.5 ^f	-	-	11 ^f	80 ^c	-	-	-
Panamá	-	-	11	1	1	-	21	80	-	-	75
Paraguay	x		18.6	4.4	2.6	3	7	80	7	11	80
Perú	x		3.7	3	2.0	11	16.5	80	-	-	60
R. Dominicana	x		10.6	1.9	1	18	34	81	-	48	80
Suriname	x			1.38	-	-	29 ^d	-	-	-	-
Uruguay	-	-	0.5	0.6	0.5	73	81	85	-	-	-
Venezuela	x		2.9	1.1	<1	18	35	80	35	31 ^k	50
Trinidad y Tabago	x		1.3	0.7	0	1.3	48	80	1.3	-	20

a/ Año 1977. b/ Año 1972. Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. c/ Fuente: Evaluación Plan Decenal 1974. d/ Cuestionario Anual de Mortalidad de la OPS/OMS. e/ Año 1976. f/ Año 1975. g/ Años 1977-1978. h/ Menores de 1 año. i/ Niños de 1 a 4 años. j/ Año 1979. k/ 100% menores de 1 año y 50% niños de 1 a 4 años. l/ Niños entre 2 y 35 meses de edad (10.1% de la población del país). m/ Vacunar al 100% de las mujeres en edad fértil en áreas rurales con cobertura. n/ La vacuna se empezó a aplicar en 1975 a niños. No existen áreas tetánicas y no se vacunan embarazadas. o/ Primovacunas y revacunaciones: 78,856 (Cifras absolutas).

4. TETANOS

METAS REGIONALES: Reducir la tasa de mortalidad a 0.5 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de cinco años con la serie completa de vacuna DPT. Tratar de vacunar con Toxoide Tetánico al 60% de las embarazadas en las áreas tetanígenas.

En 1971 se estimaban tasas de mortalidad por tétanos de 0.0, 3.9 y 4.9 por 100,000 habitantes respectivamente para América del Norte, Mesoamérica y América del Sur. En ese año solamente cuatro países de los 23 para los cuales se cuenta con información mostraban tasas iguales o inferiores a la meta fijada por el Plan Decenal para 1980. La mediana de estos 23 países que es 3.7 defunciones por 100,000 habitantes y los seis países que conforman el cuartil superior presentan tasas de 10 o más defunciones por 100,000 habitantes siendo la tasa más elevada de 18.6 por 100,000. Esta situación se ha modificado y se observa en apreciables reducciones en las tasas de mortalidad en años recientes. Aún siguen estando los mismos cuatro países por debajo de la meta regional, pero en cambio la mediana se ha reducido a 1.3 por 100,000 habitantes y los seis países que conforman el cuartil superior muestran tasas que van de 2.5 a 9.9 por 100,000. Esta última cifra es la más elevada tasa de mortalidad por tétanos que se observa en todos los países de la Región y que significa una reducción de casi un 50% comparada con la tasa más elevada que se observó a comienzos de la década.

El estado de la vacunación antitetánica, dado que ésta en general se realiza mediante el uso de la vacuna triple tiene la misma configuración que la mencionada para la tos ferina, ésto es que en el año 1971 existía una gran variabilidad entre los países con relación a la proporción de menores de cinco años vacunados con la dosis completa de vacuna. Al finalizar la década solamente seis de 21 países mostraban haber llegado o superado la meta regional de 80% de menores de cinco años vacunados. El resto de países muestran gran variabilidad en este porcentaje con valores situados entre 7% y 69%. Debe observarse que las metas fijadas por los países pueden haber variado debido a que el programa ampliado de inmunizaciones ha cambiado las normas de vacunación por edad. En relación con la vacunación de embarazadas residentes en áreas tetánicas la información que existe para el año 1971 es muy escasa. Para años recientes solamente 9 países han provisto de información, en dos de los cuales se ha superado el 60% fijado como meta del Plan Decenal.

En resumen, la aspiración formulada como meta de arribar a 0.5 defunciones por 100,000 habitantes en el año 1980 en los países de la Región no se ha cristalizado aunque se ha podido observar una reducción importante en las tasas de mortalidad por tétanos. La vacunación también ha superado de manera notable la situación observada en el año 1971, aún cuando no se ha cumplido todavía la meta regional tanto para el caso de los niños como de las embarazadas residentes en áreas tetánicas. Sin embargo, ciertas variaciones importantes deberán esperarse como resultado de la expansión del plan ampliado de inmunizaciones que está siendo implementado vigorosamente en la mayor parte de los países del Continente.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

		5. Difteria						
		Prioridad otorgada al problema	5.1 Casos por 100,000 habitantes			5.2 Menores de 5 años vacunados con serie completa de dosis vacuna (porcentaje)		
Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
x			1.8 ^a	0.5 ^{b,c}	-	-	-	80
	x		1.2 ^a	0 ^b	-	-	69.1	75
x			8.5	7.5	0	-	80	85
			5.4 ^a	4.3	-	-	47.8 ^g	80
			0.3 ^a	0.3 ^{b,c}	-	-	-	-
			5.2	4.9	-	85.8 ^g	92.4 ^g	-
x			0.3	0.2	0.1	47.7	28.4	80
x			5.7	0 ^c	1	15	89	80
x			0	0	0	80	80	-
	x		2.6	0.3	0.2	-	-	-
	x		2.6	0.02	0.02	40	82.6 ^g	80
x			0.1	0.03	0.03	78.7 ^h	68 ^h	90
			0.3	0	1	26	55.2	80
			4.2	0.3 ^b	-	-	45.5	-
			0.6	0.8	-	-	4	-
x			0.6	0 ^a	0	12.3	21.1 ^g	80
			2	0.4 ^{b,c}	-	24	-	-
x			0.3 ^a	0.02 ^f	-	-	10.8 ^f	-
			1.5	0	0	-	21	80
x			5.8	0.2	1	2.7	6.9	80
x			0.6	0.8	0.5	10.6	16.5	80
	x		6.6	6.5	1	-	33.6	1
x			1.0 ^a	0.3 ^{b,c}	-	-	-	-
			0.2	0	0	73	81	85
x			0.8	0.5	1	18 ^j	35.4 ^j	80
x			6.3	0.1	0	1.3	48	80

a/ Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. b/Año 1979. c/ Casos notificados a la OPS/OMS. Cifras provisionales. d/ Año 1970. e/ Año 1977. f/ Año 1975. g/ Menores de 1 año. h/ Niños de 1 a 4 años. i/ Vacunar al 100% de los menores de 1 año y al 50% de los niños de 1 a 4 años. j/ Niños vacunados entre 2 y 35 meses de edad (10.1% de la población del país).

5. DIFTERIA

METAS REGIONALES: Reducir la tasa de morbilidad por difteria a 1 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de cinco años con la serie completa de dosis de vacuna.

La morbilidad por difteria en 1971 mostraba tasas de 0.1, 1.0 y 3.9 por 100,000 habitantes para las subregiones de América del Norte, Mesoamérica y América del Sur, respectivamente. La incidencia en 24 países para los cuales se dispone de información oscilaba en 1971 entre 0 y 8.5 casos por 100,000 habitantes. Once de esos 24 países mostraban tasas iguales o menores a la meta regional propuesta para 1980 y la mediana de los 24 países alcanzaba a 1.5 por 100,000 habitantes. Los seis países que conformaban el cuartil superior mostraban incidencias de 5.2 a 8.5 casos por 100,000 habitantes. En los últimos años de la década estos mismos 24 países muestran reducciones considerables; solamente hay cuatro países que no han llegado a rebajar su incidencia a valores inferiores a la meta regional para 1980. En cuanto a la proporción de menores de cinco años vacunados con serie completa de dosis de vacuna cabe hacer los mismos comentarios hechos con respecto a la vacunación antitetánica y antidiftérica.

En resumen, la meta regional ha sido prácticamente alcanzada en relación con la incidencia de la difteria.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS
A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

6. Poliomieltis								
	Prioridad otorgada al problema	6.1 Casos por 100,000 habitantes			6.2 Menores de 5 años vacunados con serie completa de dosis vacuna (porcentaje)			
		1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	
								Alta	Regular	Baja
Argentina	x	2.0 ^a	0.1 ^b	0.1				
Bahamas	x	-	0.5	0		67.3	70	
Barbados	x	-	-	0		76	85	
Bolivia								
Brasil	-	2.2	1.5	-		44.5 ^c	80	
Canadá		0.0	0.0 ^b					
Chile	-	0.6	-		85.1 ^c	92.7 ^c	-	
Colombia	x	0.3	0.5	0.1	9	28.2	80	
Costa Rica	x	0.1	-	0	71	81	80	
Cuba	x	0.0	-	0	93.3	100	98	
Ecuador	x	2.5	0.2	0.1	-	d	-	
El Salvador	x	2.0	0.2	0.2	17 ^c	82.2 ^c	80	
EE.UU.A.	x	0.0	0.01	0.01	67.3	61.4	90	
Guatemala	-	5.4	0.5	0.1	7.2	64	80	
Guyana	-	-	-b	-	-	51	-	
Haití	-	0.1	0.8					
Honduras	x	1.3	6.3 ^b	1	16.7	23.6 ^e	100	
Jamaica	-	-	-b	-	59	64 ^e	-	
México	x	1.2 ^a	1.1 ^b	-	-	12.4 ^f	-	
Panamá	-	4.8	0	0	-	20	80	
Paraguay	x	11.1	2.2	0.3	21.3	12.2	80	
Perú	x	0.9	0.5	0.1	18.7	16.7	80	
R. Dominicana	x	2.3	3.1	1	-	52.9 ^g	8	
Suriname	x	-	-	-	-	28.8 ^h	-	
Uruguay	-	0.1	0	0	67	85	85	
Venezuela	x	3.8	0.2	0.1	44.3	97.4 ⁱ	90-95	
Trinidad y Tabago	x	4.5	0.0	0.0	1.3	54	80	

a/ Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. b/ Casos notificados a la OPS/OMS; cifra provisional, año 1979. c/ Menores de 1 año. d/ Cifra absoluta: 263,969 vacunados y revacunados. e/ Año 1977. f/ Año 1975. g/ Vacunar al 100% de los niños menores de 1 año, 70% a los de 1 a 4 años y 50% entre 5 y 14 años. h/ Años 1977-1978. i/ Niños entre 2 y 23 meses de edad (6.6% de la población del país).

6. POLIOMIELTIS

METAS REGIONALES: Reducción de la tasa de morbilidad a 0.1 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de cinco años con la serie completa de dosis de vacuna.

La mayor parte de países de la Región siguen otorgando prioridad al problema que significa la poliomieltis. Al iniciarse la década habían 10 de 24 países para los cuales se dispone de información que mostraban incidencias iguales o menores de la meta regional para 1980 de 0.1 casos por 100,000 habitantes. La mediana se situaba entre 0.6 y 0.9 casos por 100,000 habitantes y la tasa más elevada observada fue de 11.1 por 100,000. Al finalizar la década hay ya 11 de estos 24 países que han logrado la meta regional; la mediana se ha rebajado a 0.2 casos por 100,000 habitantes y solamente cinco países muestran casos superiores a 1 por 100,000, con un valor máximo de 6.3 por 100,000. La meta regional para 1980 se encuentra en vías de ser alcanzada aunque evidentemente los programas de vacunación en algunos países tendrán que ser dinamizados siguiendo la pauta del programa ampliado de inmunizaciones que se encuentra en operación en los dos últimos años de la década. La proporción de niños vacunados que mostraba una gran variabilidad en el año 1971, cuando solamente dos países sobrepasaron el 80% de sus niños menores de cinco años vacunados con series completas de dosis de vacunas, ha alcanzado niveles mucho más aceptables al finalizar la década, aunque sin llegar a los niveles esperados de acuerdo a la meta regional establecida para 1980. Las últimas experiencias indican que los países están adoptando programas de inmunizaciones con los cuales esperan alcanzar una cobertura adecuada para el control de la poliomieltis.

En resumen, el avance ha sido importante en la década pero no se ha llegado a obtener la cobertura propuesta para el año 1980 en los programas de inmunizaciones para la poliomieltis. El relajamiento de estos programas en algunos países ha sido motivo para la presentación de brotes que dan cuenta de tasas elevadas que se presentan en algunos de ellos. Las perspectivas sin embargo son halaguetas dado el ímpetu cobrado últimamente por el programa ampliado de inmunizaciones.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

7. Tuberculosis																	
	Alta Regular	Alta Baja	7.1 Defunciones por 100,000 habitantes			7.2 Casos nuevos por 100,000 habitantes			7.3 Niños menores de 15 años vacunados con BCG (porcentaje)			7.4 Casos nuevos que iniciaron tratamiento (porcentaje)			7.7 Total de camas para tuberculosis en el país (%)		
			Prioridad otorgada al problema	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978
Argentina	x	-	13.1	6.7 ^a	5.5		32.4 ^h			38 ^h						35 ^a	
Bahamas	-	-				43.1	11.5			90.6 ⁱ	95	-	100	100	-	-	
Barbados	x	-	4.7	0.8	50	11.4	6.8	1		40	60	100	100	100	1	0	
Bolivia	-	-															
Brasil	-	-	23.5	20 ^b		43.8	49.7			58.6 ^a	80	98	-	100	11	2	
Canadá	-	-	2.1 ^c	0.9 ^d			10.6 ^g										
Chile	-	-	23.8	16		86	75.8		>90	>90	-	90	95	-	-	-	
Colombia	x	-	14.1	10.4	7	51.6	41.1		64.8	78.8	80	92	100	100	5	1	
Costa Rica	x	-	6.5	2.5	60	23.5	16.3		79.1	85.6	80	95	99	100	6	1	
Cuba	x	-	5.3	1.5	1.5	17.9	13	12.5	90.2	97.3	97	100	100	100	5	1	
Ecuador	x	-	15.6	14.7	8	56.9	33.5	18			k	-	2,390 ^m	13	15	7	
El Salvador	x	x	10.4	5.1	5	119.8	56.2	56	32	103	80 ⁿ	98	100	100	21	12	
EE.UU.A.	x	-	2.2	1.4 ^a	1.1	17.1	13.1	11.6				89	93 ^b	100	1	...	
Guatemala	-	-	20	9			37		34	73.1	-	-	80	-	14	6	
Guyana	-	-	3.4	8.3 ^f		17.2	7					...	...	-	7	4
Haití	-	-	2.1	1.4		50.3	105.4			6.7						10	
Honduras	x	-	6.9	3.2 ^f		63.7	43.2 ^a		80.9	14.3 ^a	80	100	100 ^b	100	15	10 ^c	
Jamaica	-	-	3.5	2 ^a		13.3	17 ^a					...	...	-	-	-
México	x	-	18	14.2		37.2	15.2		34.5	5.2		-	86	-	-	725 ^k	
Panamá	-	-	15	5	12	143	37.3	30		10.5	80	100	100	90	11	4	
Paraguay	x	-	25	14	11.2	158	61.4	79	11	6	80	-	-	-	10	-	
Perú	x	-	27	16	12.5	145	97	79.2	45	25	80	-	70	95	98	20	5
R. Dominicana	x	-	6	9	5	32	27.3			22		100	100	100	-	5	
Suriname	x	-	2	2.1 ^a		25	17					100	100	-	5	2	
Uruguay	-	-	9	7.2	5	59.4	53					100	100	100	7	5	
Venezuela	-	-	10	6.4	7	51.3	32	30.3	3.4	8	80	100	100	100	10	3	
Trinidad y Tabago	x	-	5.3	2.9	2.7	13.5	11	3	1.9	-	-	100	100	100	2.6	-	

a/ Año 1977. b/ Año 1975. c/ Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. d/ Año 1979. e/ Fuente: Cuestionarios de mortalidad de los países a la OPS/OMS. f/ Año 1976. g/ Casos notificados a la OPS/OMS, cifras provisionales. h/ Datos estimados. i/ Recién nacidos. j/ Reducción. k/ Cifra absoluta. l/ 80% de niños menores de 1 año.

7. TUBERCULOSIS

METAS REGIONALES: Reducir la mortalidad por tuberculosis entre un 50% y un 65%. Vacunar con BCG al 80% de los menores de quince años. Procurar tratar todos los casos de tuberculosis descubiertos, utilizando principalmente técnicas y actividades de los servicios de atención médica ambulatoria. Realizar el examen bacilosκόpicó del 60 al 75% de las personas con síntomas respiratorios de más de cuatro semanas de duración. Todas estas actividades deberán estar integradas en servicios generales de salud adecuadamente calificados.

En su mayor parte los países de la Región consideran a la tuberculosis como un problema importante y lo continúan haciendo a pesar de los innegables logros obtenidos en las dos últimas décadas. Alrededor de 1971 el número total de casos notificados en la Región alcanzó a un promedio anual de 195,000, el 80% de los cuales se produjeron en la América Latina y el Caribe y el 20% restante en la América del Norte. En 1979 el número total de casos notificados alcanza a 160,000 de los cuales nuevamente el 80% se dan en la América Latina y el Caribe y el 20% restante en la América del Norte. Estas cifras implican tasas de 53.7 y 36.2 casos nuevos por 100,000 habitantes en la América Latina y el Caribe, en 1971 y 1979, y de 17.2 y 12.4 por 100,000 para la América del Norte en los mismos años.

No existen datos agregados de mortalidad por tuberculosis para fines de la década; sin embargo se puede hacer las siguientes inferencias de las cifras provistas por los países en la presente evaluación. En los Estados Unidos se ha disminuido la tasa de mortalidad por tuberculosis entre 1971 y 1977 de 2.2 a 1.4 por 100,000 habitantes; esto es, una reducción neta de 36% que aún se encuentra corta de la meta establecida del Plan Decenal de reducción de un 50 ó un 65%. En los países de la América Latina y del Caribe probablemente ocho de 21 países podrían estar llegando a reducciones del 50% o más.

En cuanto a las vacunaciones con BCG, de 17 países informantes solamente cinco países han superado la meta de vacunar al 80% de niños menores de 15 años y otros dos se encuentran por encima del 70%. El resto de países presenta cifras que van del 6 al 58.6% lo cual implica que esta meta del Plan Decenal de Salud no ha sido alcanzada.

En la mayoría de los países se está alcanzando la meta de iniciar el tratamiento ambulatorio de todos los casos nuevos descubiertos. En esta forma se están alcanzando metas fijadas en el Plan Decenal de Salud. No existe información adecuada para evaluar el uso de la baciloscopía para el diagnóstico de la tuberculosis entre los consultantes de primera vez y menos aún entre enfermos con síntomas respiratorios de más de cuatro semanas de duración.

En cuanto a la proporción de camas disponibles para la atención de la tuberculosis se pueden colegir de información brindada por los países, que en general este número de camas no ha aumentado o puede hallarse en decrecimiento debido a las nuevas normas de atención vigentes para los casos nuevos de tuberculosis. El tratamiento se hace mayormente a los pacientes ambulatorios.

En resumen, la tuberculosis ha continuado su marcha descendente como problema importante de morbilidad y mortalidad; sin embargo, no se han logrado las metas que se habían propuesto en el Plan Decenal de Salud para las Américas en la mayor parte de los países ni en la Región en su conjunto y por lo tanto continúa siendo un problema de salud que preocupa a muchos países.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS
A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

8. Infecciones entéricas							
País	Prioridad otorgada al problema	8.1 Defunciones por 100,000 habitantes			8.2 Defunciones por enfermedades diarreicas de niños menores de 5 años por 100,000 niños de esa edad		
		1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
Argentina	x	23.7 ^a	15.3 ^b			11.6 ^b	
Bahamas	x	-	-	-	-	-	-
Barbados	x	3	2	52 ^c	11.6	9.1	50 ^c
Bolivia							
Brasil	-	95.6 ^d	36.7 ^{b,d}		845.7	227.9 ^{b,j}	
Canadá							
Chile	-	37.8 ^a	2.4 ^z		243.8 ^a	72.4 ^a	
Colombia	x	62.8	49.6		294.2	297.3 ^b	
Costa Rica	x	69	9.9	50 ^c	355	72.5	50 ^c
Cuba	x	17.6	4.9	-	114.8	29.1	
Ecuador	x	119.7	116.2 ^b	60	119.3	104 ^b	55
El Salvador	x	123.4	83.6	75	492.5	387.4	350.5
EE.UU.A.	x	1.3	0.9 ^b	0.8	5.4	4.7 ^b	4.6
Guatemala	-	264.6	165.1	25 ^c	779.2	626.8	
Guyana	-	38.7	38.3		178.8	295.5	
Haití	-	-	15.2		-	14.5	
Honduras	x	101.5	78.2 ^b	61.6	331.8	299.6 ^b	199.1
Jamaica	-	36.5	21.7 ^b			231.7 ^b	
México	x	1408	93.5 ^h			373.5 ^h	
Panamá	-	38.8	8.3	19	176.1	84.3	100
Paraguay	x	123.9	98	39.9	312.3	283.7	
Perú	x	73.2	107.8	107	362.2	514.4	544
R. Dominicana	x	50.7	29.1	40 ^c	275.7	145.1	40
Suriname	x	-	14.9 ^l	-	-	98.8 ^l	
Uruguay	-	11.4	14	11	99.8	113	80
Venezuela	x	40.4	31.4	50 ^c	558.6	433.1	30
Trinidad y Tabago	x	26.7	24.6	13	212	214.1	10

a/ Año 1970. b/ Año 1977. c/ Porcentaje de reducción. d/ Datos de las capitales. e/ Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, Pub. Cient. OPS/OMS No. 287. f/ Cuestionario Anual de Mortalidad, OPS/OMS. g/ Primera Evaluación del Plan Decenal. h/ Año 1975. i/ Años 1977-1978. j/ No incluye los datos de Río de Janeiro, Espíritu Santo y Santa Catarina.

8. INFECCIONES ENTERICAS

META REGIONAL: Reducir las actuales tasas de mortalidad por infecciones entéricas por lo menos en un 50%, particularmente en la infancia y en la niñez.

Las enteritis y otras enfermedades diarreicas tienen al finalizar la década la misma importancia que tenían al comienzo de ella. Continúan siendo una importante causa de mortalidad especialmente en cuanto a su incidencia sobre la niñez. La mayor parte de países asignan a este problema una alta prioridad y en efecto durante la década se han hecho esfuerzos importantes en la extensión de la cobertura de los servicios de saneamiento y de la atención de niños diarreicos y desnutridos, pero a juzgar por las cifras disponibles, las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años por 100,000 niños de esa edad siguen siendo elevadas en los países de la América Latina. Solamente cinco de ellos han superado la meta regional de 50% de reducción.

Las tasas de mortalidad por 100,000 habitantes en el año 1971, en 20 países de la América Latina y el Caribe, variaban entre tres y 264.6 por 100,000 con una mediana de 56.7 por 100,000. Los cinco países que conforman el cuartil superior presentaban tasas de 120 por 100,000 o superiores. En el año 1978 se puede comprobar una reducción de las tasas; ellas varían entre dos a 165.1 por 100,000 con una mediana de 36.7; los cinco países que conforman el cuartil superior presentan tasas entre el 93.5 y 165.1 por 100,000.

En lo que respecta a la mortalidad de menores de cinco años en el año 1971, 17 países de la América Latina y del Caribe que brindaron información para la presente evaluación mostraban tasas situadas entre 11.6 y 845.7 defunciones de niños menores de cinco años por 100,000 niños de esa edad; la mediana tenía un valor de 294.2 por 100,000. Los cuatro países que conformaban el cuartil superior mostraban tasas superiores a 492.5 por 100,000 niños. En el año 1978 se puede apreciar una marcada reducción en estas tasas excepto las de algunos países que muestran incrementos debidos probablemente al mejoramiento en los registros de mortalidad. Las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años por 100,000 niños varían entre 9.1 y 625.8 con una mediana de 227.9. Los países que se encuentran localizados en el cuartil superior presentan tasas que van de 363.5 a 626.8 por 100,000 niños.

En resumen, la mortalidad por infecciones entéricas continúa siendo una causa importante de morbilidad y de mortalidad en la América Latina y el Caribe. La mortalidad afecta principalmente a los niños menores de cinco años que presentan todavía tasas muy elevadas. No se ha logrado el cumplimiento de la meta regional fijada de reducción de esta mortalidad en un 50 por ciento.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

9. Enfermedades venéreas									
	Prioridad otorgada al problema	9.1 Casos de sífilis por 100,000 habitantes			9.2 Casos de blenorragia por 100,000 habitantes				
		1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980		
	Alta	Regular	Baja						
Argentina	x		30.8 ^a	45.9 ^b	50	50.4 ^a	59.1 ^b	65	
Bahamas	x		616.4	180.1	100	151.8	661.1	500	
Barbados		x			c			c	
Bolivia									
Brasil									
Canadá									
Chile	-	-	-	12.1	94.4		97.0 ^h	^a	
Colombia		x	64	73.2		164.8	172		
Costa Rica	x		84	142		179	462.5		
Cuba	x		11.1	43.9	40	4.3	105.5	150	
Ecuador		x	24 ^d	26.8	14.5	74.0 ^d	44.7	22	
El Salvador		x	252.1	193.6	c	226.9	112.2	c	
EE.UU.A.	x		47	30	27	328.1	468.3	460	
Guatemala	-	-	-	29	18	73.2	39.8	c	
Guyana	-	-	-	253.4	175.5	c			
Haití	-	-	-		24.6				
Honduras		x	94.8	76	60	188.5	174.4	164.4	
Jamaica	-	-	-	140 ^d		1,340 ^d			
México	x		24 ^d	11.2 ^g		26 ^d	68 ⁱ		
Panamá	-	-	-	59.4	69.2	45	141.4	200.6	99
Paraguay		x	153.4	60.2	60	94	30.6	30	
Perú		x	26.7	13.9	10.5	51	27.5	25	
R. Dominicana	x		264.3	410.1	f	531.6	609.7	f	
Suriname	x			182 ^g			130.2 ^g		
Uruguay	-	-	-	117	86.8	c	172	61.4	c
Venezuela	x		110.4	124.6	c	333.9	208.2	c	
Trinidad y Tabago	x		63.7	89.8	55	827.7	267.3	250	

a/ Año 1970. b/ Año 1977. c/ Reducción o porcentaje de reducción.
d/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". e/ Casos notificados a la OPS/OMS. f/ Controlar 80% de casos infectados y encontrar 50% de sus contactos. g/ Años 1977-1978. h/ Cifras absolutas. i/ Año 1975.

9. ENFERMEDADES VENEREAS

META REGIONAL: Disminuir la incidencia de las enfermedades venéreas sobre todo la blenorragia y la sífilis.

La mayor parte de países asignan a las enfermedades venéreas una prioridad alta o regular reconociendo que ella constituye un problema nacional. Durante el cuádrenio 1969-1972 fueron notificados en la Región un promedio anual de 185,718 casos de sífilis cuya distribución por subregiones muestra tasas anuales medias de 42.1 por 100,000 habitantes para la América del Norte, 49.8 para Mesoamérica y 57.4 para la América del Sur. En el cuádrenio siguiente de 1973-1976 el promedio anual de casos notificados fue de 180,145 con tasas promedio estimadas por 100,000 habitantes de 36.6, 46.4 y 63.6 respectivamente para la América del Norte, Mesoamérica y la América del Sur. Hubo pues hasta el año 1976 una tendencia descendente en la incidencia de la sífilis en la América del Norte y Mesoamérica no así en la América del Sur, donde las tasas experimentaron un leve ascenso. En el año 1971 las tasas informadas por 19 países oscilan entre un mínimo de 11.1 y un máximo de 616.4 casos de sífilis por 100,000 habitantes siendo la mediana 64 por 100,000. En el año 1978 las tasas varían entre 11.2 y 410.1 casos de sífilis por 100,000 habitantes con una mediana de 75 por 100,000. La variación en las tasas entre un año y otro es muy errática habiendo diez países que muestran un descenso neto mientras que otros nueve parecen haber incrementado la incidencia de la sífilis. Como se sabe la notificación de casos de enfermedades venéreas adolece aún de muchos defectos y no se puede concluir definitivamente que se haya presentado durante la década un ascenso o descenso en la incidencia de los casos aún cuando habrían signos de que efectivamente podría estarse continuando la tendencia levemente descendente advertida durante la primera parte de la década.

En lo que respecta a la blenorragia en el año 1971, según la información provista por 18 países para la presente evaluación, la oscilación de las tasas es muy amplia y va desde 4.3 hasta 1,340 casos por 100,000 habitantes con una mediana de 165.4 por 100,000. Los países que se encuentran en el cuartil superior presentan tasas que superan los 328 casos por 100,000 habitantes. En el año 1978 se observa la misma variabilidad en las tasas, las que oscilan entre 27.5 y 661.1 por 100,000 habitantes con un valor mediano de 105 por 100,000 habitantes. Los países que están localizados en el cuartil superior presentan tasas mayores de 208.2 por 100,000 habitantes y solamente seis de 17 países muestran un cierto descenso en la incidencia de la blenorragia. En los países restantes se puede apreciar un incremento en las tasas de morbilidad.

En resumen, las enfermedades venéreas continúan siendo un problema de relieve en los países en algunos de los cuales la incidencia de ellas está aumentando en lugar de disminuir. Sin embargo pareciera que continúa la tendencia regional hacia un leve descenso iniciado al finalizar la década anterior que se mantuvo a través de la presente década.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS
A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	10. Frambesia						11. Mal de Pinto		
	Prioridad del problema			Número de casos			Número de casos		
	Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chile	-	-	-	0	-	-	0	-	
Colombia	-	x	18	127	-	-	-	-	
Costa Rica	-	-	-	-	a	-	-	a	
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	-	x	-	-	-	-	-	-	
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	
EE.UU.A.	-	x	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	-	-	0	0	a	0	0	a	
Guyana	-	-	-	23 b	-	-	-	-	
Haití	-	-	-	11	a	-	-	-	
Honduras	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	-	-	1	-	-	-	-	-	
México	c	x	-	-	-	-	172 f	-	
Panamá	-	-	0	0	0	0	0	0	
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	
Perú	-	x	23	2	0	138	45	40	
Rep. Dominicana	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	d	x	-	-	-	-	-	-	
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	
Venezuela	-	-	0	0	e	0.1g	0.01g	e	
Trinidad y Tabago	-	x	-	-	-	-	-	-	

a/Mantenerla erradicada. b/ Año 1959. c/ Para mal de pinto. d/ Para frambesia. e/ Vigilancia epidemiológica. f/ Año 1975. g/ Tasas por 100,000 habitantes.

10. FRAMBESIA

META REGIONAL: Erradicación.

Durante el decenio se han presentado casos de frambesia en algunas islas del Caribe, en Colombia, Ecuador y Perú. Esta enfermedad ha perdido importancia como problema de salud y no es reconocida como tal en ninguno de los países participantes en la evaluación. La meta regional de erradicación no se ha cumplido y hoy, como antes, será necesario que se preste una mejor atención clínica y epidemiológica así como mejores servicios de laboratorio para determinar el verdadero estado seroepidemiológico de la enfermedad, principalmente en los países que mayor número de casos presenta que son Colombia, Ecuador y Trinidad y Tabago.

11. MAL DE PINTO

META REGIONAL: Control y si es posible erradicación.

El mal de pinto se ha presentado durante el decenio solamente en tres países México, Perú y Venezuela. El primero fijó como meta para 1980 la erradicación y el segundo su reducción a casi un tercio del número de casos. No se ha logrado la erradicación en el primero y en cambio en el segundo se ha disminuido el número de casos en más de dos tercios. Venezuela no fijó metas.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

		12. Lepra														
		Prioridad otorgada al problema			12.1 Casos nuevos diagnosticados por 100,000 habitantes			12.2 Casos registrados por 100,000 habitantes (prevalencia)			12.3 Casos infectantes bajo tratamiento (porcentajes)			12.4 Contactos bajo vigilancia y tratamiento (porcentaje)		
		Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980
Argentina			2.8 ^d	2.3 ^b	2.5	75	69 ^b	77	a,k	k	78	a,k	k	30	-	-
Bahamas	x		1.1	0.4	0.3	-	29	-	-	13	-	-	-	-	-	-
Barbados	x		-	1	c	-	-	-	100 ^l	-	100	...	-	-	-	-
Bolivia																
Brasil			6.2	10.3	c	134	133	c	60	70	100 ^l	-	39	45	-	-
Canadá																
Chile				1d	-	0.2	0.13	-	100	100	-	-	-	-	-	-
Colombia	x		5.3	3.2	2.9	87	79	80	84	89	100	70	90	90	-	-
Costa Rica	x		1.4	1.5	b	28	21.8	c	100	100	100	58	88	80	-	-
Cuba	x		3.7	3.9	3.5	51.4	59.2	58	99	99	99	86	88	90	-	-
Ecuador	x		3	1.8 ^b	-	1.6	1.3 ^b	0.8	81	85 ^b	43	100	100 ^b	-	-	-
El Salvador	x		0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-
EE.UU.A.	x		0.06	0.08	0.08 ^f	...	...	...	100 ^l	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala			-	-	c	-	-	-	c	25 ^l	-	75	-	-	-	75
Guyana			7.6	4.9	-	11.5	80.5	-	27	30	-	...	...	-	-	-
Haití			-	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	x		0.6 ^f	0.06 ^{f,b}	-	22.3 ^f	12 ^{f,p}	-	100	10	100	75	3	75	-	-
Jamaica			0.8	1.9 ^b	-	-	-	-	38 ^l	-	-	-	-	-	-	-
México	x		-	1.38	-	-	258	-	75 ^l	738	-	-	608	-	-	-
Panamá			0	0	0	0	0	0	100 ^l	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	x		9.2	8.8	c	199.5	176.2	150	57 ^l	76	-	73 ^b	71	-	-	-
Perú	x		6.4	11.9 ^l	20	29.6 ^l	28.8	30	65	67	100	29	28	38	-	-
R. Dominicana	x		7.8	7.9	-	42.4	91	-	88	93	-	56	53	-	-	-
Suriname	x		-	29.5 ^l	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-
Uruguay			0.18	0.8	-	-	18	-	-	100	-	-	60	-	-	-
Venezuela			4.2	2.9	2.7	143	111	108	62	77	80	21	16	70 ^b	-	-
Trinidad y Tabago	x		6.39	3.8	7.1	120	72.1	91	80	-	95	80	71	75	-	-

a/ Año 1970. b/ Año 1977. c/ Reducción. d/ Cifra absoluta. e/ Aproximadamente el 80% de los casos son importados. f/ Tasas de incidencia son bajas por disminución de las actividades de detección de casos y por ser la enfermedad un problema regional. g/ Año 1975. h/ Corresponde a 6 departamentos. i/ De la primera evaluación del Plan Decenal. j/ Existe subregistro. k/ Entre los años 1971/75 no se efectuó la Campaña de Lucha Antileprosa. l/ El 100% de casos nuevos y el 80% de casos antiguos bajo tratamiento. m/ Control de contactos en revisión. Cifras no se ajustan a la situación actual.

12. LEPROA

META REGIONAL: Reducir la incidencia y prevalencia de la lepra con miras a la disminución consiguiente de las incapacidades resultantes.

La lepra es un problema que se halla presente en 31 países y territorios de la Región de las Américas. En el año 1971 había un total de 195,234 casos registrados y fueron notificados 8,275 casos en 25 de dichos 31 países y territorios. El 54% de estos casos eran lepromatosos y se estimaba que el 72% de los casos registrados estaban bajo control. El número de contactos llegaba a 639,863, de los casos el 36.9% estaban sometidos a vigilancia.

A mediados de la década el número de casos estimado en la Región era de 241,000 de los cuales 162,000 o sea algo más de las dos terceras partes eran casos que se encontraban bajo control. Según la información de 24 registros nacionales, también el 54% de los casos era de tipo lepromatoso y el 22% tuberculoide.

Salvo contadas excepciones los casos nuevos diagnosticados por 100,000 habitantes en 1978 no guardan ni correspondencia con los informados en 1978, ello se debe a las diferentes fases en que se encuentran los programas de control de la lepra en los países. En el año 1971 el número de casos nuevos diagnosticados por 100,000 habitantes en 22 países que informaron, variaba entre 0 y 9.2 por 100,000 con una mediana de 1 por 100,000. Los cinco países que se encontraban en el cuartil superior mostraban casos nuevos diagnosticados de 6.2 a 9.2 por 100,000. En el año 1978 los casos nuevos diagnosticados en 22 países se encuentran entre 0 y 29.5 por 100,000 con una mediana de 1.6 por 100,000. Los cinco países que se encuentran en el cuartil superior muestran tasas de 7.9 a 29.5 casos nuevos por 100,000 habitantes, lo cual indica que en algunos de estos países la campaña de búsqueda de casos se ha intensificado. Las cifras de prevalencia obtenidas del registro de casos de 13 países en el año 1971 se sitúan entre 0.2 y 199.5 pacientes por 100,000 habitantes. Diez de estos 13 países mostraban en el año 1978 reducciones en su número de casos registrados por 100,000 habitantes de entre el 1% y el 46%; en otros tres países por el contrario se mostraba un incremento. Finalmente otros tres países que no contaban con un registro en el año 1971 lo han organizado y estaba funcionando en el año 1978. Las prevalencias que acusan los registros de estos 16 países en el año 1978 se sitúan entre un mínimo de 0.13 por 100,000 y un máximo de 176.2 por 100,000 con una mediana de 44 por 100,000.

Según la información disponible para el año 1971, 7 de 18 países tenían a todos sus casos infectantes bajo tratamiento y 8 tenían a menos del 80% en estas condiciones. Se dispone de esta misma información para el año 1978 sólo para 15 países, de los cuales únicamente cuatro tienen a todos sus casos infectantes bajo tratamiento y 6 se hallan por debajo del 80%.

La información que brindan los países con respecto a la proporción de contactos bajo vigilancia y tratamiento es muy escasa y muestra una gran variabilidad tanto para el año 1971 como para 1978. Solamente cuatro de 13 países que informaron indican que más del 30% de los contactos se encuentran bajo vigilancia y tratamiento, los 9 países restantes presentan porcentajes que van del 3 al 71%.

En resumen, se ha notado en la década una tendencia ligeramente ascendente en las tasas de incidencia de la lepra, con variaciones asistemáticas en los países debidas a las diversas situaciones que se presentan en la marcha de los programas de control. Las cifras disponibles sugieren que la meta del Plan Decenal no se ha alcanzado.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	13. Tifus (transmitido por piojos)					14. Esquistosomiasis					15. Oncocercosis		
	Prioridad otorgada al problema		13.1 Número de casos			Prioridad otorgada al problema		14.1 Casos conocidos por 100,000 habitantes (prevalencia)			Prioridad otorgada al problema		15.1 Casos nuevos por 100,000 habitantes (incidencia)
	Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	Alta	Regular	Baja	1971	1978	Meta nacional 1980	
Argentina						x							
Bahamas													
Barbados													
Bolivia									244	277b			
Brasil													
Canadá													
Chile													
Colombia		x		60									
Costa Rica													
Cuba									3.3				
Ecuador		x		84			x						
El Salvador													
E.U.U.A.		x		...	...	...	x	...	...	...	...	...
Guatemala				13	4				0.1c			288.6	
Guyana												107.8	
Haití												50	
Honduras													
Jamaica									x				
México		x					x					631d	
Panamá												0.1e	
Paraguay													
Perú	x			79	14	10	x						
R. Dominicana								13d	6e				
Suriname					2a		x		236.8				
Uruguay													
Venezuela				0				104f				16.9	
Trinidad y Tabago		x					x					7.3	

a/ Años 1977-1978. b/ Año 1977. c/ Fuente: Casos notificados a la OPS/OMS. d/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". e/ Año 1979. f/ Fuente: Encuesta en una área de alta prevalencia en el país. g/ Año 1975.

13. TIFUS

META REGIONAL: Disminución de la incidencia.

Entre el año 1971 y 1977 fueron notificados un promedio de 161 casos anuales de tifus en la Región. Estos casos se concentraron en las regiones montañosas y altiplanos de Bolivia, Ecuador, Perú y Guatemala. El número de casos notificados en los años 1978 y 1979 ha bajado a un total de 33 y 94, respectivamente, concentrados en los mismos países. Aunque lógicamente se aprecia una reducción en estos dos últimos años ésta no es una reducción sistemática y no se puede prever si ha de continuar en el futuro.

14. ESQUISTOSOMIASIS

META REGIONAL: Disminución de la incidencia.

La esquistosomiasis es una enfermedad endémica en las regiones septentrionales y centrales de Venezuela, en grandes zonas del Brasil, en la región litoral de Suriname y en varias islas del Caribe. En el año 1971 sólo tres países informaron la presencia de casos registrados y uno se propuso realizar encuestas de prevalencia previa a los programas de control. De la información brindada por cuatro países para 1977 y 1978 solamente se puede colegir que en la República Dominicana disminuyó la prevalencia mientras que en el Brasil aumentó y no se dispone de elementos de juicio para Cuba y Suriname.

15. ONCOCERCOSIS

META REGIONAL: Disminución de la incidencia.

La oncocercosis es endémica en tres países y se desconoce la incidencia en los demás. Los mencionados tres países en los últimos años muestran tasas de incidencia inferiores a las que mostraban en los años 1971.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	16. Enfermedad de Chagas					17. Fiebre Amarilla Selvática						18. Peste									
	Prioridad otorgada al problema		16.1 Casos conocidos por 100,000 habitantes (prevalencia)			Prioridad otorgada al problema		17.1 Número de casos			17.2 Existencia de programas de vacunación de la población expuesta			Prioridad otorgada al problema		18.1 Número de casos					
	Alta	Reg.	Baja	1971	1978	Meta nac. 1980	Alta	Reg.	Baja	1971	1979*	Meta nac. 1980	1971	1979	Meta nac. 1980	Alta	Reg.	Baja	1971*	1979*	Meta nac. 1980
Argentina	-	-	-	10.1	25.2	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	19	10	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	3	12	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	146	-	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	No	No	No	-	-	-	0	0	0	-
Colombia	-	-	x	-	-	-	x	-	7	51	-	-	SI	SI	SI	-	-	x	0	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No	No	No	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	x	0.1	12.6 ^b	-	x	-	3	14	-	-	SI	SI	SI	x	-	-	27	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EE.UU.A.	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	2	10 ^f	10
Guatemala	-	-	-	0.3	0.2	c	-	-	-	-	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	0	0	-g
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	-	-	x	1	0.9	0.5	-	-	-	-	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-
Panamá	-	-	-	3.3	3.4	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	0	0	0
Paraguay	-	-	x	1.4	0.2	-	x	-	-	-	-	-	No	No	No	-	-	-	-	-	-
Perú	-	-	x	0.5	0.6	0.6	x	-	97	10	-	-	SI	SI	SI	x	-	-	22	-	4
R. Dominicana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-
Uruguay	-	-	-	728 ^a	781	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	-	-	-	d	d	-	-	-	3	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	x	-	-	-	x	-	17	0	-	-	SI	SI	SI	-	-	x	-	-	-

a/ Año 1979. b/ Investigación limitada a una población de 1,000,000 de habitantes. c/ Reducir la morbilidad.

d/ Se estima la prevalencia de infección chagásica en alrededor de 1970; 40% de la población residente en el medio rural (área endémica); 1,200,000 infectados en el país (encuesta serológica, seroreactivos); 500 casos nuevos de cardiopatía chagásica registrada por año por la red de servicios de atención cardiovascular; 600 egresos hospitalarios; 500 muertes anuales por cardiopatía chagásica. e/ Casos notificados a la OPS/OMS. f/ Los casos son de un promedio de 3 años de edad. g/ Mantener erradicación.

16. ENFERMEDAD DE CHAGAS

META REGIONAL: Disminución de la incidencia y realización de estudios para conocer mejor su frecuencia y distribución. Estimular programas para su control.

En la mayoría de los países de Centro y Sudamérica se registran casos de la enfermedad de Chagas, la cual se encuentra ampliamente distribuida en extensas zonas rurales. A principios de la década se estimaba que el número de personas infectadas ascendía a siete millones en la Región. A juzgar por la información brindada por los países para fechas recientes es hoy, como en ese entonces, muy difícil presentar el panorama preciso de la distribución de la enfermedad, ya que los datos de prevalencia y de morbilidad son incompletos y fragmentarios. La mayoría de los países también asigna una baja prioridad al problema a pesar de que existen por lo menos 12 países en los cuales se continúa haciendo investigación epidemiológica y hay varios países que tienen en marcha campañas de control. Los escasos datos proporcionados por los países para la presente evaluación, no permiten determinar si ha existido una reducción de la prevalencia tal como fuera establecido como meta del Plan Decenal.

17. FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA

META REGIONAL: Reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad causada por la fiebre amarilla selvática.

La fiebre amarilla se ha presentado solamente en su forma selvática desde el año 1954 en 11 países de la Región. Durante los nueve primeros años del decenio 1971-1980 fueron notificados un total de 1,130 casos, es decir, a razón de un promedio anual de 126. Durante el decenio anterior, de 1961 a 1970 fueron notificados un total de 957 casos en la Región, que significa un promedio de 100 casos por año. El problema pues ha cobrado mayores proporciones y tiene una complejidad creciente dadas la mayor infestación del *Aedes aegypti*, los cambios de hábitos de mosquitos tradicionalmente considerados selváticos, la resistencia adquirida por el vector y el aumento de las poblaciones expuestas a riesgo.

Todos los países afectados manifiestan que cuentan con programas de vacunación para sus poblaciones expuestas, pero la disponibilidad de vacuna no parece ser suficiente para afrontar la eventualidad de una epidemia urbana.

18. PESTE

META REGIONAL: Mantener bajo control las áreas endoólicas de peste.

Las zonas endémicas de peste en la Región están situadas en la frontera de Perú y Ecuador, al sudeste de Bolivia, al nordeste de Brasil y al oeste de los Estados Unidos de América. Entre 1971 y 1979 fueron notificados 1,832 casos de peste en esos cinco países, es decir un promedio de 204 casos anuales, mientras que durante la década de 1961 a 1970 en cambio se habían presentado 5,019 casos, es decir, un promedio de 502 casos por año. Se observa pues una reducción considerable de una década a otra y se puede apreciar que en los últimos años de la década de 1970 ha habido una reducción mayor de la zona endoótica. Los casos humanos de peste en el bienio 1978-79 se han reducido a un quinto de los que se presentaron en el bienio 1970-1971, con lo cual se está cumpliendo con la meta del Plan Decenal de Salud para las Américas.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

19. <u>Aedes aegypti</u>													
Prioridad otorgada al problema	Area originalmente infestada (en Km ²)	Area en fase de mantenimiento (porcentaje)			Area en fase de consolidación (porcentaje)			Area en fase de ataque (porcentaje)			Area en fase preparatoria (porcentaje)		
		1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980	1971	1978	Meta nac. 1980
Argentina	1,000,000	100	100	100									
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	430	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-
Bolivia													
Brasil	933	100	-	100	-	-	-	-	100 ^e	-	-	-	-
Canadá													
Chile	104,373	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	345,000	-	-	-	-	8	-	15 ^c	7	100	85 ^c	85	-
Costa Rica	30,000	-	-	-	-	90	100	-	10	-	-	-	-
Cuba	100,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EE.UU.A.	1,400,000	-	-	b	-	b	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	15 ^c	10	100	-	-	75 ^c	90	-	10 ^c	-	-
Guyana	17,699	-	-	-	-	87 ^c	a	100	13 ^c	-	-	-	-
Haití													
Honduras	64,929	-	-	-	-	-	-	-	31	68	-	-	32
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	56,246 ^d	99	95	100	1	5	0	-	-	-	-	-	-
Paraguay	200,000	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	638,000	-	39	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. Dominicana	48,442	-	25	-	-	-	-	-	25	-	50	-	-
Suriname	48,500	2	2 ^c	-	-	-	-	98	98 ^e	-	-	-	-
Uruguay	-	10	10	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago								100 ^c	100	-	-	-	-

a/ Desde 1974 solo se realizan acciones para el control del vector. b/ No exista un programa como tal. c/ Año 1979. d/ Hubo reinfestaciones del país en 1969 y 1972. e/ Mejorar la fase de consolidación. f/ Año 1977.

19. AEDES AEGYPTI

META REGIONAL: Erradicar el Aedes aegypti en los países y territorios aún infectados y evitar su penetración en aquellos de donde ha sido eliminado.

En el año 1971 la situación de los programas de erradicación del Aedes aegypti era la siguiente: de 46 países y territorios del área inicialmente infestada 32 tenían programas en marcha, seis estaban organizando sus programas, siete no contaban con actividades y uno de ellos no disponía de información. De los programas en actividad seis países y territorios habían alcanzado la fase de mantenimiento y continuaban con una vigilancia adecuada. Otros cuatro también habían alcanzado esta fase pero sus actividades de vigilancia no eran consideradas suficientes. Dos unidades políticas se encontraban en la fase de consolidación, en ambos casos, la verificación se consideraba adecuada. Ocho países y territorios incluyendo dos con focos de reinfestación estaban en la fase de ataque y recibiendo una cobertura adecuada en sus programas. Otros 11 también estaban en esta fase pero no tenían todavía suficiente cobertura. Tres unidades políticas estaban aún en la fase preparatoria; de estas dos con una cobertura adecuada y una que necesitaba intensificar sus actividades.

Para la presente evaluación se ha recibido información de 16 países de los cuales cuatro tenían el 100% de sus áreas infestadas en fase de mantenimiento, uno con un 95% de sus áreas en fase de mantenimiento y el otro 5% en consolidación, y otros cinco países con proporciones en la fase de mantenimiento que van del 2% al 39%. Un país que en 1971 tenía el 100% de sus áreas en mantenimiento ha pasado a tenerlas en 1978 en fase de ataque. Solamente hay tres países que en 1978 tenían proporciones de 5%, 87% y 90% en la fase de consolidación. Nueve países tienen proporciones variables de su área originalmente infestada en fase de ataque; tres de ellos tienen la totalidad o casi la totalidad de sus áreas en fase de ataque mientras que los seis restantes presentan proporciones que van del 10% al 75%. Finalmente hay tres países que tienen 10%, 50% y 85% respectivamente de su área infestada en fase preparatoria.

La meta del Plan Decenal no ha sido cumplida: por el contrario, se ha presentado la reinfestación de áreas en varios países, lo cual ha sido causa de una serie de problemas, como por ejemplo, la transmisión del dengue en los países y territorios bañados por el Mar Caribe, así como también el peligro potencial que significa la extensión que cubren las áreas endémicas de fiebre amarilla.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

20. Malaria															
Prioridad que se otorga al problema	Casos por 100,000 habitantes (incidencia)					20.1 Areas originalmente maláricas para las que se ha logrado la erradicación (en mantenimiento)					20.2 Areas originalmente maláricas en las que se interrumpió la transmisión y con buenas perspectivas de erradicación con los recursos disponibles (en fase de consolidación)				
	Población (miles de habitantes)		Población del Área originalmente malárica (porcentaje)		Meta nacional 1980	Población (miles de habitantes)		Población del Área originalmente malárica (porcentaje)		Meta nacional 1980	Población (miles de habitantes)		Población del Área originalmente malárica (porcentaje)		Meta nacional 1980
	Año	Reg.	1971	1978		1971	1978	1971	1978		1971	1978	1971	1978	
Argentina	x		22	1.3		1,648	3,048	55	96	98	432	66	15	2	-
Bahamas		x	-	0.9	0.5										
Barbados	-	-													
Bolivia															
Brasil			191	250 ^a		843	13,845 ^a	2	29 ^a		16,761	16,199 ^a	42	35 ^a	-
Canadá															
Chile	-	-													
Colombia	x		173.2	374.6 ^b	280.7	-	-	-	-	-	8,650	11,802 ^b	68	73 ^b	73
Costa Rica	x		14.3	14.8	-	-	-	-	-	-	178	429	31	71	91
Cuba			0.1 ^c	1.6 ^c		8,692	907	100	100	100					
Ecuador	x		153.3	127.8 ^d	70	...	...	...	...	...	1,521	1,933	42	42	42
El Salvador			1471	1524											
EE.UU.A.		x	5.4 ^e	0.8 ^e		56,471	61,350	100	100						
Guatemala	x		396.8	236.4 ^b						1					85
Guyana	x						868 ^b		...	h		5 ^b		7 ^b	i
Haití			263.0	1,500						90.7					
Honduras	x		1873.3	1005	916.4						437	490	19	18	17
Jamaica			-	0.2 ^a	-				-	-					
México	x		85	28							11	22	46	66	
Panamá	x		95.8	14.5						80		1,437		82	
Paraguay	x		17.9	5.4	1.6 ^f		631		22.5			1,234		44	
Perú	x		84.5	360 ^g	500	1,338	1,554	27	27	27	3,119	2,122	64	38	40
R. Dominicana	x		64.6	298.8		3,593	4,956				280	45			
Suriname	x		228.9	412 ^b		210	219 ^b	76	76 ^b		42	44 ^b	15	15 ^b	
Uruguay	-	-													
Venezuela															
Trinidad y Tabago	x		0.3	0.0 ^b	0.0	1	1		100	100					

a/ Año 1977. b/ Año 1979. c/ Casos importados. d/ Año 1980. e/ Casos no autóctonos. f/ Sólo para casos importados. g/ En el año 1978 hubo subregistro de casos. h/ Mantener las áreas en fase de mantenimiento. i/ Mejorar la fase de mantenimiento.

20. MALARIA

METAS REGIONALES: Evitar la reintroducción de la malaria en las áreas con 81.1 millones de habitantes en donde ha sido erradicada. Alcanzar la erradicación en áreas con 74.5 millones de habitantes donde existen buenas perspectivas de lograrla con los recursos disponibles. Interrumpir o finalizar la transmisión en áreas con 12.4 millones de habitantes en las que no se ha logrado progresos satisfactorios por problemas financieros. Reducir la transmisión a nivel más bajo posible en áreas con 17.3 millones de habitantes en donde el progreso depende de la solución de serios problemas operativos y técnicos.

De 34 países y territorios de la Región con zonas originalmente maláricas, 12 habían logrado la erradicación antes de 1971 y dos se hallaban en la fase de consolidación en todo su territorio. Las 20 unidades restantes estaban aplicando en diversas medidas la fase de ataque en sus áreas afectadas.

Los casos de malaria por 100,000 habitantes en la Región que en los últimos 10 años muestra una curva ascendente durante toda la primera parte de la década de 1960 hasta llegar a un máximo en el año 1967 de 78 casos por 100,000 habitantes, inició en ese año un descenso irregular hasta llegar a un mínimo de 49 por 100,000 habitantes en el año 1974. La última parte de esta década se caracteriza por un resurgimiento de los casos de malaria, que llegaron en 1978 a 465,000 y en el año 1979 por primera vez sobrepasaron el medio millón notificado en la Región. Durante el primero, segundo y tercer trienio de la década 1971-1980, las tasas de morbilidad por malaria fueron respectivamente de 56.3, 60.2 y 71.9 casos por 100,000 habitantes. Las cifras correspondientes para América del Norte fueron de 0.5, 0.2 y 0.3; para la América Central en cambio fueron de 147.5, 170.4 y 190.8, lo cual implica durante la década un alza del 29% entre el primer y el tercer trienio. En la América del Sur las tasas de morbilidad fueron de 75.8, 71.4 y 87.1 por 100,000 habitantes en los tres trienios mencionados, lo cual indica un alza entre el primero y el tercer trienio del 15%. El deterioro que se puede apreciar en la situación epidemiológica de la malaria se debe principalmente a que un grupo de países (Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú) con una población total superior a los 39 millones de habitantes y comprendiendo el 17.8 del total del área malárica, han mostrado serios problemas técnicos, administrativos, financieros y operativos en la ejecución de sus campañas. En otro grupo de países (Brasil, Ecuador, México, Suriname y Venezuela) con más de 95 millones de habitantes en sus áreas maláricas, o sea el 43.2% del total de la población de áreas maláricas de las Américas, se han presentado algunos problemas técnicos como la resistencia de los vectores al DDT en la región sur de México, resistencia del *P. falciparum* a la cloroquina en los países de América del Sur, conducta evasiva de los vectores y serios problemas de ecología humana. A pesar de ser de difícil solución estos problemas, se ha mantenido un lento progreso ya que los programas reciben apoyo y recursos adecuados de los Gobiernos respectivos. Un tercer grupo de países en los que se encuentra la Argentina, Belice, Costa Rica, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay y República Dominicana con una población de más de 14 millones de habitantes y conteniendo el 6.4% del total

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

20. Malaria (Cont.)										
20.3 Areas originalmente maláricas en las que no se lograron progresos satisfactorios por problemas financieros (en fase de ataque)					20.4 Areas originalmente maláricas en las que el progreso dependería de la solución de serios problemas operativos o técnicos (en fase de ataque)					
Población (miles de habitantes)		Población del área originalmente malárica (porcentaje)			Población (miles de habitantes)		Población del área originalmente malárica (porcentaje)			
1971	1978	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	1971	1978	Meta nacional 1980	
Argentina	907	76	30	2	2	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	8,051	1,788 ^d	20	4 ^d	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	3,453	2,987 ^a	27	19 ^a	19	712	1,423 ^a	6	9 ^a	9
Costa Rica	-	-	-	-	-	390	179	69	29	9
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	2,124	2,626	58	58 ^b	58	-	370 ^a	-	8 ^a	-
El Salvador	3,136	3,906	100	100	-	807	1,021	26	26	-
EE. UU. A.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	1,267	1,792 ^a	61	68 ^a	-	820	852 ^a	39	32 ^a	15
Guyana	-	23 ^a	-	11 ^a	-	23	-	-	-	f
Haití	-	-	-	-	-	1,059	1,209	24	25	-
Honduras	1,832	2,180	81	82	83	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	8	7 ^c	37	23	-	4	3	17	10	-
Panamá	-	-	-	-	-	1,420	321	100	18	20
Paraguay	-	-	-	-	-	1,958	476	82	17	-
Perú	282	1,806	6	32	30	143	177	3	3	3
R. Dominicana	110	91	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	23	24 ^a	8	8 ^a	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

a/ Año 1979. b/ Conservar el mismo porcentaje. c/ Excluye la población del área Vertiente Nororiental del Golfo de México e Istmo de Oaxaca. d/ Año 1977. e/ Año 1980. f/ Disminuís la transmisión en las áreas maláricas.

20. MALARIA (continuación)

del área originalmente malárica de la Región, han mostrado también algún retroceso en su situación epidemiológica debido a cierto debilitamiento en las actividades de vigilancia en algunos de ellos y también al aumento en los últimos años del número de casos importados. Sin embargo en estos países la transmisión está concentrada y no se anticipa dificultades serias para la eliminación de la enfermedad. En los 12 países y territorios en los que la erradicación de la malaria se ha logrado (Chile, Cuba, Estados Unidos, Dominica, Grenada, Guadalupe, Islas Vírgenes, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía, Trinidad y Tabago) que cubre el 32.6% del total de las áreas maláricas de las Américas con 72 millones de habitantes residiendo en ellas, no se ha restablecido la transmisión aunque en 1978 se produjo un brote en Grenada con 58 casos, localizado en una pequeña zona y considerado de origen local.

En el año 1978 la población de la Región que residía en áreas calificadas como originalmente maláricas, era de 220 millones de habitantes (el 37.5% de la población total de la Región). El 48% de dicha población (106 millones de habitantes) residía en áreas originalmente maláricas para las que la erradicación había sido ya anunciada, es decir que estaban en la fase de mantenimiento del programa. El 27.1% (cerca de 60 millones de habitantes) residía en áreas originalmente maláricas que se encontraban en fase de consolidación y el 24.9 restante (con una población de 54.8 millones de habitantes) residía en áreas que se encontraban en la fase de ataque. En el año 1979, de los 513,214 casos detectados con muestras positivas de sangre, el 1.2% se dio en las áreas que se encontraban en la fase de mantenimiento, el 2.8% en las áreas en fase de consolidación, el 95% en las áreas en fase de ataque y el 1% en áreas originalmente no maláricas.

En resumen, la malaria inició la década con una tendencia descendente que llegó sólo hasta 1974, muestra a partir de 1975 una elevación de la tasa de incidencia que alcanza en el año 1979 a más de 85 casos de malaria por 100,000 habitantes para toda la población de la Región y que por consiguiente significaría una tasa de alrededor de 227 por 100,000 para la población de las áreas originalmente maláricas. Cifras de esta magnitud son las máximas que se pueden encontrar durante los últimos 25 años en las Américas.

El deterioro de la situación se debe en gran parte a que se han presentado serios problemas técnicos, administrativos, financieros y operativos de los programas de control de la malaria en un grupo de países (tres del área Andina, cuatro de Centroamérica y uno del Caribe) que registran casi las dos terceras partes del total de los casos de la Región. A ellos se agrega otro grupo de países en los cuales se ha podido apreciar un relajamiento de las medidas de vigilancia y por último se han presentado problemas en otros países con la agudización de la resistencia de los vectores a los insecticidas y del plasmodium a la cloroquina.

En términos promediales por lo tanto, las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas no han podido cumplirse.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

B. SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

1. Mortalidad									
1.1 Mortalidad infantil menores de 1 año por 1000 nacidos vivos			1.2 Mortalidad de niños de 1 a 4 años por cada 1000 niños de esa edad			1.3 Mortalidad materna por 1000 nacidos vivos			
1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	
Argentina	62 ^a	45	40	3.4 ^a	2.2	2	1.4	0.9	0.7
Bahamas	36	28.3 ^b	20	1.6 ^h	1.1 ^b	0.8	-	0.4 ^b	0.3
Barbados	29.2	28.8	c	1.2	1.4	c	0.8	0.7	
Bolivia									
Brasil	91.2	82.4	40	5.6	3.6	60	1.4	0.9	40
Canadá									
Chile	70.5	38.7	33.2	3.3	1.5	1.8	1.4	0.9	0.9
Colombia	87	80 ^d	-	6.4 ^a	5.1 ^b	-	2.2	1.8 ^d	-
Costa Rica	56.4	22.3	30	4.3	1.1	53	1	0.4	c
Cuba	36.5	22.3	a	1	1.1	0.7	1	0.4	0.4
Ecuador	78.5	57.4 ^b	-	16.2	10.2 ^b	-	2	1.6 ^b	-
El Salvador	52.5	50.8	50	8.7	4.3	4	1	0.8	0.8
EE.UU.A.	19.1	14 ^b	-	0.8 ^h	0.7 ^b	-	0.2	0.1 ^h	-
Guatemala	87.1	73.3 ^b	30	25	26 ^b	40	1.6 ^g	c	50
Guyana	40.7	50.6 ^f	-	11.2 ^a	-	-	0.6	-	-
Haití	130	125	-	110	97	-	-	-	-
Honduras	117.6	98.5 ^b	70	20.7	14.3 ^b	10.4	2.7	1.7 ^b	1.7
Jamaica	27.1	...	-	4.6 ^h	1.9 ^b	...	1.4	0.5 ^b	-
México	-	49	-	-	4.3 ^f	-	1.5 ^g	1.1 ^f	-
Panamá	37.6	24.8	18.8	7.1	2	4.4	1.1	0.9	0.5
Paraguay	97.4	89.7	58.9	11.3	5.5	2.5	4.0	4.5	2.8
Perú	103 ^g	90.4 ^g	88.2	16 ^g	14 ^g	13.8 ^g	3.8 ^g	3.2 ^g	31 ^g
R. Dominicana	49.1	31.2	-	7.5	3.1	-	1	0.6	-
Suriname	-	32.1 ^b	-	-	1.8 ^b	-	0.6 ^g	0.4 ^b	-
Uruguay	40.4	38.2	-	1.3	1.1	-	0.8	0.6	-
Venezuela	49.8	33.9	29.9	5.3	3.4	2.2	0.9	0.6	0.5

a/ Año 1970. b/ Año 1977. c/ Porcentaje de reducción. d/ Año 1979. e/ Menos de 25%. f/ Año 1975. g/ Estimación. h/ Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, Publicación Científica No. 287. i/ Año 1976.

1. MORTALIDAD

1.1 Mortalidad infantil

META REGIONAL: Reducir en un 40% la mortalidad de menores de 1 año con rangos de 30% a 50%.

La mortalidad infantil permaneció en niveles relativamente elevados durante el decenio de 1961 a 1970 en la mayor parte de países de la Región.

En la América del Norte en donde la mortalidad infantil se había mantenido prácticamente estacionaria durante el decenio de 1951 a 1960 a un nivel de alrededor de 25 por 1,000 nacidos vivos, se produjo durante la década de 1961 a 1970 un descenso que redujo la tasa de un 26.2 a un 19.0 por 1,000 nacidos vivos en el año 1971 (un 27% de reducción). En Mesoamérica las tasas registradas en 1960 y 1971 fueron respectivamente de 70.4 y 57.7 por 1,000 nacidos vivos (reducción de un 18%). Para la América del Sur las cifras respectivas para 1960 y 1971 fueron de 84.9 y 64.7 por 1,000 nacidos vivos (una reducción del 24%).

Los registros de mortalidad en la América Latina son en general incompletos y a pesar de que se puede advertir un mejoramiento durante el último decenio, la disponibilidad de las estadísticas deja todavía mucho que desear en varios países. Por esta razón, las estimaciones de la mortalidad infantil no son muy fidedignas. Atendiéndonos a las cifras que 19 países brindaron en el cuestionario de evaluación tanto para el año 1971 como para el último año disponible se puede concluir lo siguiente: sólo un país muestra incremento en su tasa de mortalidad infantil entre 1971-1975, siendo posible que este incremento se deba al mejoramiento de sus estadísticas de mortalidad. Todos los demás países muestran una declinación de sus tasas de mortalidad infantil que llega durante el decenio a proporciones variables entre el 2% y el 86%. Hay solamente cuatro países (de 18) que muestran reducciones del 50% más, cumpliendo así con la meta regional. Diez países lograron reducciones mayores del 30% fijado como meta mínima para la Región. Otros ocho países están por debajo del 30% mencionado. Es de advertir, sin embargo, que los países que respondieron a la presente evaluación, en general, han cumplido con sus propias metas nacionales que fueron establecidas con un criterio de factibilidad a principios de la década. Estas metas nacionales en 14 casos fueron inferiores al 50% de reducción durante la década y en nueve casos inferiores aún al mínimo del 30% de reducción.

En resumen, se puede concluir que los países de la Región cumplieron con sus propias metas de reducción de la mortalidad infantil y que la meta regional recomendada se hallaba muy lejos de las posibilidades que los países tenían en conjunto para obtenerla.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

B. SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

1.2 Mortalidad de niños de uno a cuatro años.

META REGIONAL: Reducción de la mortalidad en niños de uno a cuatro años en un 60% con rangos de 50 a 70%.

Las tasas de mortalidad de niños de uno a cuatro años de edad en el año 1971 para la América del Norte, Mesoamérica y América del Sur eran respectivamente 0.8, 7.8 y 6.5 defunciones por 1,000 niños de ese grupo de edad. A estos valores se llegó en 1971 luego de una reducción del 27% en las tasas durante la década anterior en la América del Norte y de entre el 39% y 40% en la América Latina y el Caribe. Esto indica claramente que el éxito obtenido en la reducción en mortalidad de los niños de esta edad durante la década fue superior al obtenido en la reducción de la mortalidad infantil.

Durante la presente década los logros alcanzados en la reducción de esta mortalidad de niños en la Región son más modestos; de 20 países para los cuales se obtuvo información en la presente evaluación, solamente seis han logrado reducciones que sobrepasan del 50% y en particular dos de estos seis han sobrepasado el 70%. En el otro extremo hay tres países que no han logrado reducciones mayores del 15% y otros tres en los cuales no han logrado reducciones. El valor mediano se encuentra alrededor del 33%. Puede advertirse que varios de los países que han logrado reducciones pequeñas, han alcanzado, sin embargo, sus propias metas nacionales, que fueron establecidas por debajo de las recomendaciones de la meta regional.

En conclusión, los países de la Región han llegado a cumplir satisfactoriamente sus propias metas nacionales pero en cambio en su conjunto no se ha podido alcanzar las metas nacionales fijadas.

1.3 Mortalidad materna

META REGIONAL: Reducir la mortalidad materna en un 40% con rangos de 30% a 50%.

En el año 1971 la mortalidad materna se situó en 1.9, 13.3 y 17.1 defunciones maternas por cada 1,000 nacidos vivos en la América del Norte, en Mesoamérica y en la América del Sur. A estos niveles de mortalidad se llegó durante la década anterior con reducciones que para las mencionadas áreas fueron respectivamente del 50%, el 27% y el 14.5%. Como se puede apreciar la meta regional establecida pretendió superar las reducciones logradas en la década anterior y sin embargo cuatro de cada cinco países adoptaron la meta regional tal como puede apreciarse en la primera evaluación del Plan Decenal.

Los niveles alcanzados por 21 países alrededor de 1978 varían entre 0.4 y 4.5 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos. La mediana es de 0.9 y los países situados en el cuartil superior tienen valores mayores de 1.6 por 1,000 nacidos vivos. Estos valores se han logrado con reducciones durante la década que varían entre el 12% y el 64% en estos países con una mediana del 34%. Las reducciones menores se dieron en cuatro países que lograron sólo un 20% o menos. Los países han cumplido con las metas nacionales propuestas por ellos mismos en el año 1971; así mismo se puede concluir que en general la meta regional se ha aproximado a su cumplimiento al nivel mínimo de reducción del 30% especificado en el Plan Decenal.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

B. SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

2. Cobertura de servicios									
2.1 Gestantes con atención prenatal (porcentaje)			2.2 Partos atendidos en hospital (porcentaje)			2.3 Puérperas bajo control (porcentaje)			
1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	
Argentina	-	-	81 ^f	88 ^g	90 ^g	-	-	-	
Bahamas	48 ^a	60	-	89 ^a	90	-	95 ^a	95	
Barbados	85	76	100	92	100	100	43	51	100
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brasil	-	11	60	-	6	60	-	5	40
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chile	-	78	90	84	90	91	-	85	90
Colombia	47 ^b	82 ^{b,c}	-	41 ^c	-	-	-	-	
Costa Rica	53	85	75	74	82	85	4	2	40
Cuba	-	92	90	96	98	95	-	-	-
Ecuador	-	31 ^a	-	30 ^h	34 ^a	-	6 ^a	-	
El Salvador	31 ^d	38 ^d	41	32 ⁱ	42 ⁱ	47	4	8	10
EE.UU.A.	98	-	99 ^f	99 ^g	-	100 ^f	100 ^e	-	-
Guatemala	18	23 ^a	51	18	18 ^a	46	-	5 ^a	40
Guyana	...	49 ^e	...	23	-	0	95	33 ^e	-
Haití	26	36	-	18	-	-	-	-	-
Honduras	28	35 ^a	50	20	34 ^a	80	3	7 ^a	30
Jamaica	...	61 ^a	-	47	60 ^a	-	67	79 ^a	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	50	83	60	68	24	80	24	33	30
Paraguay	56	45	60	55	63	60	7	5	30
Perú	19	32	34	21	29	30	5	5	5
R. Dominicana	-	57	60	49	44	50	6	25	30
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	70	-	94	0	5	-	-	-
Venezuela	28	37	50	96	98	98	5	5	20

a/ Año 1977. b/ Incluye también puérperas. c/ Año 1979. d/ Prenatales atendidos por 100 nacidos vivos. e/ Año 1975. f/ Año 1970. g/ Partos institucionales en hospitales públicos y privados. h/ Año 1972. i/ Partos atendidos en los establecimientos del Seguro Social y del Ministerio de Salud. j/ Excluye hospitales.

2. COBERTURA DE SERVICIOS

METAS REGIONALES: Alcanzar una cobertura de 60% de atención prenatal, de 60% a 90% de atención adecuada del parto y de 60% de atención en el posparto. Alcanzar una cobertura del 90% de atención de los niños menores de un año de 50% a 70% de los de uno a cuatro años y de 50% de los de cinco años.

2.1 Atención prenatal

La proporción de gestantes con atención prenatal en el año 1971, según lo informado por 21 países en la primera evaluación del Plan Decenal, variaba entre 3.1% y 98.4% de las gestantes, con una mediana de alrededor de 31%. Seis países fijaron la elevación de la cobertura de atención prenatal entre el 50% y el 55% y todos los países restantes adoptaron metas iguales o superiores a la meta regional. A juzgar por la información provista por 20 países para la presente evaluación solamente en nueve de ellos se habría superado o se estaría por llegar a la meta regional propuesta. La proporción de gestantes con atención prenatal varía entre el 11% y el 92% con una mediana del 49% y con una cuarta parte de los países con 32% o menos. Evidentemente la meta regional no se ha cumplido a pesar de que en términos generales el porcentaje de gestantes con atención prenatal ha subido en todos los países durante el decenio.

2.2 Atención del parto

La atención hospitalaria del parto fue seleccionada como indicador de atención adecuada de éste. Las cifras proporcionadas por los países en el año 1971 señalaban una variabilidad de entre 15% y 99.6% de partos atendidos en hospitales con una mediana del 47%. Todos los países se propusieron metas de incremento de esta proporción y cuatro de cada cinco de ellos adoptaron la meta regional de entre 60% y 90% de atención hospitalaria del parto. Según la información de 21 países la proporción de partos atendidos en hospitales durante 1978 varía entre el 6% y el 100% y solamente cuatro de cada siete países muestran proporciones de 60% o más de partos atendidos en hospitales. La mayoría de los países no ha cumplido con las metas nacionales que se propusieron al comienzo de la década y, evidentemente, la meta regional se encuentra aún lejos de ser cumplida.

2.3 Atención posparto

La proporción de puérperas bajo control en 1971 presentaba una variabilidad muy grande entre los países de la Región. Sólo 16 países brindaron información para ese año, y ubicaban tal proporción entre 2.1% y 85%; casi 2/3 de los países mostraban cifras por debajo del 10% de puérperas bajo control. En el año 1978 o alrededor de este año, la situación no ha variado mucho; diez de 17 países tienen proporciones menores del 10% de control de sus puérperas. La recomendación regional quedó así lejos de ser cumplida.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

B. SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

2. Cobertura de servicios (Cont.)					
2.4 Niños menores de un año bajo control (porcentaje)			2.5 Niños de 1 a 4 años bajo control (porcentaje)		
1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
-	-	-	-	-	-
		80		43 ^a	80
70 ^a	81 ^a	100			100
	30	70		8	50
	83	90		81	80
72	94 ^b	-	28	40 ^b	
16		90	16		50-70
	c			c	
42 ^d	66 ^e	-		17 ^e	
26	53	55	9	23	25
f	f		f	f	
15 ^d	37 ^e	51		17 ^e	24
27 ^d	61 ^g			153 ^h	...
	13	34			15
43	58 ^a	60 ^h	18	21 ^a	30
44 ^d	70 ^a				
30 ^a					
59	74	65	38	52	50
54	40	70	26	10	60
36	52	54	15	21	23
20	92			21	
28 ⁱ	29 ⁱ	50	3 ^k	2 ^k	20

a/ Clínicas de atención pública. b/ Año 1979. c/ Como promedio se ofrecen 10 controles por cada niño menor de 1 año. d/ Fuente: "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". e/ Año 1977. f/ Porcentaje de niños menores de 5 años que han consultado médico: Año 1971, 87%; 1978, 90%. g/ Año 1975. h/ Relación consulta/habitante. i/ Niños menores de 2 años. j/ Excluye hospitales. k/ Niños de 2 a 6 años.

2.4 Atención de niños menores de un año

En 1971, la proporción de niños menores de un año bajo control en 18 países que informaron en la primera evaluación del Plan Decenal variaba entre el 15% y el 80%, con una mediana de alrededor del 30%. Todos los países se propusieron metas de incremento de estos porcentajes pero solamente uno de cada tres se propuso una meta coincidente con la meta regional de cobertura del 90% de los niños de esa edad.

En 1978 o alrededor este año, la mayor parte de los 16 países que dieron datos para la presente evaluación registró una elevación en la proporción de niños menores de un año bajo control. Esta proporción varía entre el 13% y el 94% con una mediana cercana al 55%. La cuarta parte de los países muestran proporciones de 30% o menos.

La meta del Plan Decenal en términos generales no se ha llegado a cumplir y se encuentra aún lejos del alcance de la mayor parte de países.

2.5 Atención de niños de uno a cuatro años

En el año 1971, según la respuesta de 18 países, la proporción de niños de uno a cuatro años que se encontraba bajo control variaba entre el 5.1% y el 87% con una mediana de alrededor del 15%. Todos los países se fijaron metas de incremento de dicha proporción y dos de cada tres de ellos adoptaron la meta regional de cobertura del 50% al 70% de los niños de uno a cuatro años. Solamente dos de 14 países que informaron en la presente evaluación declaran tener una cobertura superior al 50%. Así pues, según la información existente, la meta regional no solamente no se ha cumplido sino que se encuentra bastante lejos de ser alcanzada.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

B. SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

	3. Política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia			4. Coordinación intersectorial para realización de programas específicos			5. Información y servicios sobre problemas de fertilidad y esterilidad (si la política del país no se opone)			
	Definida	No bien definida	No existe	En estudio	Adecuada	Parcial	Escasa	Se ofrecen	No se ofrecen	Se prevé iniciación o intensificación
Argentina		x				x			x	
Bahamas	x				x				x	
Barbados		x			x			x		
Bolivia										
Brasil				x			x		x	
Canadá										
Chile		x				x		x		
Colombia	x				x			x		
Costa Rica		x				x		x		
Cuba	x				x			x		
Ecuador		x				x				x
El Salvador		x			x			x		
EE. UU. A.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala		x				x		x		
Guyana	x ^a	x				x		x		
Haití		x				x		x		x
Honduras		x			x			x		
Jamaica		x				x		x		
México		x			x			x		
Panamá	x ^a	x				x		x		
Paraguay		x		x			x		x	
Perú	x					x		x		
R. Dominicana				x		x		x		
Suriname				x		x		x		
Uruguay		x					x		x	
Venezuela	x				x			x		

a/ En 1971.

3. POLITICA Y COORDINACION INTERSECTORIAL

METAS REGIONALES: Formular una política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en la que se incluyan aspectos relacionados con disposiciones que garanticen sus derechos civiles y jurídicos, que aseguren su protección económico-laboral. Proporcionar información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y esterilidad, cuando las políticas nacionales así lo permitan.

3.1 Política intersectorial.

Según lo manifestado por los 22 países informantes, en 1961 solamente cuatro tenían definida adecuadamente dicha política, en diez países no estaba bien definida y en cuatro se encontraba en estudio.

En el año 1979 ya son siete los países que han definido su política, en 12 países no está bien definida y en cuatro se encuentra en estudio. Como se vé, los esfuerzos por definir una política intersectorial de protección de la familia, la maternidad y la infancia en los países tuvo un lento avance en la Región durante la década.

4. COORDINACION INTERSECTORIAL

Las acciones en el campo de la protección de la familia, la maternidad y la infancia requieren además de una política formulada de mecanismos de implementación que se vean facilitados cuanto mayor es la coordinación entre los sectores interesados dentro del marco de programas específicos. En 1971, la coordinación intersectorial, según lo manifestaron 19 países, era sólo parcial en su mayor parte. Únicamente tres países la consideraban adecuada y otros cuatro muy escasa.

Durante la década parece haberse mejorado la coordinación ya que ocho de 23 países manifiestan que ella es adecuada en 12 es solamente parcial y en tres es escasa. Puede apreciarse pues algunos progresos en este aspecto en la Región en su conjunto.

5. INFORMACION Y SERVICIOS SOBRE PROBLEMAS DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Según lo recomienda el Plan Decenal, los países tendrían que establecer planes y medidas que tiendan a la protección integral de la familia incluyendo, cuando las políticas nacionales así lo permitan, información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y la esterilidad. En 1971 dichos servicios estaban siendo ofrecidos en 15 países y en dos de ellos se preveía su iniciación o intensificación. En 1979 son ya 17 (8 de cada 10) los países en los cuales ofrecen estos servicios, en dos se prevé su iniciación o intensificación y en cinco no se ofrecen tales servicios.

C. NUTRICION

1. Desnutrición proteico-calórica						2. Anemias en embarazadas		
1.1 Niños menores de 5 años con desnutrición de II grado (porcentaje)			1.2 Niños menores de 5 años con desnutrición de III grado (porcentaje)			2.1 Mujeres embarazadas con anemias nutricionales (porcentaje)		
1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
Argentina								
Bahamas	0.1 ^a							
Barbados	15 ^b	3 ^c	d	10 ^b	0.3 ^c		6 ^b	
Bolivia								
Brasil	22 ^e	18	12 ^d	11 ^e	3	2	40	53
Canadá								36 ^d
Chile	2.6 ^f	2 ^g	3		0.3 ^h	1		
Colombia	9	9 ^g	6	1	4 ^g	1	31	
Costa Rica	12	10 ^a	30 ^d	2	1 ^a	85 ^d	33	-
Cuba								30
Ecuador	10	10 ^a	8	1	1 ^a	1		
El Salvador	25	20 ^h		3	28 ^h	-		11
EE.UU.A.	2	1 ^g	1	0.0	0.0 ^h	0.0	8	1
Guatemala	26	26 ^g		6	1	40 ^d	46 ^e	55 ^h
Guyana	16	8 ^{1,8}		2	1 ^g		55	67 ^h
Haití	37 ^f	24		15.7 ^f	3.2			38
Honduras	27	29		3	3		32	32 ^f
Jamaica	9 ^e	7	6	1.4 ^e	1	1	45 ^e	61
México	7 ^e			2.5 ^e	-		33 ^e	
Panamá	11 ^j	19 ^e	10	13	2 ^c	75		20 ^{k,3}
Paraguay	8.1 ^e	4 ^h	1.5	2.5 ^e	1 ^h	0.1	3	3
Perú	13.1 ^e	11 ^f	10	0.9 ^e	1 ^f	1	35.1	-
R. Dominicana	23	26		4	3		63	-
Suriname		10 ^f		-	3 ^f			
Uruguay								
Venezuela	14.5 ^e			0.9 ^e				

a/ Año 1977. b/ Año 1969. c/ Año 1975. d/ Reducción. e/ Fuente: Primera Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980". f/ Año 1974. g/ Año 1979. h/ Año 1976. i/ Porcentaje de los casos notificados por clínicas de salud, para primeras consultas de niños de 0 a 4 años de edad. j/ Año 1967. k/ Meta de prevalencia de deficiencia de hierro en la población. l/ Anemia nutricional de hierro. Hay que agregar 7% para anemia nutricional de ácido fólico y 28% para complejo B-10. m/ Anemia nutricional de hierro. Hay que agregar 6% para anemia nutricional de ácido fólico y 25% para complejo B-10.

1. DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA

METAS REGIONALES: Reducción de la desnutrición proteico-calórica en niños menores de cinco años en un 30% con valores situados entre el 10% y el 50%. Reducción de la desnutrición proteico-calórica de tercer grado en menores de cinco años en un 85% con valores entre el 75% y el 95%.

En 1971, la proporción de niños menores de cinco años en desnutrición proteico-calórica de segundo grado en 18 países de la América Latina y el Caribe, osciló entre 7% y 37%, con una mediana cercana al 15%. En 1978, 12 países muestran reducciones que van del 15% al 80%, mientras que cinco países no muestran reducción alguna. Solamente son cinco de 17 los países que acusan reducciones superiores a la meta regional promedio de 30% de reducción. Otros siete países muestran reducciones de entre el 15% y el 23%. La información sobre esta materia no es confiable y el progreso que se acusa es inferior a las expectativas que se tenían al adoptarse el Plan Decenal.

No puede obtenerse conclusiones bien fundamentadas con respecto al descenso de la proporción de niños menores de cinco años con desnutrición proteico-calórica de tercer grado. En el año 1971 dicha proporción parecía variar entre 1% y el 11% en 20 países de la América Latina y el Caribe, en el año 1979 ella varía entre un 0% y un 28%. Estas cifras no se consideran fidedignas y lo único que parece reflejarse de la información obtenida es que habría una cierta tendencia a la disminución, cuya magnitud no se puede apreciar.

2. ANEMIAS NUTRICIONALES

META REGIONAL: Reducción en un 30%.

El indicador empleado para las anemias nutricionales es el porcentaje de mujeres embarazadas que presentan dichas anemias. Esta información es deficiente, también tanto para el año 1971 como para años recientes. En 1971, once países proporcionaron cifras en porcentajes que van de 0.3% al 70% con una mediana del 33%. Siete países se fijaron metas de reducción siendo dos de ellas inferiores a la meta regional. En el año 1979 la proporción de mujeres con anemias nutricionales, según lo informado por diez países de la América Latina y el Caribe, varía entre un 3% y un 77%. Estas cifras, de ser reales, estarían reflejando una agudización del problema aunque más podría representar un mejoramiento de la información. Tampoco se pueden obtener conclusiones válidas con relación a este aspecto de la desnutrición.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS
C. NUTRICION

	3. Bocio endémico						4. Hipovitaminosis A		
	Prevalencia del bocio (porcentaje)			Prevalencia del cretinismo (por 100,000 habitantes)			Prevalencia de hipovitaminosis A		
	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980	1971	1978	Meta nacional 1980
Argentina	>10	>10	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	21	14	10	-	-	-	14	6 ^h	6
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	7 ^a	-	-	-	-	-	2.4 ^a	-
Colombia	4	-	4	-	-	-	17	-	-
Costa Rica	18	-	10	-	-	i	-	32.5 ^h	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	23	18 ^b	15	-	-	-	-	-	-
El Salvador	18 ^c	-	-	-	-	-	-	-	-
EE.UU.A.	10 ^d	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	5 ^d	-	40	-	-	-	-	5.2 ^f	20
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	18	-	-	-	-	-	90	90 ^h	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	10 ^d	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	17 ^e	6 ^a	10	-	-	-	16 ^a	-	-
Paraguay	14 ^d	16 ^f	20	-	-	-	-	4.7 ^f	-
Peru	22	-	20	2170 ^g	-	1953	2.7	-	2.4
R. Dominicana	10	19	-	-	-	-	10	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	9	3	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	14 ^d	-	-	-	-	-	-	-	-

a/ Año 1975. b/ Año 1977. c/ Encuesta en escolares en el período 1950-1951.
d/ Dos casos de cretinismo en el período 1959 a 1979. e/ Año 1967. f/ Año 1976.
g/ Población escolar de Junín-Tambo. h/ Año 1974. i/ Eliminar el problema.

3. BOCIO ENDEMICICO

METAS REGIONALES: Reducción a una prevalencia inferior al 10%. Eliminación del cretinismo.

En el año 1971, 16 países informaron prevalencias de bocio situadas entre el 4% y el 22% con un valor mediano de 14%. Solamente ocho países proporcionaron información para años más recientes entre 1975 y 1979 y las cifras varían entre 7% y 19% sin ninguna indicación clara de que pueda haber existido una disminución para la Región en su conjunto. La mitad de estos países mostraban porcentajes de prevalencia del bocio de 10% o menos.

La información acerca de la prevalencia del cretinismo es prácticamente inexistente sólo un país informa la presencia de dos casos de cretinismo en el período de 20 años entre 1959 y 1979.

4. HIPOVITAMINOSIS A

META REGIONAL: Reducción de un 30% para la Región y entre 10% y 50% para los países.

En el año 1971 solamente ocho países dieron alguna indicación de la prevalencia de hipovitaminosis A al iniciarse la década con valores que van de 0.1% al 51% y una mediana del 22%, y únicamente dos países se plantearon metas de reducción del 25% y 75% respectivamente. No se ha obtenido información adecuada para años recientes de la década que permitan hacer una evaluación del estado en que se encuentra la hipovitaminosis A en la Región.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

C. NUTRICION

	5. Política nacional de alimentación y nutrición biológicamente orientada			6. Programas de alimentación suplementaria: cobertura de los grupos más vulnerables			7. Programas de yodación de la sal y aceite			8. Suplementación del azúcar con vitamina A		
	Existe	No existe	En estudio	Sf, suficientes	Sf, insuficientes	No existen	Sf, suficientes	Sf, insuficientes	No existen	Sf, suficientes	Sf, insuficientes	No existe
Argentina			X		X		X					X
Bahamas	X			X				X				X
Barbados	X					X		X				X
Bolivia									X			X
Brasil	X				X			X				X
Canadá												
Chile		X	X					X				X
Colombia	X				X			X				X
Costa Rica	X			X			X		X			X
Cuba	X			X					X	X		X
Ecuador			X		X			X				X
El Salvador		X		X			X					X
EE.UU.A.	X		X			X						X
Guatemala		X		X			X				X	
Guyana		X			X			X				X
Haití		X		X				X				X
Honduras		X		X			X				X	
Jamaica	X			X				X				X
México	X			X			X					X
Panamá		X		X			X					X
Paraguay			X	X			X					X
Perú	X			X			X					X
R. Dominicana		X		X			X					X
Suriname		X		X				X				X
Uruguay	X			X			X					X
Venezuela				X			X					X

5. POLITICA NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION BIOLOGICAMENTE ORIENTADA

META REGIONAL: Adopción por cada país de una política nacional de alimentación y nutrición biológicamente orientada y desarrollo, dentro de este marco, de programas intersectoriales coordinados.

En el año 1971 solamente seis países manifestaron que contaban con una política biológicamente orientada; en 13 países dicha política estaba en estudio y en otros tres no existía. En el año 1980 tal política existe en nueve de 23 países de la Región, mientras que otros 11 la tienen en estudio y en otros tres países no existe.

El progreso logrado en este aspecto no es muy alentador si se piensa que las proporciones presentes en 1980 son más o menos las mismas que en 1971. Todavía las políticas nacionales de alimentación y nutrición biológicamente orientadas siguen en consideración más que en implementación.

6. PROGRAMAS DE ALIMENTACION SUPLEMENTARIA

En el año 1971, para la evaluación inicial del Plan Decenal, 22 países indicaron que contaban con programas de suplementación alimentaria orientados a la cobertura de los grupos más vulnerables de su población, aunque solamente dos de estos países manifestaron que dichos programas eran suficientes, mientras que los 20 restantes los consideraban de cobertura insuficiente. En el año 1979, 21 de 23 países mencionaron que contaban con dichos programas para la cobertura de sus grupos más vulnerables; solamente cinco de ellos consideraron que la cobertura de estos programas eran suficiente y dos países los calificaron de insuficientes.

Evidentemente el problema de la insuficiencia de los programas de alimentación suplementaria en los países de la Región subsiste y no han resuelto la falta de cobertura de grupos vulnerables que requerirían de dicho suplemento alimentario.

7. PROGRAMA DE YODACION DE LA SAL Y DEL ACEITE

Estos programas existen en 16 países, la mitad de los cuales manifiesta que son insuficientes. En otros siete países estos programas no existen. Se ha incrementado durante la década el número de países con programas de yodación, sin embargo, casi un tercio de ellos considera que aún estos programas son insuficientes.

8. SUPLEMENTACION DE LA AZUCAR CON VITAMINA A

Solamente tres países tienen programas de suplementación de la azúcar con vitamina A, en dos de los cuales se manifiesta que tales programas son aún insuficientes.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

C. NUTRICION

	9. Unidades técnicas de nutrición					
	9.1 En el nivel central			9.2 En los niveles periféricos		
	Existen, se encuentran, existen pero deben ser fortalecidas	No existen	Existen en todos los niveles	Existen en algunos niveles	No existen	Deben ser ampliadas y fortalecidas
Argentina				x		
Bahamas	x					
Barbados		x			x	
Bolivia	x					x
Brasil						
Canadá	x					x
Chile						
Colombia	x					
Costa Rica	x		x			x
Cuba	-	-	-	-		
Ecuador						x
El Salvador	x			x		
EE.UU.A.	x			x		
Guatemala	x					
Guyana	x				x	
Haití	x					
Honduras	x			x		x
Jamaica	x					x
México	x			x		
Panamá	x			x		
Paraguay	x				x	
Perú	x					x
R. Dominicana	x					x
Suriname	x					x
Uruguay	x					x
Venezuela	x					x

9. UNIDADES TECNICAS DE NUTRICION

META REGIONAL: Organización de unidades a nivel central y en los niveles intermedios o regionales.

Solamente uno de los 22 países que respondieron esta sección de la evaluación mencionó que no existe una unidad técnica de nutrición a nivel central, pero en la mayoría de los casos se indica que esta unidad debe ser fortalecida. En dos países existen además unidades en todos los niveles del sistema de servicios de salud y en siete de ellos existen solamente en algunos niveles. En la mayoría de los casos se menciona que todas estas unidades necesitan ser ampliadas y fortalecidas.

D. OTRAS AREAS

1. Enfermedades crónicas	2. Cáncer																			
	¿Se ha fijado el país en esta área?		2.1 Programas de detección de cáncer uterino		Exámenes citológicos anuales, por 100 mujeres de más de 20 años (porcentaje)				2.2 Programas de detección de cáncer de mama			Exámenes realizados anualmente por 100 mujeres de más de 20 años o más (porcentaje)				2.3 Hospitales especializados en oncología, y hospitales generales de más de 200 camas que cuentan con registros de tumores (porcentaje)				
	Sí	No	Sí	No	En pro- yecto	1971	1974	1977	1980	Sí	No	En pro- yecto	1971	1974	1977	1980	1971	1974	1977	1980
Argentina	x				x															
Bahamas		x									x									
Barbados	x		x				3	3								100	100	100	100	
Bolivia																				
Brasil	x										x									
Canadá																				
Chile		x	x				11a	15a	20			x							4 ^b	9 ^b
Colombia	x																			
Costa Rica	x		x				10	9			x			0						
Cuba	x		x				15	15	15	18	x					100	100	100	100	
Ecuador	x		x							39c	x					80	80	100	100	
El Salvador	x		x				5d	7d	13d,e	15d										
EE.UU.A.	x		x								x									
Guatemala	x		x				3	4	4	5										
Guyana		x	x								x					0	0	0	0	
Haití		x	x								x									
Honduras	x		x								x								1	2
Jamaica		x	x																	
México	x		x				20	28	62		x		10	20	90		0	15	55	
Panamá		x	x								x									
Paraguay		x	x																	
Perú	x		x				0.4	1 ^a	15		x		0.4	1 ^a	13		10	10 ^a		
R. Dominicana		x	x				5	9	8	8						6	6	6	6	
Suriname		x	x						2											
Uruguay		x	x																	
Venezuela	x		x				10	10	10		x		0.1	0.2	1		0	0	0	

a/ Año 1976. b/ Hospitales. c/ Sólo en establecimientos del Ministerio de Salud Pública. d/ En mujeres de 15 a 45 años. e/ Año 1978.

1. ENFERMEDADES CRONICAS

METAS REGIONALES: Disminuir la incidencia de afecciones crónicas susceptibles de ser prevenidas. Estimular el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los padecimientos crónicos. Atender toda la demanda espontánea de servicios de este tipo de enfermedad, incluyendo en lo posible las áreas suburbanas y rurales. Realizar investigaciones epidemiológicas que permitan conocer mejor el problema con el fin de planificar adecuadamente los recursos para los programas de control.

En relación con las enfermedades crónicas en general se investigó únicamente si los países se habían fijado metas en esta área para el año 1980. En este sentido la situación en el año 1971 se vuelve a repetir al finalizar la década, es decir que casi la mitad de los países han demostrado interés en el desarrollo de programas para el control de enfermedades crónicas. Este interés es mucho mayor en aquellos países en que se está produciendo con cierta intensidad el fenómeno de envejecimiento de la población acompañado por un incremento de la urbanización.

2. CANCER

METAS REGIONALES: Disminuir las tasas de letalidad por cáncer del cuello y del cuerpo del útero, de la mama, la laringe, y otras localizaciones cuyo diagnóstico precoz y tratamiento oportuno hacen posible esa reducción. Realizar investigaciones epidemiológicas orientadas a la identificación de agentes causales de los diversos tipos de cáncer, y en especial a los factores ambientales, alimentarios y genéticos relacionados con el cáncer gastrointestinal.

La mitad de los países de la Región se han fijado metas en el campo del control del cáncer o por lo menos existen orientaciones para el trabajo en esta área. En especial los programas de detección de cáncer uterino y de mama son programas que se encuentran en actividad en la mayor parte de países. Así por ejemplo, existen programas de detección de cáncer uterino en todos, excepto dos países. La información respecto del número de exámenes realizados a las mujeres de 20 años o más que se tomó como indicador es muy variable de país a país; en general no existen muy buenos sistemas de información pero aquellos países que la brindaron muestran que la proporción de mujeres de más de 20 años de edad que fueron examinadas anualmente durante el año 1977 varía entre el 3% y el 28% con una mediana localizada alrededor de 13% de mujeres.

Solamente siete países (uno de cada tres) conducen programas de detección de cáncer de mama. De los 17 países restantes hay dos que tienen en proyecto iniciar estos programas. No existe información fidedigna acerca del número de exámenes realizados de mujeres de más de 20 años de edad; solamente cuatro países brindaron información para 1977 que sitúa a dicha proporción entre un 0.01% y un 20%.

El interés en el estudio del cáncer puede mostrarse por el número de hospitales generales de más de 200 camas y de hospitales especializados en oncología que cuentan con registro de tumores. Al iniciarse la década habían siete países que indicaron diversas proporciones de hospitales de dichas características con registro de tumores; tales proporciones estaban entre el 6% y 25% con una mediana de 20%. En el año 1977 hay tres países en que el 100% de los hospitales de esta naturaleza tienen dicho registro de tumores y otros cinco países que mencionan proporciones de 1% a 15%.

Se nota pues un mayor interés en los países por estas enfermedades tal como lo muestra también el incremento tanto de los exámenes realizados para detección de cáncer uterino como para la detección de cáncer de mama. Asimismo, el incremento del número de hospitales generales de más de 200 camas y de hospitales especializados que cuentan con registros de tumores, es un indicador del interés en la investigación epidemiológica, el control y tratamiento del cáncer.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

D. OTRAS AREAS

3. Enfermedades mentales										4. Alcoholicismo		5. Drogas que causan dependencia	
Existen metas en este campo?		3.1 Camas psiquiátricas por 1,000 habitantes				3.2 Porcentaje de camas psiquiátricas en hospitales generales				Existen metas en estas áreas?			
Sí	No	1971	1974	1977	1980	1971	1974	1977	1980	Sí	No	Sí	No
				0.8									
x		1	1	1	1	0	0	0	1		x		x
x		3	3	3	3	0	0	0	0	x			x
x		1	1	-	-	-	-	-	-	x			x
x		-	-	0.5	0.5	-	-	-	-		x	x	
x		0.3	0.3	0.3	1	-	0	0.1	1		x	x	
x		1	1	1	-	-	20	22	-	x		x	
x		1	1	1	1	2	2	2	2		x	x	x
x		0.2	0.3	0.2	0.2	4	4	5	5	x		x	
	x	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	-	-		x	x	x
x		2.3 ^a	2	1.6 ^b	-	5 ^a	6	9 ^b	-	x		x	
	x	-	0.2	0.3	0.1	-	-	-	-		x	x	x
	x	-	-	-	-	-	-	-	-		x	x	x
	x	-	0.03	0.03	-	-	3.9	3.9	-		x	x	x
	x	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	x		x	x
	x	-	-	-	-	-	-	-	-		x	x	x
	x	-	-	-	-	-	-	-	-		x	x	x
x		1	1	1	1	0.01	0.01	0.01	0.01		x	x	x
x		0.2	0.2	0.2	-	-	-	-	-		x	x	x
x		0.2	0.2	0.2	0.1	2	0	0	3		x	x	x
	x	-	-	0.1	-	-	-	-	-	x		x	
	x	1.5	1.4	1.4	1.3	0	0	0	0		x	x	x
	x	1.3	1.5	1.6	1.6	0	1	2	2	x		x	
x		0.5	0.5	0.5	0.7	0	0.3	0.4	-	x		x	

a/ Año 1972. b/ Año 1976.

3. ENFERMEDADES MENTALES

METAS REGIONALES: Mejorar la calidad de la prevención primaria y de la asistencia prestada en los servicios psiquiátricos y el acceso de esos servicios a la población, incorporando estas actividades en los servicios básicos de salud, con miras a alcanzar, por lo menos una cobertura del 60% de la población.

Hay en la actualidad 15 países (cinco de cada ocho) que tienen metas fijadas para acciones en el campo de las enfermedades mentales. Al iniciarse la década se estimaba que había en la Región 625,000 camas en hospitales psiquiátricos de las cuales 475,000 correspondían a la América del Norte. Las tasas de camas psiquiátricas por 1,000 habitantes en 1971 presentaba una variación muy grande que iba de 0.01 a 2.7 con una mediana cercana a 0.3 camas psiquiátricas por 1,000 habitantes. En el año 1977 de acuerdo con la información proporcionada por nueve países el número de camas psiquiátricas por 1,000 habitantes se sitúa entre un mínimo de 0.03 y un máximo de 3 con un valor mediano de 0.5. Las metas fijadas por los países para 1980 tienden a la disminución en tres países, a la conservación de las actuales tasas en nueve países y a un incremento en dos de ellos.

Hay también una tendencia al incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales. A principio de la década habían solamente tres países que contaban con un número apreciable de camas psiquiátricas en hospitales generales. Se observa que en la mayor parte de países se propone incrementar dicha proporción aunque no se cuenta con una información fidedigna al respecto. Tampoco se ha podido investigar acerca de los servicios ambulatorios en materia de enfermedades mentales, pero se sabía de 12 países que en 1971 contaban con dichos servicios psiquiátricos ambulatorios por lo menos en la capital del país y que tal número en la actualidad se ha incrementado aun cuando no se conoce con exactitud las cifras.

4. ALCOHOLISMO

METAS REGIONALES: Disminuir la tendencia al aumento del alcoholismo y la farmacodependencia, ofreciendo servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación que cubran a toda la población.

En el año 1974, 14 países decían haber fijado metas en esta área pero solamente cuatro de ellos poseían programas de control del alcoholismo con servicio de asistencia, prevención y rehabilitación. En el año 1979 sólo hay diez países que mencionan haber fijado metas para el control del alcoholismo; sin embargo se conoce de las acciones que se vienen realizando en materia de control y prevención del alcoholismo en un número creciente de países. En general, estos programas están siendo conducidos por entidades y asociaciones privadas que cuentan con el apoyo y la promoción de los sectores oficiales.

5. USO DE DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA

Cuanto menos en 18 países existen entidades oficiales que se ocupan del control de la farmacodependencia. Sin embargo, la prioridad que se le da al problema no se ve reflejada en el establecimiento de metas nacionales; en efecto, solamente diez países mencionaron haberse puesto metas para el año 1980 de acciones orientadas a disminuir la tendencia de la farmacodependencia y a ofrecer servicios de prevención con tratamiento y rehabilitación.

I. SERVICIOS A LAS PERSONAS

D. OTRAS AREAS

6. Salud dental													
¿Se ha fijado el país metas en este campo?		6.1 Programas de integración de salud dental con diferentes niveles de atención			6.2 Ampliación de cobertura y prioridad atención de niños			6.3 Fluoruración del agua en las ciudades de 50,000 y más habitantes					
Sí	No	Definidos	No definidos	Previsión	No prevista	Previsión	Número de ciudades de 50,000 y más habitantes			Número de ciudades con agua fluorurada			
							1971	1977	1980	1971	1977	1980	
	x		x			x					15	29	
Argentina									1		0	0	
Bahamas	x		x			x					0	0	
Barbados	x			x		x	1	1	1	0	0	0	
Bolivia													
Brasil	x		x			x	120	170	231	19	35	65	
Canadá													
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	x		x			x	29	-	31	4	14	16	
Costa Rica	x		x			x	-	5	5	-	5	5	
Cuba	x		x			x	-	-	-	0	1	5	
Ecuador	x		x			x	-	1	4	-	1	4	
El Salvador	x		x			x	3	4	5	-	-	-	
EE.UU.A.	x		x			x	388 ^a	388 ^a	388 ^a	231 ^a	251 ^a	264 ^a	
Guatemala	x		x			x	3	3	3	1	1	1	
Guyana		x		x		x	1	1	1	-	-	-	
Haití		x		x		x	0	0	0	0	0	0	
Honduras	x			x		x	2	2	3	0	1	1	
Jamaica	x			x		x	2	2	0	0	0	0	
México	x		x			x	3	3	11	3	3	11	
Panamá	x		x			x	3	3	3	3	3	3	
Paraguay	x			x		x	1	1	1	1	1	1	
Perú		x		x		x	13	19	19	0	0	1	
R. Dominicana	x		x			x	2	-	7	0	0	1	
Suriname	x			x		x	1	1	1	0	0	0	
Uruguay		x		x		x	0	0	0	0	0	0	
Venezuela	x		x			x	22	28	32	8	3	3	

a/ Las cifras incluyen 28 ciudades de 50,000 y más habitantes con fluoruración natural.

6. SALUD DENTAL

METAS REGIONALES: Disminuir la morbilidad dental especialmente de las caries; aumentar la cobertura de la atención dando prioridad a la atención de los niños; lograr la fluoruración en las ciudades de más de 50,000 habitantes e intensificar las actividades de educación dental.

Todos los países de la Región le dan importancia a la salud dental tal como lo refleja el hecho de que 19 de 23 países se han fijado metas en este campo.

En 17 de 22 países existe el programa de integración de salud dental en consonancia con los diferentes niveles de atención en la salud de los países aunque en cinco de ellos estos programas no se encuentran bien definidos. En los restantes cinco países se prevé que estos programas entrarán en breve en operación.

Se tiene prevista la ampliación de la cobertura con prioridad en la atención de los niños en todos los países.

En el año 1977 en 20 países de la América Latina y del Caribe que dieron datos para la presente evaluación había un total de 279 ciudades de 50,000 habitantes y más, de las cuales 68, o sea el 24% contaban con agua fluorurada. En general se nota una tendencia al incremento de las ciudades con agua fluorurada entre 1971 y 1977.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

1. POLITICA NACIONAL DE PRESERVACION Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE														
1.1 Definición de la política					1.2 Formalización de la política			1.3 Cobertura de la política						
Definida (año)	En Proceso de definición	No definida	Importante	Participación sector salud			Geográfica	Institucional		Programática				
				Escasa	Ninguna	Declarativa		Por ley	No formalizada	Todo el país	Parte del país	Mixta	No definida	Todas las áreas	Algunas áreas	No definidas
Argentina	X		X		X	X	X		X		X	X		
Bahamas			X		X		X		X				X	X
Barbados	X		X				X	X		X			X	X
Bolivia														
Brasil				X		X			X				X	
Canadá														
Chile	X			X			X	X		X			X	
Colombia			X		X	X	X		X				X	
Costa Rica		X		X		X	X							
Cuba			X			X	X		X			X		
Ecuador			X			X	X		X			X		
El Salvador			X			X	X					X		
EE.UU.A.			X			X	X					X		
Guatemala			X			X	X					X		
Guyana	X		X			X	X		X		X		X	X
Haití	X		X			X	X		X		X		X	X
Honduras			X			X	X					X		
Jamaica						X	X					X		
México		X				X	X		X			X		
Panamá			X			X	X			X		X		
Paraguay				X		X	X			X		X		
Perú	X		X			X	X			X		X		
R. Dominicana	X		X			X	X						X	
Suriname	X		X			X	X		X				X	
Uruguay		X				X	X		X		X			X
Venezuela			X			X	X		X		X			

1. POLITICA NACIONAL DE PRESERVACION Y DESARROLLO DEL MEDIO AMBIENTE

El Plan Decenal de Salud para las Américas otorgó una particular atención al área programática del saneamiento ambiental, traduciendo de esta manera el reconocimiento por parte de los Gobiernos Miembros de la trascendencia que para la salud tienen las acciones de preservación, desarrollo y mejoramiento del medio ambiente como factor condicionante y determinante de la salud dentro del complejo ecológico en el que ésta se desenvuelve. Se consideró esencial la existencia de una política nacional para orientar las acciones y guiar las decisiones relacionadas con el ambiente y que no solamente cubra los aspectos que tradicionalmente se han concebido como actividades propias del Sector Salud sino que incorpore además áreas de contenido intersectorial cuyos objetivos y metas constituyen proposiciones de acción coordinada entre los diversos sectores de la actividad nacional.

De los 23 países que participaron en la evaluación, 12 cuentan con una política definida para la preservación y desarrollo del medio ambiente y 7 se encuentran en proceso de definirla. Solamente en 3 países no se dispone de tal política ni se menciona que se esté en proceso de definirla. Puede advertirse que en la evaluación efectuada en 1975, varios de los países que en la actualidad mencionan estar en proceso de definición de su política, ya la habían definido entonces, pero se encuentran ahora en proceso de revisión y redefinición, motivados por los preparativos del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua y Saneamiento y por otras acciones que se efectúan en el ámbito internacional relacionadas con el ambiente.

De los 19 países en los que la política ha sido definida o se encuentra en proceso de definición, en 15 se ha contado con una importante participación del Sector Salud en tal definición o proceso. Solamente en un país, el Sector Salud estuvo al margen y en los otros 4 su participación fue escasa.

Ocho de los 12 países que tienen su política definida la han formalizado mediante un instrumento legal de alguna naturaleza, mientras que los 5 restantes han adoptado una formalización de índole solamente declarativa, contenida en enunciados oficiales.

La cobertura geográfica de las políticas existentes o en proceso de definición es total en el sentido de que cubre a todo el país en casi todos los casos. Solamente en un país la política cubre una parte del país, en otro la cobertura es mixta, vale decir que en ciertas áreas de acción del saneamiento cubre a todo el país y en otras áreas sólo parte del país. Sólo un país no ha definido la cobertura geográfica.

De los 19 países con políticas definidas o en proceso de definición hay 8 en los cuales dicha política cubre acciones a ser desarrolladas por todas las instituciones que tienen ingerencia en la salud ambiental. En el resto la cobertura institucional es solamente parcial, aunque puede presumirse que las instituciones participantes son las de mayor gravitación nacional.

Hay 8 países en los que la política comprende todas las áreas programáticas que se conciben como pertinentes al área de la salud ambiental. En los países restantes dicha cobertura es solamente parcial.

EN RESUMEN: Los países de la Región, en su mayor parte, han dado una importancia creciente a la definición de políticas de preservación y mejoramiento del medio ambiente y casi todos han hecho o están haciendo esfuerzos por llegar a definiciones de políticas encuadradas dentro de las políticas generales de desarrollo de los países.

II. SANEAMIENTO DEL MEDIO

	2. PLAN NACIONAL DE PRESERVACION Y DESARROLLO DEL MEDIO AMBIENTE																							
	2.1 Formulación de las estrategias										2.2 Areas de cobertura de las estrategias										2.3 Programación de las estrategias		2.4 Coordinación intersectorial	
	Formuladas										Asignación de funciones a sectores e instituciones										Mecanismos formales de coordinación			
	En proceso de formulación	No formuladas	Abastecimiento de agua	Alcantarillado y disposición de excretas	Recolección y disposición de desechos sólidos	Contaminación del agua	Contaminación del aire	Contaminación del suelo	Salud ocupacional	Seguridad y salud pública	Control de plaguicidas	Control calidad alimentos	Control drogas y medicamentos	Control de accidentes	Otras áreas	Programadas	Parcialmente o en proceso	No programadas	Si	Parcial	No	Si	No	
Argentina	X														X	X							X	
Bahamas	X			X											X	X							X	X
Barbados	X		X		X										X	X							X	X
Bolivia																								
Brasil	X				X									X	X								X	X
Canadá																								
Chile	X															X							X	X
Colombia	X		X		X				X	X				X	X	X						X	X	X
Costa Rica	X				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X						X	X	X
Cuba	X				X	X	X	X	X					X	X							X	X	X
Ecuador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
El Salvador	X		X	X	X	X	X	X	X					X	X	X						X	X	X
EE.UU.A.	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X						X	X	X
Guatemala	X		X	X	X										X							X	X	X
Guyana		X														X						X	X	
Haití	X		X	X											X							X	X	
Honduras	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X	X	X
Jamaica																								
México	X					X								X	X							X	X	X
Panamá	X		X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X						X	X	X
Paraguay		X	X	X	X	X	X	X	X					X	X							X	X	X
Perú	X				X	X	X	X	X						X							X	X	X
R. Dominicana		X														X						X	X	
Suriname	X														X							X	X	
Uruguay		X													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Venezuela	X	X													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2. PLAN NACIONAL DE PRESERVACION Y DESARROLLO DEL MEDIO AMBIENTE

El interés demostrado por los Gobiernos en el campo de la salud ambiental se puede apreciar en el hecho de que más de 8 de cada 10 países han formulado o se encuentran en proceso de formulación de sus estrategias dentro del contexto de sus planes nacionales para la preservación y desarrollo del medio ambiente. Las áreas de acción a que se refieren tales estrategias incluyen la provisión de agua potable, los servicios de alcantarillado y disposición de excretas, la recolección y disposición de desechos sólidos y el control de la calidad de los alimentos como áreas tradicionales. Ha cobrado mayor interés la contaminación del aire, agua y suelo, la higiene del trabajo y el control del empleo de plaguicidas.

Con excepción de un país, todos aquellos que han formulado sus estrategias las han traducido ya en términos de programas ya sea en forma total o parcial, lo que indica una clara intención de ponerlas en ejecución.

Solamente 4 países prefieren no contar con mecanismos formales de coordinación intersectorial para el desarrollo de las actividades de salud ambiental, lo cual revela un avance importante en relación a la situación prevaleciente al iniciarse la década 1971-80. Por otro lado, también se ha logrado que un mayor número de países haga más explícita la asignación de funciones y responsabilidades de competencia de cada una de las instituciones y de los sectores en dicho campo.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO																	
3.1 Diagnóstico del subsistema							3.2 Definición de la jurisdicción sectorial o in institucional										
Estudio del marco jurídico y administrativo			Estudios de preinversión y de financiamiento				En la provisión de agua potable				En servicios de alcantarillado		En disposición de excretas				
							Localidades urbanas		Localidades rurales		Localidades urbanas		Localidades rurales				
Se efectuó	No se efectuó	En preparación	Se efectuaron	No se han efectuado	En proyecto	Definida	Parcialmente definida	No definida	Definida	Parcialmente definida	No definida	Definida	Parcialmente definida	No definida	Definida	Parcialmente definida	No definida

Argentina		X			X	X			X			X					X
Bahamas	X		X			X			X			X					
Barbados	X		X			X			X			X			X		
Bolivia																	
Brasil			X			X			X			X					X
Canadá																	
Chile	X		X			X			X	X		X					X
Colombia	X		X				X		X			X				X	
Costa Rica		X			X	X			X			X			X		
Cuba	X					X			X			X			X		
Ecuador	X				X	X			X			X			X		
El Salvador	X		X			X			X			X			X		
EE.UU.A.	X		X			X			X			X			X		
Guatemala	X		X			X			X			X			X		
Guyana	X		X			X			X			X				X	
Haiti	X		X			X			X			X	X		X		
Honduras	X		X			X			X			X			X		
Jamaica																	
México	X		X			X			X			X			X		
Panamá		X	X			X			X			X			X		
Paraguay		X	X			X			X			X			X		
Perú	X		X			X			X			X			X		
R. Dominicana	X		X			X			X			X			X		
Suriname	X		X			X						X				X	
Uruguay						X			X			X					X
Venezuela	X		X			X			X			X			X		

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO

3.1 DIAGNOSTICO DEL SUBSISTEMA

Solamente uno de los 22 países que respondieron a esta sección de la evaluación menciona no haber efectuado el estudio del marco jurídico-administrativo en el que se encuadran las acciones de abastecimiento de agua, alcantarillado y disposición de excretas. Por otro lado, aparte de 3 países que lo tienen en proyecto, los 19 restantes han efectuado estudios de preinversión y de financiamiento de las obras necesarias para dotar a las poblaciones de servicios de agua. En especial, dichos estudios se están afinando para la producción de planes específicos de acción para la Década del Agua.

También se ha efectuado los mismos estudios para la construcción y ampliación de los servicios de alcantarillado urbano, y aunque en términos menos explícitos también se realizan estimaciones para los servicios de disposición de excretas en las áreas rurales, especialmente dentro de las proposiciones de estrategias para la extensión de la cobertura con atención primaria a dichas áreas.

EN RESUMEN: La mayoría de los países de la Región tienen un diagnóstico de la situación en que se encuentran los sistemas de provisión de agua, alcantarillado y disposición de excretas. Asimismo, disponen de estimaciones acerca de las necesidades y requerimientos financieros y de otra índole para la extensión de los servicios. En este sentido, se ha logrado un avance importante durante la década y se ha cumplido así con una recomendación del Plan Decenal de Salud para las Américas.

3.2 DEFINICION DE LA JURISDICCION SECTORIAL O INSTITUCIONAL

Salvo un país, en que la definición es parcial, en los 21 países restantes la jurisdicción sectorial e institucional para la provisión de agua potable a las localidades urbanas se encuentra bien definida y se halla generalmente en manos de los municipios de las ciudades, de empresas públicas, etc. Usualmente el Sector Salud tiene la función de controlar la calidad del agua. Existe un mayor grado de indefinición en lo que concierne a la responsabilidad sectorial e institucional en la provisión de agua a las localidades rurales, la que generalmente recae sobre el Sector Salud.

Los servicios de alcantarillado urbano se encuadran en un marco de jurisdicción sectorial e institucional bien definido en la mayor parte de los países (solamente 5 países mencionan que tal definición es parcial o no existe). La responsabilidad sobre la instalación y mantenimiento de los sistemas de alcantarillado generalmente recae sobre las municipalidades, pero subsisten los problemas jurisdiccionales con respecto al tratamiento y disposición final de las aguas servidas y desechos industriales.

La disposición de excretas en las áreas rurales continúa siendo considerada como una actividad de ingerencia del Sector Salud a través de sus diversas instituciones o en coordinación con las agencias de otros sectores que intervienen en los programas de desarrollo rural.

EN RESUMEN: Se ha progresado durante la década en la definición más adecuada de la jurisdicción que los diferentes sectores e instituciones tienen sobre los sistemas de provisión de agua y alcantarillado. Subsisten aún ciertas áreas de indefinición de la responsabilidad sobre algunos componentes de los sistemas de agua y alcantarillado que se hallan en vías de resolución.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO
3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y
ALCANTARILLADO

3.3 Agua potable							
Población urbana provista de agua con conexiones domiciliarias (%)				Población rural provista de agua potable (%)			
Situación observada			Meta nacional 1980	Situación observada			Meta nacional 1980
1971	1974	1978		1971	1974	1978	

Argentina	64	65	64	80	12	13	14	80
Bahamas			95 ^a	95				
Barbados		98	97	100		36	65	70
Bolivia								
Brasil	61	65	67	80	40	42	45	
Canadá								
Chile	62	78	88	100	15	29	41	45
Colombia	76	...	75	80	20	...	31	70
Costa Rica	95	95	98	98	55	58	61	66
Cuba	85	90	93	95				
Ecuador	60	65	70 ^a	80	4	7	15	24
El Salvador	48	49	61	63	12	20	30	31
EE.UU.A.	100 ^b			100 ^b	92 ^b			
Guatemala	40	41	41	50	13	14	14	33
Guyana	85 ^b		92 ^a	95 ^b	70 ^b		60 ^a	90 ^b
Haití			9 ^c				1 ^c	
Honduras	61 ^b	61	52	65	11 ^b	7	13	34
Jamaica	93 ^b				48 ^b			87 ^b
México	64 ^b			72 ^b	19 ^b			30 ^b
Panamá	90	93	95	96	49	53	64	60
Paraguay	18 ^b	21	31	73 ^b	3 ^b	6	6	37 ^b
Perú	65	67	69	68	10	11	12	16
R. Dominicana	a	38 ^a	56 ^a	80	7 ^d	10 ^d	19 ^d	10
Suriname	65	74	80	80	31	35	66	80
Uruguay								
Venezuela	64 ^b			80 ^b	44	49	59	64

a/ Año 1979. b/ Información obtenida de la evaluación efectuada en 1974. c/ Mayo de 1980. d/ Hay un alto porcentaje de población con servicio individual.

3.3 AGUA POTABLE

METAS REGIONALES: Proveer de agua con conexiones domiciliarias al 80% de la población urbana o, como mínimo, abastecer a la mitad de la población sin servicio.
Proveer de agua al 50% de la población rural o, como mínimo, abastecer a un 30% de la población sin servicio.

3.3.1 Agua Potable Urbana

De acuerdo con la información obtenida de 23 países de la Región, al inicio de la década, en 1971, 2 de cada 3 países mostraban cifras inferiores al 80% de su población urbana provista de agua por conexiones domiciliarias. Las metas nacionales que se fijaron estos mismos países para 1980 fueron alcanzadas sólo en muy contados casos. Una estimación burda, hecha con la información suministrada por 15 países de la América Latina para 1978 revelaría que esta Subregión ha arribado al año 1980 con una cifra cercana al 70% de su población urbana, estimada en 233 millones de habitantes, servida mediante conexiones domiciliarias. El esfuerzo realizado por los países, aún para mantener las proporciones observadas al iniciarse la década, es importante si se tiene presente que durante tal período se agregaron 74 millones de habitantes a la población urbana de América Latina y el Caribe (el 46%) y más de 100 millones (el 30%) a la población de la Región en su conjunto.

EN RESUMEN: No fue posible alcanzar la meta de proveer de agua potable con conexiones domiciliarias al 80% de la población de la América Latina y el Caribe, porque además de la demanda natural impuesta por el crecimiento de la población urbana durante la década, se presentaron restricciones financieras, institucionales y de otros recursos, incluyendo en ciertos casos la falta de capacidad de inversión de algunos países.

3.3.2 Agua Potable Rural

Al implantarse el Plan Decenal de Salud para las Américas se estimó que en 1971 el 24% de la población rural de la América Latina y el Caribe estaba siendo atendida con servicio de abastecimiento de agua, con proporciones que se situaban entre un mínimo del 3% y un máximo de 92%, con una mediana de 19%. Las metas que se fijaron 19 países para 1980 se extendían desde un mínimo de 16% hasta más del 90%, con una mediana del 60%. A juzgar por la información que se ha obtenido, solamente 7 países de la América Latina y el Caribe, de los 19 que brindaron datos para esta evaluación, podían haber logrado sus propias metas nacionales en 1980; en ellos reside solamente el 15% de la población rural de la Subregión, y en conjunto han alcanzado una cobertura del 35% de su población rural con servicio de agua. Si las metas nacionales se hubieran logrado en todos los países de la América Latina y el Caribe, esta Subregión hubiera alcanzado sólo una cobertura de 44% de su población rural; pero las metas fueron muy optimistas en varios países y el logro real estimado es probablemente inferior al 40%.

EN RESUMEN: La América Latina y el Caribe habrían llegado sólo a cubrir menos del 40% de su población rural, quedando aún 79 millones de habitantes rurales que no disponen de servicio adecuado de agua. Ellos distan mucho de haber alcanzado la meta regional establecida en el Plan Decenal. Los países no brindaron información fidedigna para evaluar el cumplimiento de la meta mínima de abastecer a un 30% de la población rural sin servicio.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO

3.4 Alcantarillado y disposición de excretas								
Población urbana con servicio de alcantarillado (Porcentaje)				Población rural con servicio de eliminación de excretas (Porcentaje)				
Situación observada			Meta nacional para 1980	Situación observada			Meta nacional para 1980	
1971	1974	1978		1971	1974	1978		
Argentina	33	34	34	70	79	70	70	50
Bahamas			15a,b					
Barbados								
Bolivia								
Brasil	33	34	36	50	60	63	65	
Canadá								
Chile	36	47	61	70	12	9	8	
Colombia	64	...	65 ^c	70	9	...	9 ^c	55
Costa Rica	35	44	43	50	40	86	86	100 ^d
Cuba	50	53	55	57	f	f	f	f
Ecuador	45	52	69 ^a	70	3	7	11 ^a	18
El Salvador	38	38	48	51	12	15	26	30
EE.UU.A.	98				82 ^d			
Guatemala	40	40		50	13	14	17	33
Guyana	13 ^d		42 ^a	23 ^d	0 ^d			
Haití							0.18	
Honduras	51 ^d	43	43	43	9d	11	18	42
Jamaica	28 ^d				81 ^d			
México	36 ^d			40 ^d	9d			60 ^d
Panamá	93	97	98	75	69	71	80	75
Paraguay	15 ^d	11	25 ^a		23	55	60 ^a	57 ^d
Perú	59	60	57	59	0	1	1	2
R. Dominicana	17	41	59	60	15			30 ^d
Suriname	71	63	65	35	4			8
Uruguay			48 ^e				78 ^e	
Venezuela	39 ^d			75 ^d	45	51	58	59

a/ Año 1979. b/ Población conectada al servicio de alcantarillado. El servicio de eliminación de excretas está disponible para toda la población urbana además de contar con un número de plantas privadas de tratamiento. c/ Año 1976. d/ Dato obtenido de la evaluación del Plan Decenal efectuada en 1974. e/ Año 1975. f/ La población (200,000 habitantes) rural está dispersa, no en localidades y tiene sistema de abasto de agua y de eliminación de excretas individuales. g/ Año 1980 (mayo).

3.4 ALCANTARILLADO Y DISPOSICION DE EXCRETAS

METAS REGIONALES: Instalar alcantarillado para servir al 70% de la población urbana o, como mínimo, reducir en un 30% la proporción de la población sin dicho servicio. Instalar sistemas de alcantarillado y otros medios sanitarios de eliminación de excretas para el 50% de la población rural o, como mínimo, reducir en un 30% el número de habitantes que no cuentan con un dispositivo adecuado.

3.4.1 Alcantarillado Urbano

En el año 1971 se estimó que los servicios de alcantarillado beneficiaron al 38% de la población urbana de la América Latina y el Caribe y el Plan Decenal de Salud se propuso la meta de llegar a una cobertura del 70% de esta población en el año 1980. Varios países adoptaron la misma meta del Plan Decenal, pero la mayor parte de ellos, más cauteosamente adoptaron metas inferiores atendiendo a criterio de factibilidad individual. A juzgar por los datos brindados por los 15 países de la América Latina que cuentan con estimaciones para el año 1978, se puede afirmar que la población urbana con servicio de alcantarillado en esta subregión no alcanzaría en 1980 al 50%, con valores situados entre el 25% y el 98% y una mediana de 48%.

EN RESUMEN: Se produjo un avance meritorio en los países de la América Latina y el Caribe. Algunos de ellos alcanzaron sus propias metas nacionales, las cuales en su mayor parte fueron inferiores al 70% fijado como meta regional; como consecuencia esta Subregión está lejos de haber alcanzado la meta regional en su conjunto. Solamente mediante un promedio ponderado con la América del Norte podría haberse llegado a cerca de tal meta en la Región tomada en su totalidad. El cumplimiento de la meta mínima de reducir en un 30% la proporción de población urbana sin servicio no pudo ser evaluada porque los países no proveyeron de información adecuada para este fin.

3.4.2 Areas Rurales: Servicio de Eliminación de Excretas

En el año 1971 había 4 países de la América Latina y el Caribe que mostraban una proporción superior a la meta regional de 50% de la población rural con servicio de disposición de excretas, y únicamente 6 se habían propuesto para 1980 metas que superaban la del Plan Decenal para la Región. Al finalizar la década la situación ha mejorado algo pero sigue muy insatisfactoria. Solamente 7 países de la América Latina han superado la meta Regional, pero 4 de éstos ya la habían superado al inicio de la década y los otros 2 estaban cercanos a ella. En el resto de países, son pocos los que han logrado superar sus propias metas nacionales, inferiores al 50%. Como se advirtió en la primera evaluación del Plan Decenal, las metas nacionales eran de tal magnitud que aún si ellas hubieran podido cumplirse, la meta regional no se hubiera alcanzado en varios países de la Subregión. En efecto, las cifras indican que de 14 países de la América Latina y el Caribe que informaron acerca de la situación en el último año disponible, solamente 7 han sobrepasado una cobertura de más del 50% de su población rural con servicio de disposición de excretas.

EN RESUMEN: La proporción de población rural de la América Latina y el Caribe con servicio de disposición de excretas no llega al 40%. Los países de esta Subregión en su conjunto no han logrado superar esta meta y algunos de ellos se encuentran todavía muy lejos de alcanzarla. No se ha podido evaluar el cumplimiento de la meta mínima de reducir en un 30% la población rural sin servicio por falta de información adecuada.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO
3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y
ALCANTARILLADO

	3.5 Programación de las inversiones						3.6 Programas de mejoramiento y desarrollo administrativo institucional en operación					3.7 Inclusión en los planes globales y regionales de desarrollo					
	Para 1980		Elaboración de proyectos									Globales		Regionales			
	Programas Parcialmente	No Programados en Programación	Si	Algunos	No	En Proceso	A nivel nacional	A nivel regional	A nivel Instituc.	A nivel local	No existen	Si	No	Parcialmente	Si	No	Parcialmente
Argentina	X			X			X							X			X
Bahamas			X			X	X			X							
Barbados	X			X			X							X			
Bolivia																	
Brasil	X			X					X	X				X			
Canadá																	
Chile	X			X			X			X				X			
Colombia	X			X			X	X	X	X				X			X
Costa Rica	X			X				X			X				X		
Cuba	X			X			X		X	X	X			X			
Ecuador	X			X			X		X					X			X
El Salvador	X			X			X			X				X			
EE.UU.A.	X			X			X	X	X	X	X			X			X
Guatemala		X		X				X		X				X			
Guyana	X			X				X		X				X			
Haití	X			X				X		X				X			
Honduras	X			X			X			X				X			
Jamaica																	
México	X			X			X	X	X	X	X			X			
Panamá			X	X			X			X				X			
Paraguay	X			X					X					X			X
Perú	X			X			X			X				X			
R. Dominicana	X			X			X	X	X	X	X			X			
Suriname	X			X			X			X				X			
Uruguay									X								
Venezuela	X			X			X	X	X		X			X			

3.5 PROGRAMACION DE LAS INVERSIONES

Al finalizar la década 19 países (de los 21 participantes) había realizado una programación de las inversiones nacionales en agua y alcantarillado, aunque de manera parcial en 2 de ellos. Los 2 países restantes estaban en proceso de programación. Se puede notar también que la mayoría de los países han elaborado sus proyectos de inversión, lo cual permite concluir que los Gobiernos están cumpliendo con las recomendaciones del Plan Decenal en el sentido de programar sus inversiones y contar con proyectos elaborados para la efectivización de dichas inversiones en el área del abastecimiento de agua y el saneamiento.

3.6 MEJORAMIENTO Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL

Los países están cumpliendo con recomendaciones del Plan Decenal en el sentido de buscar una mayor eficiencia en la prestación de sus servicios de agua y alcantarillado a través de la introducción de mecanismos administrativos y gerenciales en todos los niveles y especialmente en el de las instituciones y empresas de provisión de agua a las ciudades mayores.

3.7 INCLUSION EN LOS PLANES DE DESARROLLO

Con una excepción, todos los países de la Región tienen sus planes de desarrollo y mejoramiento de sus servicios de agua y alcantarillado incorporados, total o parcialmente, dentro de los planes nacionales de desarrollo global y regional, cumpliendo así con las recomendaciones que en este sentido contiene el Plan Decenal de Salud para las Américas.

4. RECOLECCION Y DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS																
4.1 Diagnóstico del subsistema					4.2 Metas adoptadas por el país					4.3 Inclusión de metas y planes						
Estudio del marco jurídico y administrativo			Estudios de preinversión y de financiamiento		Número de ciudades de 20,000 o más habitantes			Ciudades con sistemas adecuados		En los planes globales		En los planes regionales				
Se efectuó	No se efectuó	En preparación	Se efectuaron	No se efectuaron	En 1971	En 1977	En 1980	En 1971	En 1977	En 1980	SI	No	Parcialmente	SI	No	Parcialmente

Argentina	X				X	110 ^a	123	100 ^b		25			X			X
Bahamas		X			X	2	2	2	2	2	X			X		
Barbados	X		X			1	1	1	0	1	1	X			X	
Bolivia																
Brasil	X ^a												X			X
Canadá																
Chile	X			X	43	48	52	1	3	4		X		X		
Colombia	X		X		60	85	90	0	0	5			X		X	
Costa Rica	X		X		6	6	...	0	1	0		X			X	
Cuba	X		X		37	42	50	15	26	38	X			X		
Ecuador		X	X		19	23	23	0	0	2		X			X	
El Salvador		X	X		10	16	18	1	1	2			X			X
EE.UU.A.	X		X					6	6	6	X			X		
Guatemala		X		X	5	7	13	1	1	6			X			X
Guyana																
Haití	X			X	4		6 ^d									
Honduras		X		X	...	12	12	-	2	2	X			X		
Jamaica																
México	X		X		...	183	-	-	-	-	X			X		
Panamá		X		X	7	7	7	2	2	4	X			X		
Paraguay		X		X	5	5	6	-	1	5		X			X	
Perú	X			X	43	43	43	-	-	-		X				X
R. Dominicana	X		X		16	17	18	3	13	15	X			X		
Suriname	X		X		1	1	1	1	1	1		X			X	
Uruguay			X				20			20						
Venezuela	X		X	X	-	-	-	-	4	8			X			X

a/ De la primera evaluación. b/ Año 1970. c/ Todas las ciudades. d/ Año 1978.

4. RECOLECCION Y DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS

META REGIONAL:

Establecer sistemas adecuados para la recolección, transporte, procesamiento y disposición de desechos sólidos en por lo menos el 70% de las ciudades de 20,000 o más habitantes.

4.1. DIAGNOSTICO DEL SUBSISTEMA

El interés en el área de la recolección y disposición de desechos sólidos se ha multiplicado durante la década. En 14 de 21 países se cuenta con un estudio del marco jurídico-administrativo del subsistema y en los otros siete tal estudio se encuentra en preparación. Asimismo, solamente en 2 países se manifiesta no contar con estudios de pre-inversión y de financiamiento de los servicios de recolección y disposición de desechos sólidos. Diez países indican que tales estudios se han efectuado y en otros 8 se encuentran en realización. Ello permitiría hacer proposiciones concretas para el financiamiento de los servicios aún deficientes de las ciudades.

4.2 LAS METAS ADOPTADAS POR LOS PAISES

La Meta Regional del Plan Decenal se encuentra muy lejos de haber sido lograda durante el decenio. En el año 1971 se estima que habían alrededor de 1,000 ciudades de 20,000 habitantes y más en la América Latina y el Caribe. Por la información que se obtuvo de 17 países de esta Subregión en la primera evaluación efectuada, el 25% de estas ciudades estaban siendo servidas con sistemas adecuados de recolección de desechos sólidos. En años recientes, dicha proporción se ha reducido al 10% (en 16 países que proveyeron información) y el número de ciudades de 20,000 habitantes o más podría hallarse posiblemente por encima de 1,500.

4.3. INCLUSION DE METAS Y PLANES EN LOS PLANES DE DESARROLLO

El problema ha concitado el interés de los planificadores del desarrollo y hay un número mayor de países que ha incorporado las metas de recolección y disposición de los desechos sólidos dentro de sus planes de desarrollo global y regional del Gobierno, que el número que existía en 1971.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

	3. CONTAMINACION DEL AGUA, AIRE, SUELO Y CONTROL DEL RUIDO																			
	5.1 Programas de control de la contaminación del agua (en operación o proyecto)										5.2 Programas de control de la contaminación del aire					5.3 Programas de control de la contaminación del suelo			5.4 Guías técnicas y reglamentos para el control del ruido	
	En cuencas hidrográficas	En aguas costeras	En otros cuerpos de agua	No existen	Existen	No existen	Sólo proyectos	Número de ciudades con estaciones de muestreo	Número de estaciones de muestreo					Existen	No existen	Sólo proyectos	Si, adecuados	Si, incompletos	En desarrollo	No existen
									TOTAL	De la Red Panamericana										
1974	1977	1980	1971	1974	1977	1980	1971	1974	1977	1980	Existen	No existen	Sólo proyectos	Si, adecuados	Si, incompletos	En desarrollo	No existen			
Argentina	X			X		5	5	5	8	13	23	21	44	12	7	5	18		X	
Bahamas	X	X				-	-	-	1	-	-	-	11	-	-	-	-			
Barbados	X	X	X			X	-	1	1	1	-	1	1	1	-	1	1	1	X	X
Bolivia																				
Brasil	X	X	X	X		-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Canadá																				
Chile	X			X		1	1	1	1	2	2	16	16	2	2	2	2		X	X
Colombia	X	X		X		4	6	6	9	14	19	19	25	14	19	-	25	X		X
Costa Rica			X	X		-	-	1	5	-	-	2	7	-	-	2	-	X	X	X
Cuba	X	X	X	X		1	5	7	8	2	12	13	18	2	12	13	18	X		X
Ecuador	X	X		X		-	-	3	3	-	-	6	8	-	-	6	8	X		X
El Salvador	X		X	X		1	1	1	2	3	3	2	5	3	3	2	5	X		X
EE.UU.A.	X	X	X	X		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Guatemala	X		X	X		-	1	1	1	-	1	1	3	-	1	1	3	X		X
Guyana			X	X		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X		X
Haití	X					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Honduras	X				X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Jamaica						-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
México	X	X	X			-	1	5	16	-	13	57	97	-	-	-	10	X		X
Panamá	X	X		X		-	-	1	2	-	-	2	4	-	-	-	-	X	X	
Paraguay	X		X		X	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	2 ^a	X	X	X
Perú	X	X			X	1	1	1	1	3	3	3	5	2	2	3	6	X		X
R. Dominicana			X	X		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Suriname			X	X		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X		X
Uruguay			X	X		1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	4	X		X
Venezuela	X	X	X	X		1	1	-	-	4	4	-	4	4	-	-	X	X	X	X

a/ Si son aceptadas por la Red Panamericana de Muestreo Normalizado de Contaminación del Aire.

5. CONTAMINACION DEL AGUA, AIRE Y SUELO Y CONTROL DEL RUIDO

METAS REGIONALES: Establecer políticas y ejecutar programas para el control de la contaminación del agua, el aire y el suelo y el control del ruido, compatibles con el saneamiento ambiental básico y con el desarrollo industrial y la urbanización.

5.1. CONTAMINACION DEL AGUA

Los países de la Región mostraron un mayor interés en el desarrollo de programas para controlar la contaminación del agua. De los 22 países que respondieron la Evaluación del Plan Decenal de Salud, 17 mencionaron la existencia de programas en proyecto o en operación para el control de la contaminación en cuencas hidrográficas, 11 en aguas costeras y 9 en otros cuerpos de agua. Estos programas, sin embargo, todavía no han alcanzado el nivel de desarrollo necesario para acompañar los niveles de urbanización y desarrollo industrial. La falta de tratamiento de las servidas, domésticas e industriales es un factor importante que tendrá que ser abordado con urgencia.

EN RESUMEN: Parece haberse despertado un mayor interés en estos aspectos en los países, pero se requiere de una mayor acción efectiva.

5.2. CONTAMINACION DEL AIRE

El interés en este problema ha aumentado durante la década. De los 22 países, 13 mencionan la existencia de programas de control en operación. Sin embargo, estos programas de control tienen todavía un alcance limitado y con raras excepciones son solamente programas de monitoreo. Había 34 ciudades de la América Latina y el Caribe que en 1977 contaban con 144 estaciones de muestreo, de las cuales 36 formaban parte de la Red Panamericana.

EN RESUMEN: En esta área de la salud ambiental se pueden apreciar avances importantes, aunque se requiere todavía de una mayor atención al problema y de disposiciones legales de instituciones, estructuras y recursos que permitan llevar a cabo un mejor control.

5.3. CONTAMINACION DEL SUELO

El número de países que están prestando mayor atención a la contaminación del suelo es actualmente mayor que el que existió a inicios de la década. Son 10 de los 22 países de la América Latina y el Caribe que participaron en la evaluación que mencionan la existencia de programas de control de contaminación del suelo. En otros 5 países se menciona la existencia de sólo programas insuficientes y en el resto de países no se ha iniciado acción alguna. En esta área también se puede notar un mayor interés en los países de la Región, sobre todo con respecto al uso indiscriminado de plaguicidas y con el incremento de los residuos industriales.

EN RESUMEN: En esta área se nota mayor interés en los países y se están haciendo algunos estudios para tener un diagnóstico más completo de la situación.

5.4. CONTROL DEL RUIDO

En la primera Evaluación del Plan Decenal se notó la baja prioridad asignada por los países a los programas de control del ruido dentro de los problemas del medio ambiente. En la actualidad, esta área sigue teniendo una baja prioridad, según lo indica el escaso número de países (3 de 22) que cuentan con guías técnicas y reglamentos adecuados para el control del ruido. En el resto de países existen tales guías técnicas o reglamentos incompletos o en desarrollo, o no existen. Sin embargo, se ha avanzado algo en relación con la situación existente en 1971, cuando ningún país mencionó la existencia de tales guías o reglamentos y sólo 8 países declararon que disponían de ellos, pero en forma incompleta o que se encontraban en desarrollo. En la actualidad, solamente 4 de los 22 países mencionan que no tienen ni guías ni reglamentos.

EN RESUMEN: Ha habido un avance en esta área, a pesar de que ella sigue teniendo una baja prioridad.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

6. SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE INDUSTRIAL																			
6.1 Política definida de protección de la población trabajadora expuesta a riesgos ocupacionales		6.2 Sectores e instituciones que tienen la responsabilidad de la salud ocupacional e higiene industrial			6.3 Mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones			6.4 Programas de salud ocupacional		6.5 Evaluación de riesgos ocupacionales y de la población expuesta		6.6 Metas y estimaciones de la población expuesta a riesgos a la que se da protección (porcentaje)							
Si, adecuada	Si, Pero deficiente	En estudio	No existe	Ministerio de Salud	Ministerio del Trabajo	Seguridad Social	Otros	Existen adecuados	Existen de acuerdo, Insuficientes	No existen	Existen adecuados y son completos	Existen incompletos	Si se hizo	Parcialmente	No se hizo	1971	1974	1977	1980 (esta)

Argentina	X			X		X	X				X		X						50
Bahamas	X	X		X	X			X			X		X						
Barbados	X	X		X	X			X			X		X				15		50
Bolivia																			
Brasil	X			X		X	X				X		X		9	11	15	20	
Canadá																			
Chile	X			X			X	X			X		X		55	60	65	70	
Colombia	X			X	X	X			X		X		X			25	40	70	
Costa Rica		X		X	X		X		X		X		X						
Cuba	X			X	X	X	X		X		X		X		100	100	100	100	
Ecuador	X			X	X	X	X				X		X			a			
El Salvador	X			X	X		X				X		X						
EE.UU.A.	X					X	X				X		X						90
Guatemala	X			X	X	X		X			X		X						
Guyana	X			X	X			X			X		X						
Haití	X			X	X			X			X		X						
Honduras	X			X	X	X		X			X		X				13	26	
Jamaica																			
México	X			X	X	X		X			X		X						
Panamá	X			X	X		X				X		X				40	40	
Paraguay		X		X	X	X	X		X		X		X		7	7	8	10	
Perú	X			X	X	X	X				X		X		60	55	56	60	
R. Dominicana	X			X	X			X			X		X						
Suriname	X			X				X			X		X						
Uruguay		X		X	X		X		X		X		X						
Venezuela	X			X	X	X	X		X		X		X		7	8	10	10-12	

a/ Se creó la División de Riesgos del Trabajo en el IESS. b/ Actualmente cubierta.
c/ Población económicamente activa.

6. SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE INDUSTRIAL

META REGIONAL: Lograr la protección del 70% de los trabajadores expuestos a riesgos ocupacionales estimados o reconocidos en países que ya cuentan con programas en pleno funcionamiento, y del 50% en países que aún no los han desarrollado suficientemente.

6.1 POLITICA DE PROTECCION A LA POBLACION TRABAJADORA EXPUESTA A RIESGOS OCUPACIONALES

De los 22 países que respondieron a la Evaluación, 19 declararon contar con una política definida para la protección de la población trabajadora expuesta a riesgos ocupacionales. Solamente 8 de los países consideran tal política adecuada, mientras que los 11 restantes la consideran deficiente, habiendo 2 de ellos en los que se encuentra en revisión. En 3 países no existe una política, pero se está estudiando. La situación en materia política de salud ocupacional no parece haber tenido grandes modificaciones durante la década; la cobertura de esta política es muy dispar de país a país y algunos países le dan más énfasis a ciertas ocupaciones y riesgos que a otros.

6.2 SECTORES E INSTITUCIONES RESPONSABLES

6.3 PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL

La responsabilidad sobre el área de la salud ocupacional e higiene industrial es generalmente compartida entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social, habiendo en algunos casos otras agencias o instituciones involucradas. La falta de adecuados mecanismos de coordinación entre los sectores e instituciones han impedido mayores avances. En efecto, se puede apreciar que solamente 2 países mencionan la existencia de programas adecuados de salud ocupacional, en uno no existen tales programas y en el resto de países los programas son incompletos.

6.4 EVALUACION DE RIESGOS OCUPACIONALES Y DE LA POBLACION EXPUESTA

La determinación de los riesgos ocupacionales y de la población expuesta a ellos se ha realizado sólo en forma parcial en casi todos los países. Solamente 2 países mencionan que tal evaluación se ha hecho en su totalidad. Como consecuencia de esta evaluación parcial, no se puede concebir la existencia de programas con una cobertura adecuada de la población trabajadora.

6.5 METAS Y ESTIMACIONES DE LA POBLACION EXPUESTA A RIESGOS A LA QUE SE DA PROTECCION

Solamente 12 países esbozaron metas a ser alcanzadas en 1980, acerca de la proporción de su población expuesta a riesgos que estaría protegida. Dichas metas fueron alcanzadas en contados casos y en general la meta regional dista mucho de haber sido lograda.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

7. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA															
7.1 Control de las zoonosis															
7.1.1 Rabia canina											7.1.2 Brucelosis bovina				
Incidencia (por 100,000 perros)				Perros vacunados en ciudades importantes (porcentaje)				Perros sin dueños en ciudades importantes (porcentaje)				Prevalencia			
1971	1974	1977	Meta nac. 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nac. 1980
Argentina	24	45	86	-	23	22	73	80	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	a	-	...	...	b	-	-	-	b	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	3	m
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	28.8 ^c	81.6 ^d	289.54 ^d	-	19	31	75	-	-	-	-	6	5	4	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	2	0.7	0.7	-	63	63	67	70	15	18	21	20	15 ^c	-	8
Colombia	-	49.6	34.8	25	18	82	48	e	5	3	7	5	7	5	4
Costa Rica	38.8	5.8	-	-	41	73	100	-	20	30	10	10	2.3 ^c	-	10
Cuba	20.8	11.4	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Ecuador	700 ^c	-	-	-	28	32	30	80	20	20	20	20	2.7 ^c	-	6
El Salvador	-	-	9.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	...	2 ^f
EE.UU.A.	0.2	0.2	0.1 ^f	0.1	40	40	40 ^g	50	20	20	20 ^g	20	1	1	1 ^f
Guatemala	23.9	34.2	31.3	g	5	18	15	80	-	-	-	-	-	4	9
Guyana	0 ^c	-	h	-	1	1	1 ^j	-	80	70	60	1	2 ^c	1	-
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	0 ^c	-	793 ^a	-	-	-	284 ^j	105,300 ^k	-	-	92 ^j	80,370 ^k	3.6 ^l	-	2
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.4	0.5 ^l
México	-	195.9	148.9	-	16	19	-	-	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	62 ^c	-	-	-	-	-	55	-	...	...	...	...	1.2 ^m	-	3
Paraguay	68	51	46	54	-	7	30	80	...	...	15	...	3	3	-
Perú	92.1	2.1	-	-	46	19	1	80 ^l	...	...	...	...	4.1 ⁿ	-	-
R. Dominicana	44	27	22	-	1	0.5	14	30	50	50	50	-	11	11	4
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	20	-	-	1
Venezuela	34	37	38	30	31	29	31	80	20	15	14	10	6	4	3

a/ Año 1979. b/ No hay estadísticas, pero el problema es serio. c/ Fuente: Primera evaluación, realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. d/ Datos de laboratorio. e/ Mantenimiento. f/ Año 1978. g/ Control. h/ Año 1979. i/ Reducción. j/ Periodo 1973-1977. k/ Cifras absolutas. l/ Mantenimiento.

7. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA

7.1 CONTROL DE LAS ZONOSIS

7.1.1 Rabia Canina

META REGIONAL: Erradicación en las ciudades más importantes de la Región. Vacunación del 80% de la población canina de las ciudades más importantes. Eliminación de los perros sin dueño.

A pesar de los esfuerzos que se han realizado durante la década, la rabia continúa siendo una enfermedad común en la Región. El problema se presenta con una incidencia muy baja y de carácter selvático o rural y con raros y accidentales casos humanos en la América del Norte. Pero en la América Latina la incidencia entre los perros presenta cifras erráticas y en algunos casos muy elevadas en un número importante de países. Las metas nacionales fijadas al iniciarse la década han quedado lejos de ser cumplidas en la mayor parte de casos, aunque se ve progreso en contados países. La incidencia en el último año disponible, entre 1977 y 1979, fluctúa entre 0 y 793 por 100,000 perros en las ciudades importantes. Al promediar la década se estaban notificando en la América Latina y el Caribe un promedio anual de perros con rabia superior a los 15 mil, más de 120 mil personas mordidas por perros y gatos, y se estaban administrando casi 175 mil tratamientos. Durante el cuatrienio 1973-1976 fueron notificados 1,093 casos de rabia humana, es decir un promedio anual de 273 casos, inferior en 10 casos al promedio del cuatrienio anterior. En el último trienio disponible (1977-1979) el promedio anual de casos humanos notificados en la Región alcanzó a 300 (cifra provisional).

El número de perros vacunados en las ciudades más importantes de cada país en ningún caso llega a la meta del 80% de la población canina estimada, aunque hay tres países que se aproximaron suficientemente a ella en el año 1977, 1978 o 1979. Los países se sitúan en una gama de proporciones que van del 1% al 75%, con valor mediano de 35%. Como puede verse la vacunación de perros no ha alcanzado los niveles necesarios para tener esta enfermedad bajo control. La eliminación de los perros sin dueño no ha sido lograda tampoco, subsistiendo cifras que, en 10 países que informaron se sitúan entre el 7 y el 60%, con una mediana del 20%.

7.1.2 Brucelosis Bovina

META REGIONAL: Erradicación en países que tienen 1% o menos de prevalencia y su reducción a prevalencias menores del 2% en el resto de países que tienen el problema.

Según se muestra en la evaluación inicial del Plan Decenal, 11 de 15 países que respondieron a esta sección se habían fijado metas nacionales iguales a la meta regional; sin embargo, varios de ellos han debido rebajar sus aspiraciones con un criterio más realista. Se ha podido notar una tendencia general decreciente de las tasas de prevalencia, pero no en la magnitud deseada, habiendo solamente 2 de 16 países que se aproximaron o lograron prevalencias congruentes con la meta regional.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO
7. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA
VETERINARIA

7.1 Control de las zoonosis (Cont.)															
7.1.3 Tuberculosis bovina				7.1.4 Hidatidosis								7.1.5 Leptospirosis			
Prevalencia (porcentaje)				Prevalencia (porcentaje)				Mataderos controlados (porcentaje)				Existencia del problema en animales			
1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980
Argentina				25	18	11	9	-	-	50	60	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100 ^f	100	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI	SI ^b	g
Bolivia															
Brasil	2	4	3	-	16	16	17	-	2	4	6	-	SI	SI	SI
Canadá															
Chile	12 ^a	-	7 ^b	9 ^a	-	-	-	-	35	35	28 ^b	25	SI	SI	SI ^b
Colombia	-	a	18	c	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-
Costa Rica	0.8 ^a	...	0.3	0.3	-	-	-	-	100	100	100	100	...	...	...
Cuba	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	SI	SI	-	-	0.0	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-	30	45	80	100	-	-	-
El Salvador	-	-	0.5 ^b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EE.UU.A.	0.0	0.0	0.0 ^b	d	-	-	-	-	100	100	100	100	SI	SI	SI
Guatemala	0.4	3	5	e	20	20	20	g	6	8	10	50	SI	SI	SI
Guyana	3.5	3	2 ^a	d	-	-	-	-	30	-	-	100	SI	34	-
Haití	-	-	0.9	-	-	-	0.2 ^e	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	1.2 ^a	-	1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	1	0.1	0.4 ^f	0.0	-	-	-	-	100	100	100 ^f	100	SI	SI	SI ^f
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	0.2 ^a	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	-
Paraguay	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	43	-	-	-	-
Perú	2.8 ^a	-	-	1 ^a	15.2 ^a	4	5	2	-	100	100	100	-	-	-
R. Dominicana	5	5	0.3	1 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI	SI
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	-	0.4	-	46	51	47	-	16	18	13	-	-	45	48
Venezuela	1	0.3	0.4	d	-	-	-	g	30	40	60	80	SI	SI	SI

a/ Información de la primera evaluación, realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. b/ Año 1978. c/ Investigar y controlar. d/ Erradicación. e/ Control. f/ Año 1979. g/ Reducción.

7.1.3 Tuberculosis Bovina

META REGIONAL: Erradicación en países que tienen 1% o menos y su reducción a prevalencias menores del 1% en el resto de países que tienen el problema.

En la primera evaluación del Plan Decenal, 15 de 22 países acusaron la existencia del problema con cifras de prevalencia que iban del 0.1% al 14.6%. Entre 1977 y 1979, a juzgar por la respuesta de 16 países que acusan la existencia del problema, las metas del Plan Decenal no han sido cumplidas excepto en un país. La tuberculosis bovina persiste, aunque la prevalencia ha disminuido sensiblemente en la mayor parte de países. Seis de los países informantes registran prevalencias superiores a 1% mientras que los 10 restantes registran 1% o menos.

7.1.4 Hidatidosis

META REGIONAL: Reducir la prevalencia. Controlar el 100% de los mataderos y lugares públicos y privados en los que se faena animales para consumo.

Como puede apreciarse, la respuesta obtenida de los países ha sido escasa con respecto a la prevalencia de la hidatidosis. Sin embargo, se sabe que el problema existe de modo muy marcado en la América del Sur, donde se notificó un promedio de 1,316 casos humanos por año durante el cuatrienio 1973-1976, provenientes principalmente de la Argentina, Uruguay, Chile y el Perú. La prevalencia en animales fue informada solamente por 5 países en el año 1977; y, excepto en uno de ellos, en los otros 4 no se nota un descenso apreciable en comparación a lo observado al comienzo de la década. El control del 100% de los mataderos, como meta para cada uno de los países en el año 1980 se ha cumplido en 6 países de los 14 que proporcionaron información para la evaluación. Dichos países ya habían logrado esa meta al iniciarse la década, mientras que los 8 restantes muestran una gama de variación entre 6% y 8%.

7.1.5 Leptospirosis

META REGIONAL: Evaluación de la naturaleza del problema.

Los casos humanos de leptospirosis notificados entre 1971 y 1976 sumaron 733 es decir un promedio de 122 casos anuales, el 54% de los cuales se produjeron en la América del Norte y el 46% restante en las islas y territorios continentales del Mar Caribe. Además de estos países que informaron la presencia del problema en animales, también lo hicieron otros 3 países de la América del Sur. No se ha hecho muchos progresos en el obtención de mejor información acerca de este problema y por lo tanto de la evaluación de su magnitud y extensión.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO
7. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA
VETERINARIA

7.1 Control de las zoonosis (Cont.)																	
7.1.6 Encefalitis equina								7.1.7 Fiebre aftosa									
Incidencia				Equinos vacunados (porcentaje)				Incidencia				Fase del programa	Areas libres (porcentaje)				
1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980	1971	1974	1977	Meta nacional 1980		1971	1974	1977	Meta nacional 1980	
Argentina																	
Bahamas																	
Barbados																	
Bolivia																	
Brasil						33		183.1	31.1	88.1							
Canadá																	
Chile																50 ^b	
Colombia			a			71		12.4	12.5	5.1							
Costa Rica																	
Cuba	93	80	23										8	100	100	100	100
Ecuador		2			5	33	34		0.1	0.1	0.1	0.1					
El Salvador							14 ^b										
EE.UU.A.													4	100	100	100 ^b	
Guatemala									0	0	0	0		100	100	100	100
Guyana		30				60			10				g	100	95	100 ^d	100
Haití																	
Honduras																	
Jamaica					40	45	40 ^b	50 ^d						100	100	100	100
México																	
Panamá							30										
Paraguay																	
Perú	0.0	0.0	0.0	0.0	40	40	40	50	150 ^k	120 ^k	25 ^k	12				85	85
R. Dominicana	2	2	1										g	100	100	100	
Suriname																	
Uruguay																	
Venezuela		45					e	109 ^m	49 ^m	64 ^m	e	n					

a/ Control y mantenimiento. b/ Año 1978. c/ Reducción. d/ Año 1979. e/ Aumento de vacunación. f/ Implantación. g/ Evaluación. h/ No existe programa. i/ Zoonosis erradicada. j/ Por 100,000 bovinos. k/ Por 1000 bovinos. l/ Mantenimiento. m/ Focos. n/ Control.

7.1.6 Encefalitis Equina

Se recibió información acerca de la incidencia de Encefalitis Equina en 1977 solamente para 3 países que indican prevalencias de 1, 23 y 45 casos por mil equinos. Estas cifras en relación con las informadas en 1971 indican un descenso, pero no se puede conjeturar lo que ha sucedido en el resto de países debido a la falta de información.

En cuanto a la proporción de equinos vacunados, en el año 1977 y años más recientes ningún país ha llegado al cumplimiento de la recomendación para el año 1980 de lograr una cobertura del 80% de equinos vacunados.

7.1.7 Fiebre Aftosa

La Fiebre Aftosa continúa siendo endémica en la mayor parte de Sudamérica y se encuentran libres de esta enfermedad Norte América, Centro América y el área del Caribe. Todos los países de Sudamérica tienen programas de control y la vacunación sistemática de bovinos alcanza a más del 70% de la población.

Siguen produciéndose casos en el Brasil, Colombia, Paraguay, Perú, Venezuela y el Ecuador, que informaron diversos grados de incidencia, tanto en 1971 como en 1977. Chile culminó un programa exitoso logrando el 100% de sus áreas libres de Aftosa; el Paraguay informó tener el 85% de sus áreas libres y no se dispone de otra información al respecto.

CONCLUSION: El Plan Decenal de Salud recomienda promover, reforzar y consolidar los servicios de salud animal y de salud pública veterinaria, de manera de lograr una adecuada coordinación entre los programas de los Ministerios de Salud y de Agricultura de los países. Para ello considera necesario crear o reforzar las unidades respectivas dentro de las infraestructuras ministeriales.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO
7. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA
VETERINARIA

	7.2 Unidad de salud pública veterinaria en el Ministerio de Salud					7.3 Programas de control de zoonosis en el Ministerio de Salud	Fondos destinados por el Ministerio para estos programas (miles de dólares)	Inversión de otros ministerios para control de zoonosis (miles de dólares)	7.4 Coordinación entre ministerios de salud y agricultura en los programas de control de zoonosis y fiebre aftosa			7.5 Vigilancia epidemiológica de las zoonosis		
	Existen	No existen	En Proyecto	Existen	No existen				Adecuada	Debe mejorarse	No existe	Son adecuados	Deben mejorarse	Son inadecuados	Los programas
Argentina														
Bahamas	x							x					x	
Barbados		x										x		
Bolivia				x										
Brasil		x			x					x			x	
Canadá														
Chile	x		x	x	x				x				x	
Colombia	x		x	x	x	191,000		x					x	
Costa Rica	x				x				x				x	
Cuba	x ^a				x			x				x	x	
Ecuador	x				x	5,680,000 ^b			x				x	
El Salvador	x		x		x				x				x	
EE.UU.A.	x		x		x				x				x	
Guatemala	x			x	x	35,674 ^c			x				x	
Guyana	x	x	x		x		15,000	x					x	
Haití	x				x				x				x	
Honduras	x		x		x		d		x				x	
Jamaica		x	x	x	x	50,000	500,000	x					x	
México	x		x		x			x					x	
Panamá	x		x	x	x				x				x	
Paraguay	x		x		x	25	1,640		x				x	
Perú	x		x	x	x				x				x	
R. Dominicana	x				x	282	2,000		x				x	
Suriname	x			x	x				x				x	
Uruguay	x		x	x	x				x				x	
Venezuela	x		x	x	x	100,080		x					x	

a/ Existe el Instituto de Medicina Veterinaria con programas a nivel nacional, el cual está subordinado al Ministerio de Agricultura. b/ Año 1974 a 1978. c/ Año 1979. d/ Fondos incluidos en el rubro de enfermedades transmisibles. e/ Programa de control de rabia.

7.2 UNIDADES DE SALUD PUBLICA VETERINARIA EN LOS MINISTERIOS DE SALUD

Doce de 21 países (4 de cada 7) poseen unidades de este tipo en los Ministerios de Salud, todas ellas realizan programas a nivel nacional; en 8 países se llevan a cabo también programas a nivel regional y en 7 a nivel local. Comparada la situación con el año 1971, se puede apreciar un progreso en lo que se refiere a la aplicación de programas en los niveles periféricos. Por otro lado, existen unidades de salud pública veterinaria no localizadas en los Ministerios de Salud, pero que llevan a cabo este tipo de programas.

7.3 PROGRAMAS DE CONTROL DE LAS ZONOSIS EN EL MINISTERIO DE SALUD

Estos programas se realizan en 15 países y en otros 3 se encuentran en proyecto. Solamente en 4 países no existen tales programas de control. La situación es bastante similar a la que existía en 1971, y en muchos casos ellos se restringen a la atención de algunas zoonosis y en especial al control de la rabia.

7.4 COORDINACION ENTRE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y AGRICULTURA

Esta coordinación se considera adecuada solamente en 6 de 21 países (2 de cada 7). En 2 países no existe tal coordinación y en el resto no se considera suficientemente desarrollada.

Se considera que se ha hecho progresos en relación con la situación existente en el año 1971, en el sentido de que hay más países que se están coordinando mejor interministerialmente para los programas de control de las zoonosis y la fiebre aftosa.

7.5 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ZONOSIS

Este aspecto se considera adecuado solamente en 3 países (1 de cada 7) mientras que en el resto se califica la situación como inadecuada o que debe mejorarse.

Esta situación, en comparación con la existente en 1971 también ha experimentado algún progreso que todavía no parece ser suficiente.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

	8. CONTROL DEL EMPLEO DE PLAGUICIDAS							9. CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS						
	Legis-	Laborato-	Pro-	Volumen anual de plaguicidas producidos en el país o importados (toneladas)	Legis-	Labora-	Progra-	Promedio anual de productos alimenticios que se registran y se controlan (último trienio)						
	lación nacional s/control del uso de plaguicidas	rios para el análisis de plagui- cidas de empleo de plaguicidas	gramas de cons- trol del empleo de plaguicidas		lación nacional sobre la calidad de los alimentos	torios para el control de los alimen- tos	mas de control de los alimen- tos							
Adecuada	Insuficiente	En estudio y revisión	Adecuada	Insuficiente	En estudio y revisión	Adecuada	Insuficiente	En estudio y revisión	Adecuada	Insuficiente	En estudio y revisión			
Argentina					x		x		x			2,000		
Bahamas	x						x		x					
Barbados		x					x		x					
Bolivia														
Brasil		x	x			x		x				5,570		
Canadá														
Chile	x	x	x				x		x			3,500 ^b		
Colombia	x	x	x				x	x	x	x		20,000 ^c		
Costa Rica		x	x				x		x			...		
Cuba	x						x		x			844		
Ecuador	x		x				x		x			1,100		
El Salvador	x		x				x		x			660		
EE.UU.A.	x		x				x		x			55,353 ^d		
Guatemala	x		x				x		x			116		
Guyana		x	x				x		x			3,061		
Haití	a						x		x			5286,2		
Honduras			x				x		x			1,476		
Jamaica		x	x				x		x					
México	x		x				x		x			3,171		
Panamá	x		x				x		x			172		
Paraguay	x		x				x		x			450		
Perú		x	x				x		x			550		
R. Dominicana	x		x				x		x			1,871		
Suriname	x		x				x		x			951		
Uruguay		x	x				x		x					
Venezuela	x						x	x	x			50,000		
												2,848		

a/ No existe. b/ Año 1977. c/ Año 1978. d/ Además de 55,572 alimentos importados.

8. CONTROL DEL EMPLEO DE PLAGUICIDAS

META REGIONAL: Conseguir durante la década en cada uno de los países de la América Latina y el Caribe reducir las intoxicaciones y las defunciones humanas, debido al uso indiscriminado de plaguicidas.

El empleo de plaguicidas en enormes cantidades e indiscriminadamente es un problema que está preocupando a la mayor parte de países. El ha dado origen al estudio de legislación adecuada sobre el control del uso de plaguicidas y al establecimiento de programas para dicho control. En 6 de 21 países (2 de cada 7) se indica que la legislación nacional existente es adecuada para los propósitos del control. En el resto de países la legislación es insuficiente y en 8 de ellos se encuentra en estudio. Esta situación aparentemente indica un empeoramiento con respecto a la situación de 1971, cuando 8 países dijeron que la legislación era adecuada, pero la realidad es que el problema ha cobrado mayor vigencia y que más países están preocupados por estudiar y adoptar las leyes que respalden la acción para el control.

En lo que respecta a la existencia de laboratorios para el análisis de plaguicidas, como un indicador del interés en la solución de este problema se puede notar un progreso sustantivo. Ya existen 5 países con laboratorios adecuados al propósito y solamente 6 en los que no existen tales laboratorios.

Finalmente, hay 10 países que tienen programas de control en ejecución o sea más de la mitad de ellos, mientras que solamente 6 países todavía no han emprendido ninguna acción al respecto. Esto significa también un adelanto importante en relación con la situación en que se encontraba esta área en 1971.

9. CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

META REGIONAL: Reducir las enfermedades humanas y las pérdidas económicas ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos y subproductos, preservando además la calidad de los mismos. La mayor parte de países se habían propuesto metas en este campo, aunque el progreso parece haber sido limitado. Proporcionalmente es el mismo número de países que en 1971 contaba con una legislación nacional adecuada (no llega a la mitad). La legislación es insuficiente en 7 países (1 de cada 3) y el resto de países indican que la legislación se encuentra en estudio. Los laboratorios para el control de la calidad de los alimentos son adecuados en 8 países y se consideran insuficientes en 13 de ellos. En 2 países la operación de estos laboratorios se encuentra en estudio. En este aspecto se ha hecho un progreso evidente durante la década, aún cuando todavía queda mucho camino que recorrer.

En la gran mayoría de los países se menciona la existencia de programas de control en ejecución, lo cual significa que la situación es similar a la de 1971. La diferencia se encuentra en la intensidad y la cobertura de las acciones que se desarrollan, para lo cual no existen indicadores de evaluación y por lo tanto no se puede juzgar lo acontecido.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

10. CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS											
Organismo unificado del control de drogas				Legislación sobre el control de calidad de los medicamentos			Laboratorios para análisis y evaluación de las drogas			Sistema de evaluación y registro de las drogas	
Existe	No existe	En proyecto	Adecuada	Insuficiente	En revisión	Suficiente	Insuficiente	Se proyecta mejorar	Adecuado	Inadecuado	En revisión

Argentina	x			x			x			x	
Bahamas		x									
Barbados				x			x				x
Bolivia	x										x
Brasil	x			x				x		x	
Canadá											
Chile	x			x					x	x	
Colombia	x			x				x		x	
Costa Rica	x			x				x			x
Cuba	x					x		x			x
Ecuador	x			x				x	x		
El Salvador		x				x					x
EE.UU.A.	x			x			x			x	
Guatemala				x							
Guyana	x			x				x		x	
Haití		x									x
Honduras		x						x			x
Jamaica	x			x				x	x	x	
México	x			x				x		x	
Panamá	x			x			x			x	
Paraguay		x									
Perú	x			x			x			x	
R. Dominicana	x								x		
Suriname		x						x			x
Uruguay	x					x		x			x
Venezuela	x			x						x	

10. CONTROL DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

META REGIONAL: Realizar programas en todos los países para controlar la calidad de los medicamentos de producción nacional e importados.

Sólo 6 países (2 de cada 7) indican que no cuentan con un organismo unificado para control de drogas. La situación no parece haberse modificado en relación con la existente en 1971.

En 13 países se menciona que la legislación para el control de la calidad de los medicamentos es adecuada, mientras que 7 de ellos tienen tal legislación en revisión. Se ha experimentado un progreso en este aspecto durante el decenio y los países están mostrando una mayor preocupación por contar con los instrumentos legales para el control de los medicamentos.

En cuanto a la disponibilidad de laboratorios para el análisis y evaluación de las drogas, son muy pocos los que cuentan con instrumentos suficientes. Dieciocho países (9 de cada 11) mencionan que la disponibilidad de laboratorios para tal propósito es insuficiente y 9 de ellos proyectan su mejoramiento. No se ha experimentado un gran progreso en este sentido, en relación con la situación de 1971.

Finalmente, el sistema de evaluación y registro de las drogas que existen en 11 países, (la mitad) es considerado adecuado, mientras que otros 11 países lo consideran inadecuado y 4 de ellos lo están revisando. Esta situación es similar a la del año 1971 y no se han producido cambios sustantivos.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

11. CONTROL DE LOS ACCIDENTES												
11.1 Mortalidad por accidentes: defunciones por accidente de todo tipo por 100,000 habitantes				11.2 Defunciones por accidentes de tránsito por 100,000 habitantes				11.3 Programa nacional de control de accidentes de tránsito				
								Existe		Coordinación intersectorial		
1971	1974	1977	Previsión 1980	1971	1974	1977	Previsión 1980	Sí	No	Adecuada	Inadecuada	
Argentina	51.4 ^a	70		21	25	23		x		x		
Bahamas	103	79			29	26		x			x	
Barbados	34	26		19	14	9			x			
Bolivia												
Brasil	57 ^b			22	36	40	45	x				
Canadá												
Chile	91 ^b	66.7 ^c	-	21 ^b	-	-			x			
Colombia	34	41	38	10	15	16		x			x	
Costa Rica	39	52	52	4	16	23			x		x	
Cuba	32	32	40	12	11	18		x		x		
Ecuador	61	66	66	15	21	21	18	x		x		
El Salvador	75	91	107 ^d	13	15	23 ^d			x		x	
EE. UU. A.	55	50	48	-	26	22	23	-	x		x	
Guatemala	37 ^b			8 ^b				x			x	
Guyana	61	65		26	24	27		x			x	
Haití	69	1.8	3.4	0.1	-	0.3			x		x	
Honduras	67	55		5	2	9	-		x		x	
Jamaica	26 ^b			7 ^b								
México	48 ^b	50	45 ^e	8 ^c	15	16 ^e		x		x		
Panamá	51	55	59	38	16	15	17	x			x	
Paraguay	33	35	36	7	7	7	6		x		x	
Perú	37	37	34	32	14	19	11	12		x	x	
R. Dominicana	18	18	19	9	8	8		x				
Suriname	32		39	18		18			x		x	
Uruguay	44 ^c		50		7 ^c	1			x		x	
Venezuela	47	56	58	60	24	32	34	36	x		x	

a/ Año 1970. b/ Fuente: Primera Evaluación, realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. c/ Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 287. d/ Año 1978. e/ Año 1975.

11. CONTROL DE LOS ACCIDENTES

11.1 Mortalidad por Accidentes

META REGIONAL: Reducir la proporción de accidentes de tránsito y en la industria, así como los que ocurren en el hogar y en lugares de recreación y de turismo; y, como consecuencia, disminuir las defunciones y estados de invalidez.

Los accidentes de todo tipo, alrededor de 1971, constituían una de las cinco primeras causas de muerte y en la mayoría de los países de la Región y la primera causa para ciertos grupos de edad. Las tasas de mortalidad de 22 países se sitúan entre 18 y 91 defunciones por accidentes de todo tipo por cien mil habitantes en el año 1971, con una mediana de alrededor de 40 por cien mil. Alrededor del año 1977 las tasas de 18 países variaban entre 19 y 107 defunciones por cien mil habitantes, con una mediana de 49 por cien mil. Como puede apreciarse, la mortalidad por accidentes de todo tipo se ha mantenido o ha subido algo durante los primeros siete años del decenio, lo cual constituye un indicador de una agudización del problema de los accidentes en la Región, al contrario de lo que se esperaba al establecer las metas de reducción en el Plan Decenal de Salud.

11.2 Defunciones por Accidentes de Tránsito

Las defunciones por accidentes de tránsito en el año 1971 constituían casi el 40% de las defunciones por todos los accidentes y figuraban entre las primeras diez causas de defunción. Las tasas se situaban entre 4 y 26 defunciones por accidentes de tránsito por cien mil habitantes, con una mediana de 14 por cien mil. Alrededor de 1977 las tasas de 20 países variaban entre 1 y 40 por cien mil, con una mediana de 18 por cien mil. Hay indicaciones, pues, de que las defunciones por accidentes de tránsito han experimentado un alza en los primeros siete años del decenio en la Región en su conjunto y en la mayoría de los países en particular.

11.3 Programa Nacional de Control de Accidentes de Tránsito

En 13 de 23 países existen programas nacionales para el control de los accidentes de tránsito en operación, lo cual significa que se ha despertado mayor preocupación por este problema en los países, ya que a principios de la década solamente habían 7 de 18 países que mencionaron la existencia de tales programas, a principios de la década. Sin embargo, la necesaria coordinación intersectorial para la operación de estos programas es adecuada solamente en 5 de los 23 países, lo cual significa sólo un pequeño avance en relación a la situación al iniciarse la década.

EN RESUMEN: El problema de los accidentes sigue teniendo proporciones importantes, ya que como causa de muerte es una de las principales en la mayoría de los países y si se acepta que entre 10 y 35 individuos sufren daños de salud con incapacidad temporal o definitiva por cada muerte por accidentes de tránsito, la situación se agrava mucho más.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

A. ENFERMERIA

	1. Sistema de enfermería															
	1.1 Definición de funciones de enfermería para distintos niveles de atención			1.2 Definición de normas técnicas para los distintos niveles de atención			1.3 Definición del tipo y la cantidad de personal de enfermería requerido			1.4 Organización y funcionamiento de un sistema de información para control						
	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	En operación	Parcialmente organizado	No organizado	En estudio
Argentina																
Bahamas	x				x			x					x			
Barbados	x				x			x				x	x			
Bolivia																
Brasil	x						x	x					x			
Canadá																
Chile	x				x			x					x			
Colombia		x				x			x					x		
Costa Rica	x				x			x				x				
Cuba	x				x			x					x			
Ecuador	x				x			x							x	
El Salvador				x		x			x					x		
EE.UU.A.		x				x			x					x		
Guatemala		x				x						x			x	
Guyana	x				x			x					x			
Haití																
Honduras	x				x			x						x		
Jamaica	x				x			x					x			
México		x			x				x						x	
Panamá		x				x			x						x	
Paraguay	x							x	x					x		
Peru	x					x						x				x
R. Dominicana	x					x			x					x		
Suriname	x						x		x				x			
Uruguay		x				x									x	
Venezuela	x				x				x				x			

A. ENFERMERIA

1. SISTEMA DE ENFERMERIA

META REGIONAL: Organizar la enfermería en el 60% de los países por lo menos, como un sistema en el que se defina el nivel de atención de enfermería y el personal requerido para alcanzar las metas de salud del país. Proporcionar a la población una atención de enfermería libre de riesgos para el paciente en el 60% de los hospitales de 100 camas o más y el 60% de los servicios de salud de la comunidad.

En el año 1971, menos de la mitad de los países contaban con una definición de las funciones de enfermería para distintos niveles de atención y del tipo y cantidad de personal requerido. El resto de los países había llegado solamente a una definición parcial de dichas funciones y de sus necesidades de personal, o no habían llegado a tal definición. Por otro lado, las normas técnicas para los distintos niveles de atención habían sido definidas en menos de un tercio de los países. La identificación y diseño del sistema de información para control de las actividades de enfermería se habían efectuado solamente en forma parcial o no se habían efectuado en la mayoría de los países.

La información proporcionada por 23 países para la presente evaluación, muestra un progreso evidente en la organización de los sistemas de enfermería. En 16 países se han definido las funciones de enfermería para los distintos niveles de atención y en otros seis esta definición también se ha hecho aunque parcial; solamente un país menciona que tal definición se encuentra en proyecto.

Veinte países tienen una definición de las normas técnicas para los distintos niveles de atención, aunque diez de ellos mencionan que tales normas están definidas solamente en forma parcial. Un país no ha hecho tal definición de normas y otros dos las tienen en proyecto. Se nota pues un avance en la definición de las normas técnicas de enfermería y lo que queda por hacer está supeditado principalmente a la forma como se definan los niveles de atención en el ámbito más amplio de los sistemas de servicios de salud de los países.

En la actualidad el número de países que tiene bien definidos el tipo y la cantidad de personal de enfermería que se requieren a diferentes niveles de la organización del sistema de salud es mayor que en 1971. Son catorce los países que tienen tal definición, mientras que en otros seis países ella se ha hecho solamente en forma parcial y en los tres países restantes tal definición no se ha hecho aunque en dos de ellos se tiene en proyecto realizarla.

En 1971 no se había hecho la identificación y el diseño del sistema de información para el control de las actividades de enfermería en la mayoría de los países; en la actualidad hay diez países que ya tienen dicho sistema en operación, mientras que otros diez solamente lo tienen organizado parcialmente; en tres países aún no se ha organizado el sistema. El progreso en este sentido es evidente aún cuando todavía queda mucho por hacer en la organización de los sistemas de información para el control en el campo de la enfermería.

En resumen, a juzgar por la información brindada, más del 60% de los países tienen delineados sus sistemas de enfermería y un mayor avance puede esperarse en la medida en que los sistemas de servicios de salud mismos puedan estar mejor definidos por los países.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

A. ENFERMERIA

	2. Calidad de los servicios de enfermería															
	2.1 Definición de las normas de atención de enfermería							2.2 Estructuración administrativa de los servicios de enfermería								
	En la prestación de servicios a las personas				En los servicios a la comunidad			En instituciones o unidades de prestación de servicios a las personas				En los servicios a la comunidad				
	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Estructuradas	Parcialmente estructuradas	No estructuradas	En proyecto	Estructuradas	Parcialmente estructuradas	No estructuradas	En proyecto
Argentina																
Bahamas	x							x								
Barbados	x			x				x				x				
Bolivia																
Brasil	x									x					x	
Canadá																
Chile	x				x				x				x			
Colombia		x				x				x					x	
Costa Rica	x				x				x				x			
Cuba	x				x				x				x			
Ecuador	x				x				x				x			
El Salvador		x				x			x				x			
EE.UU.A.		x				x				x					x	
Guatemala		x						x								x
Guyana	x					x			x				x			
Haití																
Honduras	x					x			x				x			
Jamaica	x					x				x					x	
México	x					x			x						x	
Panamá	x					x			x				x			
Paraguay		x								x					x	
Peru		x				x						x				x
R. Dominicana	x					x			x				x			
Suriname	x					x			x				x			
Uruguay	x					x				x			x			
Venezuela	x					x			x				x			

2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

La provisión de un nivel de atención libre de riesgos para las personas a las que se atiende se ve facilitada cuando se establecen las normas que definen no solamente el contenido de la atención misma sino también el nivel de calidad esperado. Al iniciarse la década eran pocos los países que habían definido tales normas, tanto para la atención institucional de las personas como para los servicios a la comunidad. En efecto, en 1971 eran solamente 6 de 22 los países que habían definido sus normas de atención de enfermería en las instituciones o unidades de atención. En 1979 en cambio ya son 14 los países que tienen tal definición realizada y solamente nueve manifiestan tenerlas parcialmente definidas. Es decir que, mientras que en el año 1971 solamente un tercio de los países tenían definidas sus normas de atención de enfermería, en 1979 ya eran más de la mitad de los países que lo habían hecho.

La estructuración administrativa de los servicios de enfermería, tanto en las unidades de prestación de servicios directos a las personas como en los servicios a la comunidad, no sufrió mayores modificaciones durante la década; cinco de cada 7 países mencionan tener estructurados estos servicios y el resto solamente los tienen parcialmente estructurados, o tienen en proyecto el hacerlo.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

A. ENFERMERIA

	3. Cobertura de los servicios de enfermería											
	3.1 Preparación de manuales técnico-administrativos para uso de auxiliares				3.2 Auxiliares capacitados (porcentaje)				3.3 Actividades de supervisión			
	Existen	Existen, incompletos	No existen	En preparación	1971	1974	1977	Meta para 1980	Estructuras y en operación	Se cumplen parcialmente	No se cumplen	En organización
Argentina	x				100	100	100		x	x		
Bahamas			x									
Barbados	x ^a			x ^b	61	65	80	100	x			
Bolivia												
Brasil	x				...	...	50	50	x			
Canadá												
Chile	x				100	100	100	100	x			
Colombia		x			45	49	54	66		x		
Costa Rica	x				63	66	97	100		x		
Cuba	x				100	100	100	100	x			
Ecuador	x				20	40	50	80		x		
El Salvador			x		60	65	74	80		x		
EE.UU.A.	x				...	...	...	...	x			
Guatemala		x			15	20	40	50				x
Guyana			x		14	31	33	40	x			
Haití												
Honduras				x	100	100	100	...		x		
Jamaica	x				25 ^b	40 ^b	50 ^b	40 ^b				
México	x					90	90	100		x		
Panamá		x							x			
Paraguay		x			32	48	53	-		x		
Peru			x		31	40	60	x		x		
R. Dominicana				x	40	75	94			x		
Suriname	x								x			
Uruguay			x		80	85	91	95		x		
Venezuela	x				56	65	80	95	x			

a/ En algunas áreas. b/ Incluye auxiliares de enfermería y de salud comunitaria.

3. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

Dieciseis de los 23 países que respondieron a esta sección de la evaluación, mencionan que tienen en existencia manuales técnico-administrativos para uso de los auxiliares de enfermería, aunque en cinco de estos países tales manuales son incompletos. En los 7 países restantes no existen manuales, aunque en tres de ellos se encuentran en preparación. La situación no parece haberse modificado en relación con la que existía a principios de la década.

En el año 1971 solamente en cuatro países se había adiestrado al 100% de auxiliares de enfermería mediante cursos especiales de capacitación. En el año 1977 continúan estos mismos países con 100% de sus auxiliares capacitados. En 1971, la mitad de los países tenían el 50% o más de sus auxiliares capacitados; en el año 1977, en cambio, la mitad de los países tenían el 80% o más. Se ha logrado un avance, que, de mantenerse, permitirá que en el año 1980 los países puedan cumplir con sus propias metas de adiestramiento de auxiliares de enfermería.

Las actividades de supervisión de los servicios de enfermería están organizadas y se encuentran en operación en la mitad de los países, mientras que en la otra mitad se cumplen estas actividades solamente en forma parcial. Esta situación es similar a la que prevalecía en el comienzo de la década.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

B. LABORATORIOS

	1. Definición de tipos de exámenes de laboratorio según niveles de atención			2. Normas de equipo y personal adecuado y funcionamiento de los laboratorios por niveles de atención			3. Normas de funcionamiento de redes regionales y nacionales de consulta y referencia		
	Definido	No se han definido	En proyecto	Existen	No existen	En proyecto	Existen	No existen	En proyecto
Argentina									
Bahamas		x		x			x		
Barbados		x			x		x		
Bolivia									
Brasil	x			x					x
Canadá									
Chile			x			x			x
Colombia	x			x	x	x	x	x	x
Costa Rica	x			x			x		
Cuba	x			x			x		
Ecuador		x			x		x		
El Salvador	x					x		x	
EE.UU.A.									
Guatemala		x				x			
Guyana	x			x				x	
Haití	x			x				x	
Honduras	x			x					x
Jamaica	x			x			x		
México	x			x					x
Panamá	x			x			x		
Paraguay			x			x		x	
Perú			x			x			x
R. Dominicana			x			x			x
Suriname	x			x			x		
Uruguay									
Venezuela		x				x	x		

B. LABORATORIOS

META REGIONAL: Ampliar la cobertura y organizar los laboratorios como "sistemas" con funciones de diagnóstico, producción de biológicos de uso humano y animal, así como de bancos de sangre necesarios para apoyar los programas de salud.

Al principio de la década casi cuatro de cada cinco países se habían fijado metas nacionales para el decenio en relación con la organización, funcionamiento y desarrollo de un sistema de laboratorios y de bancos de sangre.

La organización de sistemas de laboratorio requiere de una definición de los tipos de exámenes que deben efectuarse según diversos niveles de atención. En 1980 solamente 12 países (dos de cada tres) han hecho una definición de los tipos de exámenes de laboratorio según niveles de atención; en cinco países no se han definido tales niveles y en cuatro de ellos se tiene en proyecto hacerlo. Esta situación es muy similar a la observada a principios de la década y evidentemente es muy dependiente de la definición misma de los niveles de atención dentro del sistema de servicios de salud de cada país.

La falta de definición de los niveles de atención también ha afectado el establecimiento de normas de equipamiento, personal y funcionamiento de los laboratorios para cada uno de dichos niveles. Solamente diez países (la mitad) disponen al presente de dichas normas, mientras que siete países (la tercera parte) están estudiándola y en tres países ni siquiera existen en proyecto.

En diez países (la mitad) se dispone de normas de funcionamiento de redes regionales y nacionales de consulta y referencia. En siete países (uno de cada tres) estas normas se encuentran en proyecto, mientras que en cinco países, ellas no existen y ni siquiera se encuentran en estudio.

En la primera evaluación del Plan Decenal de Salud se obtuvo información acerca de la proporción de unidades de atención con médico permanente que estaban dotadas de servicios de laboratorio. Solamente 14 países informaron en aquella oportunidad acerca de dicha proporción, la cual oscilaba entre 7.7% y el 100%, con un valor mediano situado alrededor del 40%. La mitad de estos países se propusieron llegar al año 1980 con un 100% de unidades de atención con médico permanente con acceso al servicio de laboratorio, los otros países fluctuaban entre un 35% y un 90%.

En la presente evaluación se ha obtenido información nuevamente de 14 países, ninguno de los cuales llega a tener el 100% de unidades con médico permanente dotadas de servicio de laboratorio. Los porcentajes en estos 14 países varían entre un 16% y un 95% para el año 1977, con una mediana cercana al 50% lo cual es una indicación de que se ha logrado algún proceso durante la década, aunque no de acuerdo a las expectativas del Plan Decenal.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
B. LABORATORIOS

	4. Unidades de atención con médico permanente dotadas de servicios de laboratorio				5. Red de bancos de sangre organizada por niveles de atención, con bancos centrales de referencia y consistente con la regionalización de los servicios			
	1971	1974	1977	Meta para 1980	Existen	En operación parcial	No existen	En estudio
Argentina								
Bahamas					x			
Barbados	90	95	95	100		x		
Bolivia								
Brasil							x	
Canadá								
Chile						x		
Colombia	70	57	80	100				x
Costa Rica	23 a	34 a	36 a	100 a	x			
Cuba	91	91	91		x			
Ecuador	11	17	35	45		x		
El Salvador	52	51	47	54			x	
EE.UU.A.								
Guatemala	84	62	44	65			x	
Guyana							x	
Haití								x
Honduras	25	32	42	75				x
Jamaica					x			
México		964 b	17 c			x		
Panamá	51	70	64	100	x			
Paraguay	43	57	52	...		x		
Perú	10	28	29	30				x
R. Dominicana						x		
Suriname		30	35	45			x	
Uruguay								
Venezuela	79	84	81	100	x			

a/ Sólo unidades del Ministerio de Salud. Los siguientes porcentajes se aplican a la Caja Costarricense del Seguro Social: Año 1971, 42%; año 1974, 42%; año 1977, 55%; y meta para 1980, 53%. b/ Cifra absoluta c/ Sólo unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Solamente seis países (tres de cada diez) indican que cuentan con redes de bancos de sangre organizadas por niveles de atención con bancos centrales de referencia y consistentes con la regionalización de los servicios. En otros cinco países esta red solamente opera en forma parcial. En casi la mitad de los países se menciona que dicha red no existe aunque en cinco países se tienen proyectos para organizarla. Evidentemente, se han hecho algunos progresos en esta materia pero no se han hecho los logros que se esperaban.

En resumen, los avances alcanzados en la organización de los servicios de laboratorios como sistemas nacionales no han superado los avances hechos en la organización de los sistemas mismos de servicio de salud. Hay en la actualidad un número mayor de unidades con médico permanente que tienen acceso al servicio de laboratorio, que el que existía a comienzos de la década pero está lejos el logro de una meta ideal que sería el 100%.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

	C. REHABILITACION MEDICA					D. EDUCACION PARA LA SALUD	
	¿Se fijaron metas en este campo?		Inclusión de servicios básicos de rehabilitación en los programas de atención médica			¿Se fijaron metas en este campo?	
	Sí	No	Sí	Escasa	No	Sí	No
Argentina	x		x			x	
Bahamas	-	-	-	-	-	x	
Barbados	x		x			x	
Bolivia							
Brasil						x	
Canadá							
Chile	x		x			x	
Colombia						x	
Costa Rica						x	
Cuba	x		x			x	
Ecuador	x		x			x	
El Salvador	x		x			x	
EE.UU.A.	x		x			x	
Guatemala						x	
Guyana		x			x		x
Haití	x		x			x	
Honduras		x					
Jamaica						x	
México	x		x			x	
Panamá		x	x			x	
Paraguay						x	
Perú							x
R. Dominicana	x		x			x	
Suriname	x					x	
Uruguay						x	
Venezuela	x		x			x	

C. REHABILITACION MEDICA

META REGIONAL: Incluir en todos los programas de atención médica servicios básicos de rehabilitación para asegurar que los incapacitados de la población puedan reintegrarse a una vida lo más normal posible.

A principios de la década se estimaba que había en la América Latina y el Caribe no menos de diez millones de personas que padecían de algún tipo de incapacidad y que no podían realizar su potencial físico a menos que dispusieran de servicios de rehabilitación. No existen razones para suponer que la proporción del problema haya disminuido durante la década y, por lo tanto, en la América Latina y el Caribe en 1980 puede existir un número cercano a los trece millones de personas con incapacidades de orden locomotor, sensorial o cardiopulmonar, con problemas tales como parálisis, amputaciones, defectos del habla, auditivos o visuales y una actividad mermada por trastornos cardíacos o pulmonares.

Hay tecnología disponible para mejorar notablemente el bienestar de los incapacitados, pero su aplicación ha estado restringida debido a los escasos recursos existentes, tanto de personal especializado como de financiamiento para equipo, materiales y otras facilidades. Durante la década se ha podido apreciar algún avance en ciertos países que le otorgaron un mayor interés a la rehabilitación, fijándose metas de inclusión de servicios básicos de rehabilitación en los programas de atención médica. De los 15 países (4 de cada 5) que dieron respuesta a esta sección de la Evaluación se fijaron tales metas, en contraste con la situación a comienzos de la década en que sólo 4 de cada 9 le habían otorgado importancia al problema.

El avance neto que puede observarse en este campo se deja notar en la creciente preocupación por brindar cierto tipo simple de servicios a un mayor número de incapacitados, en vez de ofrecer acceso a servicios sofisticados sólo a un número reducido de dichos pacientes.

D. EDUCACION PARA LA SALUD

META REGIONAL: Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades, en todas las acciones de prevención y curación de las enfermedades.

Al iniciarse la década, casi todos los países de la Región contaban con servicios de educación para la salud, dentro de la estructura institucional del sector. Se podía observar, sin embargo, que su nivel operativo era restringido, tanto en su cobertura como en el tipo de acciones realizadas. El campo general de la educación para la salud seguía rumbos marcados por necesidades de otra índole y no se hallaba en consonancia con las orientaciones actuales de los procesos de participación de la comunidad. Durante la década se han producido cambios importantes en dichas orientaciones; la educación para la salud se concibe actualmente como parte integrante del desarrollo mismo de las comunidades y las técnicas empleadas están siguiendo un proceso de transformación para hacerlas congruentes con los requerimientos de la extensión de la cobertura y de la atención primaria.

En 21 de 23 países se han fijado metas de desarrollo en el campo de la educación para la salud que conciben a ésta incorporada dentro de un proceso de desarrollo integral de las comunidades y utiliza técnicas modernas de comunicación social para movilizar los recursos de las comunidades en apoyo de las acciones que desarrollan las unidades de atención de la salud, tanto como para desarrollar acciones por sí mismas y en su propio beneficio. La transformación en las orientaciones de la educación para la salud está todavía en marcha y en la mayor parte de países no se dispone aún de los recursos suficientes para la implementación de los planes y estrategias nacionales que se han trazado.

E. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

	1. Sistema nacional de vigilancia															2. Recursos humanos del sistema	3. Participación de la comunidad	
	1.1 Unidad de vigilancia a nivel central dentro es tructura administ.			1.2 Unidades de vigilancia en regiones o áreas de salud			1.3 Normas técnicas de funcionamiento			1.4 Sistema de información			1.5 Cobertura geográfica					
	Existe	Deficiente organizada	No existe	En todas	Algunas	No existen	Adecuadas	Deficientes	En revisión	Eficiente	Deficiente	En revisión	Todo el país	Parte del país	Suficientes			Escasos	Efectivos	Escasos
Argentina																		
Bahamas	x				x			x					x				x	x
Barbados	x			x			x		x			x					x	x
Bolivia																		
Brasil	x			x				x		x		x				x		x
Canadá																		
Chile			x			x	x		x			x					x	x
Colombia	x				x			x	x		x		x				x	x
Costa Rica	x				x			x					x		x		x	x
Cuba	x			x				x				x		x			x	x
Ecuador	x	x			x			x				x		x			x	x
El Salvador	x			x				x					x				x	x
EE.UU.A.	x			x				x				x		x			x	x
Guatemala		x			x				x				x				x	x
Guyana		x				x				x			x				x	x
Haití	x				x				x				x				x	x
Honduras	x			x			x					x		x			x	x
Jamaica	x				x				x								x	x
México	x			x				x		x		x					x	x
Panamá	x				x				x				x				x	x
Paraguay		x								x			x				x	x
Peru	x			x					x				x				x	x
R. Dominicana		x											x				x	x
Suriname		x											x				x	x
Uruguay	x				x							x	x				x	x
Venezuela	x				x				x				x				x	x

a/ En áreas técnica y administrativa.

E. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

META REGIONAL: Crear y mantener unidades de vigilancia epidemiológica de acuerdo con la organización nacional y la estructura de regionalización de cada país.

Todos los países, salvo uno, disponen de una unidad de vigilancia a nivel central dentro de su estructura administrativa. En seis casos se menciona que dicha unidad se encuentra deficientemente organizada.

Diez países (menos de la mitad) cuentan con unidades de vigilancia en todas sus regiones o áreas de salud, mientras que otros diez países sólo disponen de ellas en algunas de sus regiones o áreas de salud. En dos países no existen unidades periféricas.

Las normas técnicas de funcionamiento de sistema nacional de vigilancia se consideran adecuadas en diez países y deficientes en el resto, encontrándose en revisión en siete países.

Solamente ocho países (algo más de un tercio) consideran que el sistema de información que alimenta su sistema de vigilancia es eficiente. El resto de los países lo considera deficiente y lo tiene en revisión en seis casos.

En la mitad de los países la cobertura geográfica del sistema de vigilancia es total para el país, mientras que en la otra mitad solamente tiene una cobertura parcial.

Se han hecho progresos en la organización de los sistemas de vigilancia epidemiológica de los países de la Región. Sin embargo los logros obtenidos distan algo del ideal que llevó a los países a preocuparse por este aspecto entre los términos del Plan Decenal de Salud para las Américas.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

IV, DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

1. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS														
1.1 Reforma administrativa										1.2 Macroadecuación administrativa				
¿Existe un proceso de reforma administrativa en el sector salud?										¿Se ha dado un diagnóstico sectorial?		Análisis de instituciones analizadas		Proposiciones del diagnóstico sectorial consideradas para la macroadecuación administrativa
En estudio		Participa el sector salud		Del sector salud		En proyecto				Ministerio de Salud	Seguro Social	Otras	Sí	No
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No se hizo macroadecuación
Argentina	x			x				x						
Bahamas		x												x
Barbados		x						x		x		x		
Bolivia														
Brasil	x			x				x		x				x
Canadá														
Chile	x			x				x		x				
Colombia		x				x		x		x		x	x	
Costa Rica	x			x				x		x				
Cuba	x			x				x				x	x	
Ecuador	x			x				x		x		x	x	
El Salvador	x			x				x		x		x	x	
EE.UU.A.	x		x	x				x		x		x	x	
Guatemala	x			x				x		x		x	x	
Guyana	x			x				x		x		x	x	
Haití		x		x				x		x		x	x	
Honduras	x			x				x		x		x	x	
Jamaica	x			x				x		x		x	x	
México	x			x				x		x		x	x	
Panamá		x		x				x		x		x	x	
Paraguay		x		x				x		x		x	x	
Peru	x			x				x		x		x	x	x
R. Dominicana		x		x				x		x		x	x	x
Suriname	x			x				x		x				
Uruguay	x			x				x		x		x	x	
Venezuela	x			x				x	x	x		x	x	

1. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

1.1 Reforma administrativa

En el año 1971 la gran mayoría de los países dieron importancia a este aspecto del desarrollo de la infraestructura y se fijaron metas para el año 1980 con respecto a la adecuación administrativa y al funcionamiento de los servicios administrativos.

En 17 de 24 países existe un proceso de reforma administrativa en el sector público. En tres de ellos dicho proceso no existe y en otros cuatro se encuentra en estudio. El sector salud ha participado en todos los procesos de reforma administrativa y está participando en el estudio de la reforma del sector público. El proceso de reforma administrativa del sector salud mismo está en marcha en 19 de los 24 países que participaron en esta evaluación; los otros cinco países manifiestan que tienen dicha reforma administrativa del sector salud en proyecto. Esta situación muestra el interés mantenido durante toda la década por los países, en organizar sus sistemas administrativos, normarlos y hacerlos más eficientes.

1.2 Macroadecuación administrativa

En todos los países, salvo dos, se ha hecho un diagnóstico sectorial y también en todos los países, salvo tres, se ha hecho un análisis más detenido de cada una de las instituciones más importantes que integran el Sector Salud ya sea el Ministerio, las instituciones de seguridad social u otras. El diagnóstico sectorial y el análisis institucional ha llevado a hacer proposiciones para la macroadecuación administrativa del sector en 15 países, en los que ello se ha efectuado o se encuentran en proceso. En tres países esta macroadecuación no se ha realizado.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

1. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

	1.3 Adecuación de la administración institucional																					
	Reestructuración intrainstitucional									Regionalización						Reglamentación orgánica						
	Del ministerio			Del seguro social			De otras instituciones			Organización de los servicios administrativos según niveles de operación			Del seguro social			Ley orgánica del sector			Reglamento orgánico institucional			
	Sí	No	En proyecto	Sí	No	En proyecto	Sí	No	En proyecto	Sí	No	En proyecto	Sí	No	En proyecto	Sí	No	En proyecto	En estudio o revisión	Ministerio	Seguro Social	Otros
Argentina	x																					
Bahamas		x																				
Barbados		x																				
Bolivia																						
Brasil		x																				
Canadá																						
Chile	x																					
Colombia	x																					
Costa Rica		x																				
Cuba	x																					
Ecuador	x		x																			
El Salvador		x																				
EE.UU.A.	x		x																			
Guatemala																						
Guyana		x																				
Haití		x																				
Honduras	x																					
Jamaica	x		x																			
México	x		x																			
Panamá		x																				
Paraguay		x																				
Peru		x																				
R. Dominicana		x																				
Suriname		x																				
Uruguay	x																					
Venezuela		x																				

1.3 Adecuación de la administración institucional

1.3.1 Reestructuración intrainstitucional

La reestructuración institucional del Ministerio de Salud se ha llevado a cabo en diez países mientras que en los 12 países restantes de los 22 que brindaron información para la presente evaluación, dicha reestructuración se encuentra en proceso. Se nota así la preocupación de los gobiernos por adecuar la estructura administrativa de sus ministerios a las necesidades de los programas de salud.

Sólo en cuatro países se menciona que la reestructuración intrainstitucional se ha llevado a cabo también en las instituciones del Seguro Social, mientras que en otros ocho países dicha reestructuración se halla en proceso y en cuatro no se ha llevado a cabo.

También se menciona en nueve países que la reestructuración de otras instituciones del Sector se ha efectuado o se halla en proceso.

1.3.2 Regionalización

Los países han llegado, en su mayor parte, a considerar la necesidad de organizar sus servicios administrativos según niveles de atención. Esta organización según niveles se ha realizado en los ministerios de salud de 14 países (dos de cada tres), mientras que en otros ocho países ésta se encuentra en proceso.

En ocho países se han organizado los servicios administrativos según niveles de operación en las dependencias del seguro social y otros cuatro países mencionan que tal organización se halla en proceso.

1.3.3 Reglamentación orgánica

Quince países (cinco de cada ocho) cuentan con una ley orgánica del sector y otros cuatro países tienen esta ley en revisión.

También en 15 países (cinco de cada ocho) los ministerios de salud pública cuentan con un reglamento orgánico institucional. Solamente ocho países indican que el seguro social también cuenta con este reglamento. En 15 países también se menciona la existencia de reglamentos orgánicos institucionales de otras agencias del sector.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

1. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

1.3 Adecuación de la administración institucional (Cont.)														Desarrollo e implantación de manuales administrativos p/uso en todos los niveles de administración
Reestructuración y adecuación de los servicios administrativos														
(a) Personal		(b) Presupuesto		(c) Contabilidad		(d) Suministros		(e) Comunicaciones		(f) Transportes		(g) Serv. generales		
S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	S / No	En Proceso	
Argentina	x		x	x		x							x	
Bahamas		x		x		x		x		x			x	x
Barbados	x				x			x				x		x
Bolivia														
Brasil	x	x		x	x	x		x	x		x	x		x
Canadá														
Chile		x		x	x		x		x		x			
Colombia		x		x		x		x		x			x	
Costa Rica		x		x		x		x		x			x	x
Cuba	x		x		x		x		x		x		x	
Ecuador	x		x		x		x		x		x		x	x
El Salvador		x		x		x		x		x			x	x
EE.UU.A.		x		x		x	x		x		x		x	x
Guatemala		x		x		x		x					x	x
Guyana		x		x		x		x			x		x	x
Haití		x		x		x		x			x		x	x
Honduras		x	x		x		x		x		x		x	x
Jamaica														
México	x		x		x		x		x		x		x	
Panamá		x		x		x		x		x			x	x
Paraguay		x		x		x		x		x			x	x
Peru		x		x		x		x		x			x	x
R. Dominicana		x		x	x		x		x	x			x	x
Suriname		x		x		x		x		x			x	x
Uruguay		x		x		x		x		x			x	x
Venezuela		x		x		x		x		x			x	x

1.3 Adecuación de la administración institucional (Continuación)

1.3.4 Reestructuración y adecuación de los servicios administrativos

Se ha producido avances importantes en la reestructuración y adecuación de los servicios administrativos del sector salud en los países y principalmente en lo que se refiere a los ministerios de salud pública. La respuesta de 22 países a cada uno de los componentes de los servicios administrativos son las siguientes:

- a) **Personal:** En seis países (uno de cada cuatro) se ha reestructurado y adecuado los servicios de personal; en todo el resto de países tal reestructuración y adecuación se halla en proceso.
- b) **Presupuesto:** En cinco países se ha logrado la reestructuración y adecuación de los procesos presupuestarios; en todos los demás países esta reestructuración y adecuación está en proceso.
- c) **Contabilidad:** En ocho países (uno de cada tres) se ha logrado un ordenamiento de los procedimientos de contabilidad; en todo el resto menos uno, tal adecuación se encuentra en proceso.
- d) **Suministros:** En cinco países (uno de cada cinco) se ha logrado avances en la adecuación de los sistemas de suministros a las necesidades de los programas; en el resto de países salvo tres, los sistemas de suministros están en un proceso de adecuación.
- e) **Comunicaciones:** Cinco países (uno de cada cinco) mencionan haber concluido la adecuación de su sistema de comunicaciones; en el resto de países, excepto dos, tal adecuación se halla en proceso.
- f) **Transportes:** En seis países (uno de cada cuatro) se ha logrado racionalizar y metodizar el uso de los transportes; en cuatro de ellos no se han efectuado acciones en este sentido y en el resto de países se encuentra en proceso el mejoramiento de los servicios de transporte.
- g) **Servicios generales:** Cinco países (uno de cada cinco) mencionan tener esta parte de los servicios administrativos adecuada a sus necesidades, en tres países no se ha hecho ninguna acción y en el resto de países se encuentra en proceso la reestructuración y adecuación de los servicios generales.

1.3.5 Manuales administrativos

La existencia de manuales administrativos para uso en todos los niveles de la administración es un indicador útil del estado en que se encuentran los servicios administrativos. De los 20 países que informaron, seis indican (tres de cada diez) que esos manuales existen, dos que no existen y los 12 restantes informan que los manuales están en elaboración.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

	2. SISTEMAS DE INFORMACION																										
	2.1 Sistema nacional de información en salud				2.2 Cobertura del sistema				2.3 Coordinación de sistemas de información				2.4 Unidades de información a nivel														
	Político-administrativa		Sectorial		Programática		Intersectorial		Interinstitucional		Interprogramas		Institucional		De programas												
	Organizado	Parcialmente organizado	No organizado	En estudio	Nacional	Parcial	Mixta	Todo el sector	Algunas instituciones	Mixta	Todos los programas	Algunos programas	Adecuada	Deficiente o inadecuada	No existe	Adecuada	Deficiente o inadecuada	No existe	Adecuada	Deficiente o inadecuada	No existe	Sectorial	Ministerio	Instituciones de salud humana y animal	Otros		
Argentina																											
Bahamas	x				x																						
Barbados	x				x																						
Bolivia																											
Brasil					x																						
Canadá																											
Chile	x																										
Colombia	x																										
Costa Rica	x																										
Cuba	x																										
Ecuador	x																										
El Salvador																											
EE.UU.A.	x																										
Guatemala																											
Guyana																											
Haití	x																										
Honduras	x																										
Jamaica	x																										
México																											
Panamá	x																										
Paraguay																											
Peru	x																										
R. Dominicana	x																										
Suriname	x																										
Uruguay	x																										
Venezuela	x																										

2. SISTEMAS DE INFORMACION

META REGIONAL: Implantar y desarrollar sistemas de información, evaluación, control y decisión con la profundidad y el detalle que requieren los procesos de administración y planificación.

2.1 Organización del sistema nacional de información en salud

Según las respuestas obtenidas de 23 países, 19 de ellos (8 de cada 10) tienen organizado su sistema de información en salud aunque diez países mencionan que su organización es solamente parcial; solamente uno no lo ha organizado y otros tres lo tienen en estudio.

2.2 Cobertura del sistema

La cobertura políticoadministrativa del sistema de información en salud es de carácter nacional en 15 de los países; parcial en dos de ellos, y mixta (es decir que en ciertos aspectos es de carácter nacional y en ciertos otros cubre solamente algunas áreas políticoadministrativas) en seis países. En cuanto a la cobertura sectorial, en la mayor parte de los casos cubre todo el sector. En seis países cubre solamente algunas instituciones y en cinco tiene una cobertura mixta en el sentido de que para algún tipo de información cubre a todo el sector y para otro tipo cubre sólo algunas instituciones.

En lo que se refiere a la cobertura programática, los sistemas de información en diez países envuelven a todos los programas de salud y 13 países solamente incorporan algunos programas.

2.3 Coordinación de sistemas de información

La coordinación intersectorial del sistema de información en general es deficiente o inadecuada. Solamente cinco países (uno de cada cinco) consideran que ella es adecuada.

La coordinación interinstitucional también se considera en la mayor parte de los casos deficiente o inadecuada y por último la coordinación de los sistemas de información interprogramas es también deficiente o inadecuada en la mayor parte de casos aún cuando en seis países se piensa que es lo suficientemente adecuada.

El problema de coordinación de sistemas de información se halla presente prácticamente en todos los niveles de los sistemas de servicios de salud y en todos los sectores.

2.4 Unidades de información

Catorce países mencionan la existencia de unidades de información a nivel sectorial. En cambio en 15 países existen unidades de información a nivel del ministerio y solamente tres países muestran unidades de información administrativa a nivel de instituciones de salud.

Existen también en algunos casos (cuatro países) unidades de información específicas para programas de salud humana o animal.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
2. SISTEMAS DE INFORMACION

	2.5 Areas de información que cubre el sistema														
	Recursos humanos									Recursos físicos					
	Disponibilidad			Formación y capacitación			Utilización			Disponibilidad		Formación y capacitación		Utilización	
	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No
Argentina															
Bahamas	x														
Barbados			x						x					x	
Bolivia															
Brasil		x			x				x				x		
Canadá															
Chile	x			x					x					x	
Colombia	x			x					x					x	
Costa Rica		x		x									x		
Cuba	x			x					x					x	
Ecuador	x			x					x					x	
El Salvador		x		x					x					x	
EE.UU.A.	x			x					x					x	
Guatemala		x		x					x					x	
Guyana		x		x						x			x		x
Haití		x		x					x				x		x
Honduras		x		x					x					x	
Jamaica		x		x					x				x		x
México	x			x					x					x	
Panamá	x				x				x					x	
Paraguay		x		x					x					x	
Peru		x			x				x					x	
R. Dominicana		x		x					x					x	
Suriname	x			x					x					x	
Uruguay		x			x								x		x
Venezuela		x		x					x					x	

2.5 Areas de información que cubre el sistema

2.5.1 Recursos humanos

En 20 de 23 países el sistema de información cubre los aspectos de disponibilidad de los recursos humanos aunque en 11 de ellos tal información es solamente parcial. Solamente tres países no proporcionan información acerca de la disponibilidad de estos recursos.

En 19 países el sistema de información cubre la formación y capacitación de recursos humanos aún cuando en 11 de estos tal información es solamente parcial y en cuatro países el sistema no brinda dicha información.

En 21 países el sistema de información abarca el área de la utilización de los recursos humanos aunque en 12 de ellos solamente lo cubre parcialmente.

2.5.2 Recursos físicos

En la mayoría de los países (20 de 23) el sistema de información cubre el área de la disponibilidad de los recursos físicos aunque en la mitad de ellos la cubre sólo parcialmente. En 16 países se cuenta con sistemas que brindan información acerca de la formación de los recursos físicos aunque en la mayoría de ellos (12 países) esta información es solamente parcial.

En 20 países los sistemas de información cubren el área de la utilización de los recursos físicos pero solamente en ocho de ellos tal información es completa.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
2. SISTEMAS DE INFORMACION

	2.5 Areas de información que cubre el sistema (Cont.)															
	Recursos financieros						Producción de servicios	Vigilancia epidemiológica	Salud ambiental			Programación y control administrativo				
	Disponibilidad			Utilización					Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No
	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente								
Argentina																
Bahamas	x			x		x				x						x
Barbados	x			x		x				x						x
Bolivia																
Brasil	x			x		x				x						x
Canadá																
Chile						x				x						
Colombia		x		x		x				x				x		
Costa Rica	x	x		x	x	x				x				x		x
Cuba	x					x				x				x		
Ecuador		x		x		x			x				x			
El Salvador		x		x		x				x				x		
EE.UU.A.		x		x		x				x				x		
Guatemala	x			x		x				x				x		x
Guyana		x		x		x				x				x		x
Haití		x		x		x				x				x		
Honduras	x			x		x				x				x		
Jamaica		x		x		x				x				x		x
México	x			x		x				x				x		
Panamá	x			x		x				x				x		
Paraguay		x		x		x				x				x		x
Perú		x		x		x				x				x		x
R. Dominicana				x		x				x				x		
Suriname	x			x		x				x				x		
Uruguay				x		x				x				x		x
Venezuela		x		x		x				x				x		

2.5 Areas de información que cubre el sistema (Continuación)

2.5.3 Recursos financieros

Los sistemas de información de 22 países cubren el área de la disponibilidad de recursos financieros aunque en 12 de ellos tal información es parcial. El área de utilización de los recursos financieros es cubierta por los servicios de información de 21 países aunque en 11 de ellos tal información es solamente parcial.

2.5.4 Producción de servicios

En todos los países el sistema de información cubre el área de la producción de los servicios; sin embargo solamente 11 la cubren en su totalidad y 12 brindan información parcial.

2.5.5 Vigilancia epidemiológica

Todos los países incorporan en su sistema de información el área de la vigilancia epidemiológica; sin embargo en diez de ellos tal información es sólo cubierta parcialmente.

2.5.6 Salud ambiental

Todos los países con excepción de uno tienen en su sistema de información la cobertura del campo de la salud ambiental; sin embargo tal cobertura es solamente parcial en dos de cada tres países.

2.5.7 Programación y control administrativo

Los sistemas de información cubren el área de programación y de control administrativo solamente en siete países (uno de cada tres); en diez países tal cobertura es solamente parcial, y en cuatro países no está incluido este aspecto dentro del sistema de información.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
2. SISTEMAS DE INFORMACION

	2.5 Areas de información que cubre el sistema(Cont.)										2.6 Sistema de informes		2.7 Computación electrónica		
	Información científica y tecnológica										Existe un sistema regular y escalonado de control		Contempla su uso para procesamiento de datos		
	A nivel nacional		A nivel institucional		Intercambio con otros países		Otros programas		Otras áreas						
	Sí	Parcialmente	Sí	Parcialmente	Sí	Parcialmente	Sí	Parcialmente	Sí	Parcialmente	En estudio	Sí	No	En estudio	
Argentina															
Bahamas													x	x	
Barbados															x
Bolivia															
Brasil		x													
Canadá				x										x	x
Chile		x		x											
Colombia	x														
Costa Rica			x											x	x
Cuba	x														
Ecuador			x												
El Salvador		x													
EE.UU.A.															
Guatemala	x														
Guyana															
Haití		x													
Honduras			x												
Jamaica															
México		x													
Panamá			x												
Paraguay															
Perú															
R. Dominicana		x													
Suriname															
Uruguay															
Venezuela															

a/ Deficiente

2.5 Areas de información que cubre el sistema (Continuación)

2.5.8 Información científica y tecnológica

La información científica y tecnológica es un área que no está cubierta satisfactoriamente por los sistemas de información. Son pocos los países que cuentan con sistemas que cubren este tipo de información en su totalidad: sólo tres a nivel nacional y cuatro a nivel institucional; cuatro tienen intercambio de esta información con otros países.

2.6 Sistemas de informes

En la mayoría de los países (15 de 23) existen sistemas regulares y escalonados de informes para el control de la gestión técnicoadministrativa. No existen estos informes en tres países y en otros cinco se encuentran en estudio.

2.7 Uso de la computación electrónica

Solamente hay tres de 23 países que mencionan que no utilizan computación electrónica para el procesamiento de sus datos.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADISTICAS DE SALUD																						
3.1 Estado Actual de los Sistemas de Produccion de Datos																						
Estadísticas Vitales																						
	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Ultimo año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION		3.1.5. UTILIZACION									
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completo	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros (importantes)	Deficiente	No se ha evaluado	Amplia	Restringida	Pocas		
Argentina																						
Bahamas	x			1980	x																	
Barbados	x				x																	
Bolivia														x								
Brasil				1976	x																	
Canadá																						
Chile	x				x									x								
Colombia	x				x																	
Costa Rica	x				x																	
Cuba	x				x																	
Ecuador	x				x																	
El Salvador	x				x																	
EE.UU.A.	x				x																	
Guatemala																						
Guyana	x			1981	x																	
Haití	x																					
Honduras	x				x																	
Jamaica	x				x																	
México	x				x																	
Panamá	x				x																	
Paraguay	x				x																	
Peru	x			1981	x																	
R. Dominicana	x				x																	
Suriname	x				x																	
Uruguay	x				a	x																
Venezuela	x				x																	

3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1. Estado actual de los sistemas de producción de datos

● Estadísticas Vitales

Veintitrés países informaron acerca de la existencia de un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos con respecto a las estadísticas vitales. Diez de estos países, es decir poco menos de la mitad, consideran que el sistema es adecuado y los 13 países restantes lo describen como deficiente.

La cobertura de este sistema es de todo el sector salud, excepto en un país que declara que la cobertura se restringe al Ministerio de Salud y otro país que desconoce la cobertura.

Al iniciarse el año 1980 habían ocho países que tenían sus estadísticas vitales disponibles en publicaciones oficiales para el año 1978; otros ocho países la tenían disponibles para el año 1977 y el resto para diversos años que van de 1972 a 1976. Quince países mencionaron que tenían en tabulaciones para uso interno las estadísticas correspondientes al año siguiente de aquel para el cual se había hecho una publicación oficial.

Nueve países (algo menos de la mitad) consideran que la calidad de la información es adecuada, mientras que otros nueve la consideran adecuada solamente para unos rubros importantes, los cuatro países restantes indican que la calidad de estas estadísticas es deficiente. Dieciséis países (8 de cada 11) indican que la utilización que se hace de las estadísticas vitales es amplia, mientras que los seis países restantes mencionan que tal utilización es restringida.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
3. ESTADÍSTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont.)																
Enfermedades Transmisibles																
3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION		3.1.5. UTILIZACION				
Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	COBERTURA DEL SISTEMA					En publicaciones para uso oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Acceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
			Todo el Sector Salud	Únicamente el Sector Público	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura							
Argentina	x								1978							
Bahamas			x													
Barbados	x			x												
Bolivia									1978							
Brasil									1975	1975		x				
Canadá																
Chile	x			x					1978							
Colombia	x			x												
Costa Rica	x			x					10/1979	10/1979		x				
Cuba	x			x					1978	1978		x				
Ecuador		x			x				1979							
El Salvador	x			x					1978	1979		x				
EE.UU.A.	x			x					1978	1979		x				
Guatemala			1980				x		1979	1979						
Guyana	x						x					x				x
Haití	x							x	1978	1979		x				
Honduras	x				x				1979	1979		x				x
Jamaica						x			1979							
México	x			x					1979	1979		x				
Panamá	x								x							
Paraguay		x							1980							
Peru	x			x					1977	1979		x				
R. Dominicana	x								1978	1979		x				
Suriname	x			x					1979			x				
Uruguay	x			x												
Venezuela	x			x					1977	1978		x				
									1978			x				

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Enfermedades transmisibles

Once países (algo menos de la mitad) consideran que poseen un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos acerca de enfermedades transmisibles que es adecuado para sus propósitos. Otros 12 países consideran que tal sistema existe pero es deficiente. Doce países (algo más de la mitad) tienen una cobertura de su sistema de estadísticas de enfermedades transmisibles de todo el sector salud, mientras que el resto cubre solamente toda o una parte del sector público o únicamente el Ministerio de Salud; un país tiene la cobertura de solamente un área de registro.

Los datos de un año cualesquiera están disponibles en un plazo de uno o dos años en publicaciones oficiales. En general, se dispone de dichos datos en tabulaciones para uso interno después de un año.

En diez países se considera que la calidad de la información es adecuada, mientras que en otros diez se considera aceptable sólo en algunos rubros importantes; los países informan que la calidad de la información es deficiente. Quince países mencionan que la utilización de la información es de carácter amplio, mientras que siete países la consideran de carácter restringido o escaso.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont.)

	Morbilidad de los pacientes egresados																			
	3.1.1.1.		COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.1.3.		3.1.1.4.		3.1.1.5.								
	Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos							DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		CALIDAD DE LA INFORMACIÓN		UTILIZACIÓN								
Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Únicamente el Sector Público	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de servicio o información	Otras Áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Acceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa	
Argentina	x										1978		x						x	
Bahamas											1978		x							x
Barbados	x				x															x
Bolivia												1978			x					x
Brasil	x																			
Canadá																				
Chile	x			x							1978		x						x	
Colombia	x				x						1978	1978	x					x		
Costa Rica	x										1974	1976				x				
Cuba	x								x			1978						x		
Ecuador	x										1977		x					x		
El Salvador	x										1976			x				x		
EE.UU.A.	x										1977	1979	x					x		
Guatemala	x			1980							1977	1979			x					x
Guyana	x										1977	1977		x						x
Haití	x										1978	1979							x	
Honduras	x										1978	1979	x					x		
Jamaica	x										1979	1979								
México	x			x							1976	1978	x					x		
Panamá	x											x	x							x
Paraguay	x										1977	1979		x						x
Peru	x										1977	1979		x				x		
R. Dominicana	x										1978	1979		x				x		
Suriname	x													x	x					x
Uruguay	x										1977	-		x				x		
Venezuela	x										1978		x					x		

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Morbilidad de pacientes egresados

Todos los países declaran disponer de un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos de morbilidad de los pacientes egresados, pero tres de cada siete países manifiestan que este sistema es deficiente. Se han realizado avances en este aspecto ya que al iniciarse el decenio solamente cuatro países consideraban que contaban con un sistema adecuado.

El sistema cubre todo el sector salud solamente en diez países, mientras que en el resto (otros 13 países) cubren en algunos casos únicamente instituciones del sector público especialmente el Ministerio de Salud.

A principios de 1980 existían datos disponibles de publicaciones oficiales del año 1968 solamente en cinco países, mientras que en tabulaciones para uso interno existían ya datos de 1969 en ocho países. Se nota un cierto retraso en la producción de las estadísticas que en tres países es de dos o más años.

La calidad de la información contenida se considera adecuada para las necesidades del país en doce países (algo más de la mitad); es aceptable sólo en algunos rubros en siete países, ésto es 1/3 de los países, y tiene deficiencias o se desconoce su calidad en tres países.

Se considera que la información producida tiene una utilización amplia en 12 países (algo más de la mitad), mientras que el resto se considera que la utilización es restringida o escasa.

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Produccion de Datos(Cont)																
Morbilidad atendida en consulta externa																
3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Ultimo año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION		3.1.5. UTILIZACION				
Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe						En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Acceptable solo en algunas rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
			Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completo	Una parte	Solo el piblico	Areas definidas de recolección de información	Otras areas	Se desconoce la cobertura			Se desconoce (No se ha evaluado)			
Argentina																
Bahamas	x									1978						
Barbados	x									1978						
Bolivia																
Brasil		x														
Canadá																
Chile		x														
Colombia	x									1978	x					
Costa Rica		x								1977						
Cuba			x													
Ecuador		x														
El Salvador	x									1976						
EE.UU.A.	x									n/a	x					
Guatemala		x	1980							1976	1977					
Guyana		x														
Haití		x								1978	1979					
Honduras	x									1978	1978					
Jamaica		x								1978						
México																
Panamá		x														
Paraguay		x								1977	1976					
Peru			x	1980												
R. Dominicana		x								1978	1979					
Suriname		x														
Uruguay	x									1976	1978					
Venezuela	x									1978						

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Morbilidad atendida en consulta externa

Solamente seis países disponen y consideran adecuado su sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de estadísticas de morbilidad de pacientes atendidos en consulta externa. En todo el resto de países el sistema no existe o es deficiente. La cobertura del sistema es bastante limitada en la mayor parte de países; en solamente tres de ellos se tiene una cobertura de todo el sector salud, tanto público como privado; en uno solamente se cubre a todo el sector público y en la mayor parte de los casos solamente se cubre las estadísticas del Ministerio de Salud Pública. En aquellos países que disponen de un sistema adecuado generalmente las estadísticas se encuentran disponibles de un año para el otro. En estos mismos países la calidad de la información se considera adecuada para el uso que el país le quiera dar. En el resto de países en su mayor parte la calidad de la información deja mucho que desear o se desconoce. La utilización que se hace de esta información es amplia solamente en cuatro países y es restringida o escasa en los demás.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont.)																				
Recursos Humanos																				
3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION		3.1.5. UTILIZACION								
Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completamente el Sector Público	Únicamente el Sector Público	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa	
Argentina																				
Bahamas	x									1978			x							x
Barbados	x				x					1978			x							x
Bolivia																				
Brasil		x	1981	x												x				x
Canadá																				
Chile	x									1978			x							x
Colombia	x										1978	1978	x				x			
Costa Rica					x					1978			x							
Cuba	x				x					1978	1978	1978	x							x
Ecuador	x												x				x			
El Salvador		x														x				x
EE.UU.A.	x				x					1977	197	197	x				x			
Guatemala		x	1980			x								x						x
Guyana	x												1978	x						x
Haití	x									x	1978	1979			x					x
Honduras					x						1978	1978	x				x			x
Jamaica		x	1980																	
México	x									x	1978	1979		x		x				
Panamá	x												x							x
Paraguay																				
Peru		x																		
R. Dominicana		x	1981								1978	1979			x					x
Suriname		x									1978	1979			x					x
Uruguay	x												x							x
Venezuela	x										1978									x

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Estadísticas sobre recursos humanos

En diez países se declara la existencia de un sistema adecuado de registros, recolección, procesamiento y análisis de los datos acerca de los recursos humanos. En cuatro países tal sistema no existe y en otros siete países el sistema existe pero es deficiente. Los cuatro países que declaran no disponer de tal sistema se proponen introducir mejoras durante 1980 y 1981.

Los sistemas tienen la cobertura de todo el sector salud en cinco países (uno de cada cuatro); en otros cuatro países la cobertura es de todo el sector público solamente y en otros 12 países cubre solamente una parte del sector público que en general es el Ministerio de Salud.

Las estadísticas están disponibles una vez transcurrido un año; su calidad se juzga eficiente en seis países, adecuada en nueve y aceptable solamente en algunos rubros importantes en seis países. La utilización de esta información se considera amplia en seis países (uno de cada cuatro), mientras que es restringida o escasa en el resto de países.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Produccion de Datos(Cont)

	Establecimientos															
	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Ultimo año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION			3.1.5. UTILIZACION		
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Unicamente el Sector Público					En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	CALIDAD DE LA INFORMACION		Amplia	Restringida	Escasa
				Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completo	Una parte	Solo el Ministerio de Salud				Areas definidas de registro o información	Otras areas				Se desconoce la cobertura	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)
Argentina																
Bahamas	x								1978		x					x
Barbados									1976		x					x
Bolivia																
Brasil		x	1980		x								x			x
Canadá																
Chile	x				x				1978		x		x			
Colombia	x				x				1976	1978	x			x		
Costa Rica						x			1978		x					
Cuba	x				x				1978	1978	x				x	
Ecuador	x				x				1979		x				x	
El Salvador	x				x							x				x
EE.UU.A.					x											
Guatemala	x		1980						1978	1979		x				x
Guyana	x				x				1978	1978	x					x
Haití	x	x							x	1978	1979		x			x
Honduras	x					x			1978	1979	x				x	
Jamaica		x					x									
México	x						x			1979	x				x	
Panamá	x								x		x				x	
Paraguay	x						x		1977				x			x
Peru	x		1980		x				1978		x				x	
R. Dominicana	x						x		1978	1979	x				x	
Suriname	x				x					x	x					x
Uruguay	x						x			1978						
Venezuela	x				x				1978		x				x	

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Establecimientos

En 13 países (más de cuatro de cada siete) existe un sistema adecuado de registros, recolección, procesamiento y análisis de los datos. En el resto de países (nueve) tal sistema es deficiente o no existe.

En 12 países las estadísticas de establecimientos cubren a todo el sector salud; en dos de ellos solamente tienen una cobertura del sector público en su totalidad y en el resto de casos solamente cubre las estadísticas de establecimientos del Ministerio de Salud.

Las estadísticas de establecimientos para un año dado generalmente se encuentran disponibles sólo después de transcurridos dos años. Quince países (tres de cada cuatro) consideran que la calidad de la información brindada por este sistema de estadística es adecuada, el resto la considera aceptable solamente en algunos rubros o deficiente. La utilización que se hace de esta información es amplia en la mitad de los países y se considera restringida o escasa en la otra mitad.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADÍSTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont)

	Servicios y atenciones en hospitales																	
	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION			3.1.5. UTILIZACION				
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud					En publicaciones para uso interno	En publicaciones oficiales	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
					Completo	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas										Se desconoce la cobertura
Argentina																		
Bahamas	x									1978								x
Barbados	x									1978								x
Bolivia																		
Brasil			x	1981	x										x			x
Canadá																		
Chile	x									1978								x
Colombia	x									1979								x
Costa Rica										1976	1977							
Cuba	x									1978	1978							x
Ecuador	x									1978								x
El Salvador	x									1978	1979							x
EE.UU.A.	x									1978	1978							
Guatemala										1978	1978							x
Guyana	x																	x
Haití	x									1978	1979							x
Honduras	x									1978	1979							x
Jamaica	x									1978	1978							
México	x									1978	1979							x
Panamá	x																	x
Paraguay	x									1977	1978							x
Peru	x									1977	1978							x
R. Dominicana	x									1978	1978							x
Suriname	x																	x
Uruguay	x									1979								x
Venezuela	x									1978								x

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Estadísticas de servicios y atenciones en hospitales

Doce países (más de la mitad) declaran que cuentan con un sistema adecuado de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos acerca de servicios y atenciones en hospitales; solamente un país declara que tal sistema no existe y los nueve países restantes indican que existe pero que tal sistema es deficiente.

En diez países (algo menos de la mitad) el sistema tiene una cobertura que abarca a todo el sector salud; en cinco países dicha cobertura abarca el sector público en su totalidad y en el resto de países solamente se limita a una parte del sector público y en general al Ministerio de Salud.

Los datos que proporciona el sistema se encuentran disponibles generalmente luego de transcurridos dos años de recolectados. La calidad de la información que proporcionan estos datos se considera adecuada en 13 países (más de tres de cada cinco) siendo aceptables solamente en algunos rubros en cinco países y deficiente en los cuatro países restantes. La mitad de los países mencionan que la utilización de esta información es amplia, mientras que la otra mitad indica que es restringida o escasa.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
3. ESTADÍSTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont.)

	Administrativas																			
	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos				3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA				3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION		3.1.5. UTILIZACION							
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completo	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
Argentina																				
Bahamas																				
Barbados	x				x						1978		x							x
Bolivia																				
Brasil	x						x					1980			x					x
Canadá																				
Chile																				
Colombia	x							x									x			
Costa Rica																				
Cuba	x				x						1978	1978	x				x			
Ecuador																				
El Salvador	x							x						x						
EE.UU.A.																				
Guatemala	x		1981				x													x
Guyana	x							x				1979			x					x
Haití	x	x						x						x						x
Honduras	x										1978	1979	x				x			
Jamaica																				
México																				
Panamá	x																			x
Paraguay																				
Perú	x	x									1979			x						
R. Dominicana	x																			x
Suriname	x																			x
Uruguay																				x
Venezuela	x																			

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Estadísticas administrativas

Solamente 16 países informaron con respecto al sistema de estadísticas administrativas. Siete de ellos juzgan que el sistema es adecuado para la recolección, procesamiento y análisis de los datos; otros siete países consideran que el sistema es deficiente y dos informan que tal sistema no existe.

En la mayor parte de casos el sistema cubre solamente las estadísticas administrativas del Ministerio de Salud. Solamente dos países indican que la cobertura es total del sector salud y otros cinco países informan que el sistema cubre al sector público ya sea en parte o en su totalidad.

Por la escasa información brindada aparentemente la disponibilidad de los datos es casi inmediata o a lo máximo los datos están disponibles al año siguiente al que corresponden. En siete países se considera adecuada la calidad de la información, en 13 aceptable en algunos rubros y en el resto se considera que la calidad es deficiente. Solamente cuatro países juzgan que la utilización que se hace de estas estadísticas es amplia, el resto la considera restringida o escasa.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont)

	Servicios y atenciones en otros establecimientos																			
	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION			3.1.5. UTILIZACION						
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Únicamente el Sector Público	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
Argentina		x										1978			x					x
Bahamas		x												x						x
Barbados	x					x														
Bolivia																				
Brasil		x	1981	*												x				x
Canadá																				
Chile	x				x						1978		x						x	
Colombia	x					x						1979	x						x	
Costa Rica						x					1976	1977	x							
Cuba	x				x						1978	1978	x						x	
Ecuador		x								x										
El Salvador	x					x					1978	1979	x						x	
EE.UU.A.											1977	1978	x							
Guatemala		x	1980				x				1978	1978		x						x
Guyana			x																	
Haití		x								x	1978	1979		x						x
Honduras	x	x					x				1978	1979	x						x	x
Jamaica																				
México	x					x					1978	1979		x					x	
Panamá	x						x						x						x	
Paraguay		x					x							x						
Peru		x	1981		x						1978	1978		x						x
R. Dominicana																				
Suriname		x					x						x							x
Uruguay																				
Venezuela	x					x					1978		x						x	

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Estadísticas de servicios y atenciones en establecimientos sin internación

De 18 países que dieron respuesta a esta sección de la evaluación nueve consideran que cuentan con un sistema adecuado de registros, recolección, procesamiento y análisis de los datos acerca de servicios y atenciones en establecimientos sin internación. Los otros nueve países estiman que tales sistemas son deficientes o que no existen.

Los sistemas en cuatro países tienen una cobertura total del sector salud; en otros siete países la cobertura es del sector público en su totalidad y en el resto solamente se cubre una parte del sector público y en especial el Ministerio de Salud.

La información sobre este tipo de estadísticas para un año dado se encuentra generalmente disponible una vez transcurrido uno a dos años. La calidad de la información es considerada adecuada por diez países (dos de cada tres) y aceptable solamente en algunos rubros importantes en cuatro países. En el resto se considera deficiente o se desconoce. En algo más de la mitad de los países se considera que la utilización que se hace de esta información es amplia, mientras que en el resto de países se considera que dicha utilización es restringida o escasa.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Produccion de Datos(Cont.)

Inversiones en Salud

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Ecuador
El Salvador
EE.UU.A.
Guatemala
Guyana
Hairf
Honduras
Jamaica
México
Panamá
Paraguay
Perú
R. Dominicana
Suriname
Uruguay
Venezuela

	3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos										3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Ultimo año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACION			3.1.5. UTILIZACION	
	Si, adecuado		Si, pero deficiente		No existe		Mejoras introducidas o por introducirse en el año		COBERTURA DEL SISTEMA					DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		CALIDAD DE LA INFORMACION			UTILIZACION			
	Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Completio	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa		
Argentina																						
Bahamas	*												1978									
Barbados	x				x								1979		x						x	
Bolivia																						
Brasil	x				x								1980	x							x	
Canadá																						
Chile																						
Colombia	x												1980	x							x	
Costa Rica																						
Cuba	x				x								1979	1978	x						x	
Ecuador																						
El Salvador	x					x															x	
EE.UU.A.																						
Guatemala	x			1981			x						1979		x						x	
Guyana	x												1978		x						x	
Hairf	x												1978	1979		x					x	
Honduras	x						x						1978	1979	x						x	
Jamaica																						
México													1978	1979		x					x	
Panamá	x																				x	
Paraguay																						
Perú																						
R. Dominicana																						
Suriname	x																					
Uruguay																						
Venezuela	x												1978									

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Inversiones en salud

Nueve de 18 países que informaron indican que poseen un sistema adecuado de registros, recolección, procesamiento y análisis de los datos. En los otros nueve países los sistemas son deficientes o no existen. En cuatro de estos países el sistema cubre las inversiones que se efectúan en todo el sector salud, mientras que en cinco países cubre únicamente el sector público en su integridad y en los otros seis países el sistema solamente contiene las inversiones que se efectúan en el Ministerio de Salud.

Los datos acerca de las inversiones se encuentran disponibles casi de inmediato. La calidad de la información se considera adecuada en ocho de los 18 países que informan y aceptable en sólo algunos rubros importantes en otros cinco; en los dos países restantes se considera que la calidad es deficiente. La utilización que se hace de la información que provee este sistema es amplia en siete de los países y es restringida en el resto de los países que informaron.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADÍSTICAS DE SALUD

3.1 Estado Actual de los Sistemas de Producción de Datos (Cont.)																				
Salud Ambiental																				
3.1.1. Existe un sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos			3.1.2. COBERTURA DEL SISTEMA					3.1.3. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS (Último año disponible)		3.1.4. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN		3.1.5. UTILIZACIÓN								
Si, adecuado	Si, pero deficiente	No existe	Mejoras introducidas o por introducirse en el año	Todo el Sector Salud	Únicamente el Sector Público	Una parte	Solo el Ministerio de Salud	Áreas definidas de registro o información	Otras áreas	Se desconoce la cobertura	En publicación oficial	En tabulaciones para uso interno	Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (No se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa	
Argentina	x											1978			x				x	
Bahamas																				
Barbados	x			x								1978	x							x
Bolivia														x						x
Brasil	x							x												
Canadá	x																			
Chile																				
Colombia	x				x							1978	x						x	
Costa Rica																				
Cuba	x			x							1978	1978	x							x
Ecuador	x	x	1981																	
El Salvador	x				x						1978	1979	x							x
EE.UU.A.		x	x																	
Guatemala	x		1981				x				1978	1978		x						x
Guyana	x			x								1978	x							x
Haití	x									x	1978	1979			x					x
Honduras	x				x						1978	1979	x						x	
Jamaica		x								x										
México	x																			
Panamá	x						x				x		x							x
Paraguay	x						x				1977	1978		x						x
Peru			x																	
R. Dominicana	x						x					1979		x						x
Suriname	x				x							x		x						x
Uruguay																				
Venezuela	x				x						1978		x						x	

3.1 Estado actual de los sistemas de producción de datos (Continuación)

● Estadísticas de salud ambiental

Solamente en ocho de 21 países existiría un sistema adecuado de registro, recolección, procesamiento y análisis de los datos de salud ambiental. En tres países se indica que tal sistema no existe y en otros diez el sistema existe pero con deficiencias. Solamente en cuatro países el sistema cubre la información de todo el sector salud; en tres países la cobertura es de todo el sector público solamente y en otros cinco únicamente cubre la información del Ministerio de Salud.

Los datos que proporciona este sistema para un año cualquiera están disponibles en general después de un plazo de uno a dos años.

Seis países (tres de cada siete) consideran que la calidad de la información de salud ambiental provista por este sistema es adecuada; otros tres países consideran que es aceptable solamente en algunos rubros importantes, mientras otros seis países consideran que la calidad es deficiente. La utilización de la información en seis países (dos de cada cinco) mencionan que la utilización que se hace de esta información es amplia, mientras que otros nueve países indican que tal utilización es restringida o escasa.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADÍSTICAS DE SALUD

3.2 Estadísticas vitales														
	Integridad de las estadísticas vitales		Subregistro estimado				Fuente de información acerca del subregistro				Porcentaje de defunciones con certificación médica		Planes para mejorar las estadísticas vitales	
	Se conoce	No se conoce	Nacimientos		Defunciones		Encuestas por muestreo	Otras investigaciones	Por datos censales	Otras fuentes	Existen	No existen		
			%	Año	%	Año								
Argentina	x		30	1978	5	1978		x			85	x		
Bahamas	x		2	1979	1	1979				x	100	x		
Barbados														
Bolivia														
Brasil	x		40	1978	40	1979				x	80			
Canadá														
Chile	x		9	1978				x			89			
Colombia	x		47	1975	29	1973			x		75			
Costa Rica	x		2	1976	1	1976			x	x	18	x		
Cuba	x		-4	1978	-4	1978		x			100			
Ecuador	x		15	1978	22	1978		x			53	x		
El Salvador	x				24	1970		x	x		43			
EE.UU.A.	x		-1	1978	-1	1978		x			99			
Guatemala	x		8	1978	10	1978			x		25	5 a		
Guyana		x									91	x		
Haití		x												
Honduras	x		10	1977	40	1977				x	151	x	x	
Jamaica		x												
México		x			20	c					78	x		
Panamá		x									75			
Paraguay		x									42			
Peru	x		29	1973	46	1973	x				67	x		
R. Dominicana	x		30	1970	45	1970	x	x						
Suriname	x		0	b	15	1977		x			85			
Uruguay	x		5	1975					x		98	x		
Venezuela	x				4	1978		x			71			

a/ Se mejoró. b/ Año no especificado. c/ Comprende el período 1972-1974.

3.2 Estadísticas vitales

Diecisiete países (más de siete de cada diez) conocen el grado de integridad de sus estadísticas vitales. En seis países el subregistro no es conocido.

Diez países han determinado su grado de subregistro a través de investigaciones especiales, otros cinco países utilizaron los datos censales para tal propósito y cuatro países emplearon otras fuentes. En 14 países que han determinado por algún medio el subregistro de sus nacimientos, éste varía entre el 1% y el 47% con un valor mediano del 10%. Solamente 20 países informaron acerca del porcentaje de defunciones con certificación médica; ésta va de un 18% a un 100% de las defunciones con una mediana situada entre 75% y 78%. En doce países se mencionó la existencia de planes para el mejoramiento de las estadísticas vitales.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

3. ESTADISTICAS DE SALUD

3.3 Equipo para el procesamiento de datos													
Existe equipo adecuado		Tipo de equipo					Personal			Suficientes máquinas de calcular		Planes para ampliar y mejorar el equipo	
		Electrónico	Electro-mecánico	Fabricación manual	Otro	Adiestrado	No adiestrado	Planes para adiestrar					
Sí	No							Sí	No	Sí	No	Sí	No
Argentina	x												
Bahamas		x											
Barbados													
Bolivia													
Brasil	x		x	x	x			x	x				x
Canadá													
Chile	x		x										
Colombia	x		x										
Costa Rica	x		x						x				x
Cuba	x		x	x									
Ecuador	x			x									
El Salvador		x		x	x				x				x
EE.UU.A.	x		x	x	x								
Guatemala		x		x					x				x
Guyana		x		x									
Haití		x		x									
Honduras	x		x	x	x								
Jamaica	x		x	x	x								
México	x		x										
Panamá	x		x										
Paraguay		x		x	x								
Peru	x		x										
R. Dominicana	x												
Suriname	x				x								
Uruguay	x		x										
Venezuela		x		x									

3.3 Equipo para el procesamiento de datos

En seis países de 22 no existe un equipo adecuado para el procesamiento de los datos estadísticos. En 13 países (algo más de la mitad) existe disponibilidad de equipo electrónico para el procesamiento de algunas o de todas las estadísticas de salud. En diez países (casi la mitad) se cuenta con equipo electromecánico para tal propósito y en cuatro de éstos, dicho equipo se complementa con el equipo electrónico en algunas elaboraciones. En nueve países se sigue utilizando la elaboración manual de los datos para procesar ciertas estadísticas.

En cuanto a la disponibilidad de personal para el procesamiento de la información hay cuatro países en los que dicho personal no se encuentra adiestrado. La mayoría de los países tiene planes para adiestrar al personal que se ocupa de estas actividades.

También en la mayor parte de países (ocho de cada diez) se tienen planes para mejorar y ampliar el equipo disponible para la elaboración de los datos.

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS														
4.1 Proceso de planificación de los recursos humanos														
	Integración con el proceso de planificación de la salud			Plan de desarrollo de los recursos humanos			Coordinación e integración con plan nacional de recursos humanos			Participación de las universidades en el proceso				
	Integrado	Parcialmente integrado	No integrado	Existe y en ejecución	Sólo formulación	Sólo proyectos aislados	No hay plan	Coordinado	Parcialmente coordinado	No coordinado	No hay Plan nacional	Participan	Participación limitada	No participan
Argentina														
Bahamas														
Barbados	x			x				x					x	x
Bolivia														
Brasil														
Canadá														
Chile	x			x				x					x	
Colombia	x			x				x				x		
Costa Rica		x			x					x			x	
Cuba	x			x				x				x		
Ecuador	x			x				x					x	
El Salvador			x			x					x		x	
EE. UU. A.														
Guatemala	x			x				x						x
Guyana			x		x					x			x	
Haití	x			x				x						x
Honduras	x			x				x					x	
Jamaica		x				x				x			x	
México		x				x				x			x	
Panamá		x			x					x			x	
Paraguay			x			x				x			x	
Perú														
R. Dominicana		x		x				x				x		
Suriname						x					x			x
Uruguay			x			x					x			x
Venezuela		x		x				x					x	

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.1 Procesos de Planificación de los Recursos Humanos

META REGIONAL: Es la de desarrollar en cada país un proceso de planificación de los recursos humanos integrado a la planificación de la salud. Esta meta está acompañada en el Plan Decenal por un conjunto de recomendaciones sobre estrategias para alcanzarla, como por ejemplo la integración con los procesos globales del desarrollo económico y social, la definición de funciones y módulos de personal asistencial, administrativo y de apoyo, la creación de nuevos tipos de personal, el incremento en número de personal disponible con miras a aumentar la cobertura, el reforzamiento de los sistemas de información, la formación de investigadores, la promoción de la investigación y el fortalecimiento de las instituciones y programas de formación de personal.

Los procesos de planificación de los recursos humanos adoptan en los países caracteres y modalidades muy diversas. En algunos países existen solamente mecanismos de coordinación, mientras que en otros el proceso cuenta con estructuras directivas permanentes, capacidad operativa y poder de decisión y ejecución. Asimismo varía ampliamente la cobertura institucional del proceso, según la más o menos activa participación de las instituciones utilizadoras del recurso humano. Varían los plazos de la planificación, desde la programación a corto plazo hasta las previsiones a largo plazo.

En la primera evaluación del Plan Decenal se pudo notar un fortalecimiento de los procesos en los años iniciales de la década: reconocimiento del problema, estructuración de unidades técnicas en los Ministerios de Salud, participación creciente de las instituciones del sector, incorporación de metodologías de enseñanza y capacitación, etc.

Al finalizar la década, los procesos muestran algún avance, pero no lo suficiente como para llenar las expectativas anticipadas en el Plan Decenal. Solamente 18 países dieron información respecto de la integración de la planificación de los recursos humanos con el proceso de planificación de la salud y menos de la mitad (8 países) declararon que tal proceso estaba integrado, mientras que otros 6 países (1 de cada 3) mencionaron que tal integración era solamente parcial. En 4 países los procesos no están integrados.

A pesar de que la situación en este sentido es aún poco satisfactoria, es indudable que se ha producido un avance importante al aumentar el número de países en los cuales se ha logrado una integración de ambos procesos de planificación.

En 10 de 20 países existe y se encuentra en ejecución el plan nacional de desarrollo de los recursos humanos. En 2 de los 10 países restantes no existe un plan. En 3 países el plan ha sido solamente formulado y en 5 sólo existen proyectos aislados. Nuevamente se nota un avance importante en la situación con respecto a la que prevalecía al comienzo de la década, cuando solamente 1 de cada 5 países contaba con un plan de desarrollo de los recursos humanos en ejecución.

En 5 países (1 de cada 4) de los 20 que brindaron información para la presente evaluación, se declara que no existe un plan nacional de desarrollo de los recursos humanos. En 1 de cada 3 de los 15 países restantes, el plan de desarrollo de los recursos humanos en salud está debidamente coordinado con el plan nacional. En 7 dicha coordinación es sólo parcial y en 3 no existe coordinación. La situación presente muestra también un avance en relación con la existente a comienzos de la década, ya que hay un mayor número de países que cuentan con un plan nacional de recursos humanos para el desarrollo y también un número mayor de países en el que el plan de desarrollo de los recursos humanos para la salud se encuentra coordinado, ya sea total o parcialmente con dicho plan nacional.

La participación de las universidades en el proceso de planificación de los recursos humanos para la salud continúa siendo limitada o es inexistente en la gran mayoría de países. No se puede apreciar avance alguno en esta situación durante la década; por lo contrario parecería insinuarse un deterioro.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.2 Programa de formación de recursos humanos																			
Inventario de recursos humanos de la salud (tipo, número, distribución y empleo)			Proyección de las necesidades de recursos humanos para cumplir plan de salud			Diseño y utilización de módulos de personal para maximizar la eficiencia de los servicios			¿Se ha creado nuevos tipos de personal?		Capacidad productiva de las instituciones a las necesidades del país		Capacidad de absorción de los recursos humanos por los servicios de salud del país						
Existe para el año	No existe	En elaboración	Sí	No	En elaboración	Sí	No	Se diseñaron	Sí	No	Se utilizan	Sí	No	Suficiente para todo tipo de personal	Suficiente sólo para cierto tipo de personal	No se ha determinado	Suficiente para todo tipo de personal	Suficiente sólo para cierto tipo de personal	No se ha determinado

Argentina																				
Bahamas		x																		
Barbados																				
1978																				
Bolivia																				
Brasil																				
Canadá																				
Chile																				
1979																				
Colombia																				
1978																				
Costa Rica																				
1979																				
Cuba																				
1979																				
Ecuador																				
1979																				
El Salvador																				
EE.UU.A.																				
Guatemala																				
1979																				
Guyana																				
1978																				
Haití																				
1974																				
Honduras																				
1974																				
Jamaica																				
1974																				
México																				
1980																				
Panamá																				
1974																				
Paraguay																				
1978																				
Perú																				
R. Dominicana																				
1979																				
Suriname																				
Uruguay																				
Venezuela																				

4.2 Programa de Formación de los Recursos Humanos

La programación de los recursos humanos requiere de un inventario actualizado de éstos que permita conocer su tipo, distribución y utilización o empleo. En la primera evaluación del Plan Decenal solamente existía tal inventario en 6 de 22 países que participaron en dicha evaluación. En 1980 son 13 de 22 países que cuentan con dicho inventario y en otros 6 países se está elaborando. Esta situación también constituye un avance en los sistemas de información necesarios al desarrollo de los recursos humanos.

Más de las dos terceras partes de los países han efectuado o se encuentran en proceso de hacerlo, la proyección de las necesidades de recursos humanos para cumplir con los planes nacionales de salud.

En la mitad de los países se han diseñado módulos de personal para maximizar la eficiencia de los servicios, aunque solamente en 3 de ellos se menciona que tales módulos están siendo utilizados. Se ha avanzado por lo menos en el diseño de los módulos, en relación a la situación observada en la primera evaluación; sin embargo, la utilización de tales módulos es aún reducida debido principalmente a la falta de mejores definiciones respecto de los niveles de atención de los servicios de salud de los países.

Diecisiete de 22 países declaran que durante la década ha habido la creación de nuevos tipos de personal dentro de los servicios de salud. A principios de la década la mayor parte de países tenían en estudio la conveniencia de estos nuevos tipos de personal, lo que demuestra la alta importancia que se asigna al recurso humano dentro de los diversos esquemas de producción de servicios adoptados por los países.

La capacidad productiva de las instituciones de formación y capacitación de personal es suficiente para todo tipo de personal solamente en 3 de 22 países. En todo el resto esta capacidad es suficiente sólo para cierto tipo de personal. Las deficiencias en capacidad de las instituciones formadoras o capacitadoras de los recursos humanos en salud es una barrera importante que no ha podido ser salvada y que se encuentra relacionada con la falta de coordinación entre las instituciones formadoras y las utilizadoras de dichos recursos. Por otro lado, estas instituciones no tienen capacidad suficiente de absorción para los recursos humanos de cierto tipo que pueden ser producidos. Sólo 6 de 22 países manifiestan que tienen capacidad de absorción suficiente para todo tipo de personal. En el resto de países es posible la absorción solamente de cierto tipo de personal.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal										
4.3.1. MEDICOS					4.3.2. ODONTOLOGOS					
Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el periodo 1971-1980		Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el periodo 1971-1980		
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	
Argentina	20.2	24.0 ^a	24.0		5.8	6.2 ^a				
Bahamas		8.9 ^b	9.2			1.0 ^b	1.1			
Barbados	5	7			0.6	0.7				
Bolivia										
Brasil	7.5 ^c				0.8					
Canadá										
Chile	6.2	6.2 ^a		2,776	3.4	4		1,445		
Colombia	4.6	5.7	6.4	7,412	8,900 ^c	1.7	1.9	2.6	1,965	3,007 ^c
Costa Rica	5.2	7.2	6.8	682	1,112	1.4	1.9	2.1		
Cuba		13.7	15.3	9,365	15,200		3	3.6	2,400	3,600
Ecuador	5.1 ^c	8.0	10.9		5,555 ^c	0.9	2.2	3.2		1,270 ^c
El Salvador	3.0	3.5	3.9	864		1.3	1.1 ^b	1.2	86	
EE.UU.A.			20.1	133,000				5.7	47,400	
Guatemala	2.8	4.6	5.1	2,154	3,000 ^c	0.4	0.7	0.8	351	151 ^c
Guyana	2.4	1.3 ^d			85 ^c	0.3	0.2 ^a			6 ^c
Haití	1.1 ^a	0.8 ^f	1.2	1,350		0.1 ^e	0.1 ^e	0.2	90	
Honduras	2.6	2.6	2.9	512 ^g	1,107	0.1	0.2	0.2	106 ^g	295
Jamaica	4.1 ^c	3.6	3.7		370	0.5	0.4	0.4		
México				40,010 ^e		3.4				8,720 ^c
Panamá	6.7	8.1	8.4	589		1.6	1.3	1.4	105	
Paraguay	5.8 ^c		5.2	770			2.5 ^h	2.7	330	
Peru	5.3	6.6	6.8	4,882	3,270 ^c	1.7	2.0	2.0	1,176	400 ^c
R. Dominicana	4.5 ^c	3.9					0.3			
Suriname	4.6	5.7	8.6	77			0.6	40		
Uruguay	11.6		19.3	2,252				7.1	875	
Venezuela	9.6	10.5	10.5	4,991	3,391	2.3	3.7	3.7	2,943	2,281

a/ Año 1977. b/ Año 1979. c/ "Primera Evaluación realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. d/ No incluye médicos de práctica privada. e/ Año 1973. f/ Año 1976. g/ Periodo 1973-1978. h/ Año 1974.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.1 Médicos

META REGIONAL: 8 médicos por diez mil habitantes.

Según la información de 22 países, en el año 1980 solamente 9 (3 de cada 7) habrían sobrepasado la meta regional. Los 13 países restantes muestran razones que van de 1.2 a 7 médicos por diez mil habitantes. Es decir, que 6 de los 9 países mencionados ya habían sobrepasado la meta regional al iniciarse la década; por lo tanto, la producción de médicos en los países de la América Latina y el Caribe, a pesar de haberse incrementado en números absolutos, no ha sido suficiente para llenar las expectativas existentes en el Plan Decenal de Salud. La meta ha mostrado ser muy ambiciosa y no tomó en cuenta las restricciones a la factibilidad, tanto en la producción como en la absorción por los sistemas de servicios de salud.

4.3.2 Odontólogos

META REGIONAL: 2 odontólogos por diez mil habitantes.

Doce de 23 países (algo más de la mitad) han alcanzado la meta regional y varios de ellos alcanzaron y sobrepasaron sus propias metas nacionales; de éstos, 5 países habían superado dicha meta ya al iniciarse la década. Los 11 países restantes presentan razones que van de 0.2 a 1.4 odontólogos por diez mil habitantes, hallándose bastante lejos de llegar al número propuesto en el Plan Decenal.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)										
4.3.3 ENFERMERAS					4.3.4 MEDICOS VETERINARIOS					
Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el período 1971-1980		Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el período 1971-1980		
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	
Argentina	2.1	6.7 ^a	7.0							
Bahamas		34.0	37.6	451						
Barbados	20	27		435						
Bolivia										
Brasil	3.6 ^b								13000 ^b	
Canadá										
Chile	2.7	3 ^a		2492						
Colombia	1.1	1.9	2.2	3485	5751 ^b	1350	2748	3128	1778	
Costa Rica	4.2	6.2	6.6			1	1	3	2	
Cuba		12.9	16.1	11000	16000					
Ecuador		0.6 ^{c,d}	2.4	156	2000		3			
El Salvador	3.0	3.3	3.8	503		95 ^e				
EE.UU.A.			52.5				375000	146000		
Guatemala	2.2	2.0	2.1	306	1606 ^b	75	305	365	290	
Guyana	2.5	10.1 ^a		900 ^b	10	15 ^a			12 ^b	
Haití	0.9 ^a	0.9 ^f	1.4	810						
Honduras	1.7	0.9	1.1	47 ^g	1661				74	
Jamaica	5.7 ^b	16.7	16.9	3205	3500		1	4	4	
México	4.1 ^b				25720 ^h					
Panamá	6.3	6.7	6.9	370					30 ^b	
Paraguay		2.8 ^h	3.7	520		395 ^h	586	385		
Peru	3.3	5.0	6.0	6531	2200 ^b	872	1433	1595	804	
R. Dominicana			0.7							
Suriname	10.6	18.6	23.9			6	8			
Uruguay		2.8	600				1200	329		
Venezuela	5.9	6.7	6.5	3150	4974					

a/ Año 1977. b/Fuente: Primera Evaluación, realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. c/ Año 1979. d/ Enfermeras del Ministerio de Salud. e/ Año 1973. f/ Año 1976. g/ Período 1973-1978. h/ Año 1974.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.3 Enfermeras

META REGIONAL: 4.5 enfermeras por diez mil habitantes.

En 12 de 22 países el número de enfermeras por diez mil habitantes en el año 1980 es superior a la meta regional. Seis de estos países ya habían superado la meta regional en el año 1971. Varios países hicieron esfuerzos muy importantes en formación de personal de enfermería, durante la década, aunque pocos de ellos cumplieron con su propia meta nacional de formación de enfermeras. La poca disponibilidad de enfermeras en los países de la América Latina continúa siendo un problema de importancia para los servicios de salud de la Región. Hay 11 países que tienen entre 0.7 y 3.8 enfermeras por diez mil habitantes, cifras éstas que prácticamente con cualquier definición de nivel de atención que adopten los sistemas de servicios de salud es un número inadecuado. Las metas del Plan Decenal, por lo tanto, no han sido cumplidas en promedio por los países de la Región.

4.3.4 Médicos Veterinarios

META REGIONAL: 18,000 veterinarios a ser adiestrados.

La información obtenida no es suficiente para determinar el cumplimiento de esta meta.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.5. INGENIEROS SANITARIOS					4.3.6. ESTADISTICOS				
Número disponible			Formados durante el periodo 1971-1980		Número disponible			Formados durante el periodo 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina									
Bahamas	1								
Barbados		1	1			1 ^b	1		2
Bolivia				1 ^a					
Brasil				290 ^a					150 ^a
Canadá									
Chile									
Colombia	40	247	317	272	351 ^a				35 ^a
Costa Rica	19		37	18	3	3	11	8	
Cuba						13	20	15	19
Ecuador	118 ^a				1 ^a	12			10 ^b
El Salvador	10	20 ^b	20		1				
EE.UU.A.									
Guatemala	7	63	79	72	1	2			
Guyana	4								
Haití		1 ^c	2					10	
Honduras	-	8	16 ^d	8	18	-	-	-	-
Jamaica	1	3	13	-	15	1	2	5	5
México	250 ^a				100 ^a				
Panamá	3	4	4	1	40 ^a	1	1	1	
Paraguay		17 ^e	21	7		2 ^e			
Perú	210	303	319	115	24 ^a				
R. Dominicana									
Suriname		1	1	1	-	-	-	-	-
Uruguay									
Venezuela	130 ^a								

a/ De la primera evaluación del Plan Decenal.
e/ Año 1974.

b/ Año 1979.

c/ Año 1976.

d/ Periodo 1973-1978.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.5 Ingenieros Sanitarios

META REGIONAL: 3,200 ingenieros a ser adiestrados.

No se obtuvo suficiente información para determinar el cumplimiento de esta meta.

4.3.6 Estadísticos

META REGIONAL: 300 estadísticos a ser adiestrados.

No se obtuvo información suficiente para determinar el cumplimiento de esta meta.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.7. ESPECIALISTAS EN REGISTROS MEDICOS					4.3.8. PLANIFICADORES				
Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980		Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina									
Bahamas	1 ^a	1	2	3	-	-	-	-	1
Barbados				1 ^b	-	2	2	2	2
Bolivia									
Brasil				50 ^b					1500 ^b
Canadá									
Chile									
Colombia					283 ^b	100	120	120	200 ^b
Costa Rica	1	3		2	16		26		10
Cuba									
Ecuador		1		24 ^b					
El Salvador	1	1 ^a	1		7	3		10	
EE.UU.A.									
Guatemala	7	62	62	45	4	14	14	10	
Guyana									1 ^b
Haití								2	
Honduras						8	10	8 ^c	
Jamaica	1	1	2	4	2	6	7	6	7
México					3 ^b				200 ^b
Panamá					5	7	7	2	70 ^b
Paraguay									
Peru					84	255	280	196	56 ^b
R. Dominicana									
Suriname	-	1	1	1	-	-	-	-	-
Uruguay									
Venezuela							40	25	
			542	225	200				

a/ Año 1979. b/ De la primera evaluación del Plan Decenal. c/ Período 1973-1978.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.7 Especialistas en Registros Médicos

META REGIONAL: 100 especialistas a ser adiestrados.

En su conjunto, esta meta fue cumplida debido a que algunos países le dieron gran importancia a este campo de especialización. Solamente 5 países informaron del número formado entre 1971 y 1980 y en un solo país (Venezuela) se adiestró a 225.

4.3.8 Planificación

META REGIONAL: 3,000 planificadores a ser adiestrados.

La información disponible no es suficiente para determinar el cumplimiento de esta meta; sin embargo, con la desaparición del Centro Panamericano de la Planificación de la Salud en 1976, se disminuyó casi en un 50% durante la década la posibilidad de adiestramiento de este tipo de personal. Por lo tanto, la meta regional probablemente no ha sido cumplida.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.9. ADMINISTRADORES					4.3.10. ESPECIALISTAS EN INFORMÁTICA				
Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980		Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina			10						
Bahamas				4 ^a					
Barbados	1	3	4						
Bolivia				1450 ^a					500 ^a
Brasil									
Canadá									
Chile				754					750 ^a
Colombia	312	886	1066						
Costa Rica	45		69	24					
Cuba			300	300					
Ecuador			100			4			38 ^a
El Salvador	5	75	22	102					
EE.UU.A.									
Guatemala	3	14	14	14					
Guyana				30					
Haití									
Honduras		19	21	19					2
Jamaica		5	7	7		1	1		
México									
Panamá									
Paraguay									
Peru	369	712	752	383					60 ^a
R. Dominicana						1		1	
Suriname									
Uruguay			8	8					
Venezuela									

a/ Año 1979.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.9 Administradores

META REGIONAL: 3,000 administradores a ser adiestrados.

Solamente doce países dieron información acerca del número de administradores adiestrados durante la década, que suman más de 1700. Si se supone que las magnitudes de personal adiestrado en el resto de países tienen más o menos el mismo orden, la meta regional podría haberse logrado, muy especialmente si el Brasil, que no brindó información, hubiera logrado su meta nacional de 1450 que se proponía adiestrar según lo declarado en la primera evaluación del Plan Decenal:

4.3.10 Especialistas en informática

META REGIONAL: 1,000 especialistas en informática a ser adiestrados.

La información disponible no permite evaluar el logro de esta meta.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)					
4.3.11. OTRAS ESPECIALIDADES PROFESIONALES					
ESPECIALIDAD	Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980	
	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina	Bioquímicos	5000	8500 ^a		
Barbados	Radiólogos	14	18	-	3
	Laboratoristas	36	45	-	2
	Fisioterapeutas	4	6		7
	Terapeutas Ocupac.		2		1
Chile	Obstetricas (Matronas)	1.6 ^b	2.3a, b		
Ecuador	Farmacéuticos		17		11 ^c
	Laboratoristas		10		
	Obstetricas		380		
El Salvador	Rehabilitación médica		51	108 ^d	25
Guatemala	Trabajador. Social.	350	900	1000	650
Jamaica	"Nurse Practitioner"	0	25	50	50
Perú	Químico-farmacéuticos	2588	3160	3400	881
	Obstetricas	1606	1992	2203	682
Suriname	Farmacéuticos	15	13	20	
Uruguay	Educadores Sanitarios			4	4

a/ Año 1977

b/ Número por 10,000 habitantes

c/ Médicos a formar en el primer curso de posgrado

d/ Año 1979

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.11 Otras especialidades: profesionales

No se establecieron metas regionales para este tipo de personal.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.12. Nivel Intermedio REGISTROS MEDICOS					4.3.13. Nivel Intermedio: ESTADISTICOS				
Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980		Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina									
Bahamas	2	2 ^a	3	5	10		3 ^a	3	3
Barbados	22	42	42	22		-	-	-	-
Bolivia									
Brasil				2000 ^b					125 ^b
Canadá									
Chile									
Colombia		620	730	730	1500 ^b	180	397	467	287
Costa Rica	44		108	64					454 ^b
Cuba									
Ecuador	180 ^b			400 ^b	51 ^b	1.0 ^d	1.3 ^d	940	1300
El Salvador	1	1	1				22	22	200 ^b
EE.UU.A.									
Guatemala	37	44	44	44	4	4	4	4	
Guyana		1	1						
Haití									
Honduras					8	27	45	19	
Jamaica		18	20	18	20	2 ^b	3	7	3
México	^e			^c	400 ^{bc}				360 ^{bc}
Panamá	7	43	43	36	20 ^b	9	19	21	12
Paraguay					27 ^e		43	18	26 ^b
Peru	^c	^c	^c	^c	149 ^c	251 ^c	289 ^c	140 ^c	75 ^{bc}
R. Dominicana					33 ^b	0.1 ^d	0.2 ^d		
Suriname		1	1	1	1	1	1	1	
Uruguay									
Venezuela									
	978		2553	1575	4000				

a/ Año 1979 b/ Dato de la primera Evaluación del Plan Decenal. c/ Especialistas en Registros Médicos integrados con Estadísticas de nivel intermedio. d/ Por 10,000 habitantes.
e/ Año 1974

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.12 Registros médicos: Personal de nivel intermedio

META REGIONAL: 4,000 técnicos de nivel intermedio a ser adiestrados.

No se dispone de información suficiente para determinar el cumplimiento de esta meta. De los datos brindados por 9 países puede suponerse que si el Brasil hubiera cumplido con su meta nacional de adiestrar a 2000 técnicos en registros médicos, tal como se propuso de acuerdo con la información que brindó en la primera evaluación del Plan Decenal, en conjunto con Venezuela y Colombia se habría superado la meta regional.

4.3.13 Estadística: Personal de nivel intermedio

META REGIONAL: 250 técnicos en estadística a ser adiestrados.

El número de técnicos en estadísticas de salud adiestrado en la Región supera ampliamente la meta regional propuesta.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)					
Especialidad	Número disponible			Formados o capacitados durante el período 1971-1978	
	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacional
Argentina	Radiología, Hemoterapia, Laborat.etc.		7420		
Colombia	Asistentes administrativos	207	498	578	371
	Promotores de Saneamiento	290	1330	1730	1440
	Técnicos en Mantenimiento Hospit.	-	30		
	Peritos en Mantenimiento Hospit.		74		
Costa Rica	Técnicos en Laboratorio	234		549	315
Cuba	Odontología		1.1*	1.2*	1400
	Laboratorio		4.8*	5.0*	5500
	Radiología		1.3*	1.4*	1500
Ecuador	Saneamiento			500	
Guatemala	(Especialidades sin especificar)		324	400	400
Honduras	Técnicos en Laboratorio	128	211	242	83
	Técnicos en Rayos X	49	71	86	22
	Técnicos en Mantenimiento		26	26	26
	Técnicos Anestesiastas	28	75	97	47
	Salud Pública Veterinaria	0	2	4	4	9
Paraguay	(Varias especialidades sin especificar)		398		
Perú	Técnicos en Saneamiento	281	382	420	139
	Técnicos en Laboratorio	101	650	750	649
	Técnicos en Radiología	29	287	331	302
República Dominicana	Técnicos en Rayos X		0.15*	0.11*	
	Técnicos Anestesiastas		0.10*	0.13*	
	Bachilleres en Enfermería			0.25*	
Suriname	Asistentes de Veterinaria			24	
	Parteras	42	50	40	

* Por 10,000 habitantes

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.14 Otro personal técnico de nivel intermedio

No se establecieron metas específicas para la formación de este tipo de personal.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.15 Auxiliares de enfermería					4.3.16 Auxiliares de estadística				
Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el periodo 1971-1980		Número disponible			Formados durante el periodo 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal
Argentina	4.5	9.2 ^a	11.2						
Bahamas		2.2 ^b	10.0						
Barbados	13.1	15.1		223					
Bolivia									
Brasil	8.1 ^c		14.5 ^c						
Canadá									
Chile	12.8	18.6 ^d	22.0 ^e						
Colombia	1.8	8.9	10.1	20815		620	730	730	
Costa Rica	13.0	16.4	23.1	2800	36 ^a		431 ^e		395 ^e
Cuba		14.2	13.4	15000	13300				
Ecuador		4.8	7.3	806	5000	...	161	...	45
El Salvador	4.6	5.7	5.9	1126			226	250	250
EE.UU.A.									
Guatemala	2.0	5.8	6.6	1993	5321 ^c	37	70	70	70
Guyana	5.1 ^c					-	-	-	-
Haití	1.6	1.2	1.6	700					86
Honduras	5.6	7.8	8.1	1181	5352	42	65	87	40 ^f
Jamaica							19	19	2
México	4.8 ^c			71280 ^c					
Panamá	12.7	15.8	20.0 ^c	835		28	130	148	120
Paraguay	7.1 ^d		7.8	650		234 ^d		370	165
Peru	2.9	4.4	4.7	4293	2400 ^c	223	639	745	522
R. Dominicana	6.8 ^c	8.4			4200 ^c		0.2 ^g	0.3 ^g	
Suriname	3.2	14.0	36.0						
Uruguay			54.3						
Venezuela	14.7		14.7	5655	3874				

a/ Año 1977. b/Año 1973. c/ Fuente: Primera Evaluación realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. d/ Año 1974. e/ Registros médicos. f/Periodo 1973-1978. g/ Por 10,000 habitantes.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.15 Auxiliares de enfermería

META REGIONAL: 14.5 auxiliares por 10,000 habitantes.

Solamente 19 países brindaron información adecuada para la evaluación. Ocho de ellos podrían haber alcanzado o superado el valor de la meta regional propuesta, mientras que el resto se encuentra aún muy por debajo, a pesar de que en varios casos se puede apreciar que las metas nacionales de adiestramiento de auxiliares de enfermería fueron superadas.

4.3.16. Auxiliares de estadística

META REGIONAL: 40,000 auxiliares a ser adiestrados.

Esta meta quedó muy lejos de ser alcanzada. Probablemente se haya llegado a la décima parte de ella.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

4. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

4.3. Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
4.3.17 Auxiliares de Odontología					4.3.18 Otro personal auxiliar				
Número disponible (por 10,000 habitantes)			Formados durante el período 1971-1980		Número disponible			Formados durante el período 1971-1980	
1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal	1971	1978	Estimado para 1980	Número estimado	Meta nacio- nal
						3000			
Argentina			1	10					
Bahamas									
Barbados	0.3		6						
Bolivia									
Brasil									
Canadá									
Chile	1.9	2.0							
Colombia	0.02	0.6	0.4	1390	1.76 ^a	4.57 ^b	5.23 ^b	8911	
Costa Rica	0.16		0.6		582		943		361
Cuba		4.0		4000	4100				
Ecuador	0.01	0.61		360		590			
El Salvador									
EE.UU.A.									
Guatemala									
Guyana	6.14 ^a	0.35				10			
Haití									
Honduras									
Jamaica	0.6	0.7	93	105	10	1169	2003	1172	2006
México									
Panamá									
Paraguay	0.1	0.4	80		743				
Peru									
R. Dominicana	0.1	0.1				0.45	0.95		
Suriname	0.8	2.1							
Uruguay		0.7							
Venezuela	1.6								

^a/ Año 1977. ^b/ Por 10,000 habitantes.

4.3 Formación y Capacitación de Personal (continuación)

4.3.17 Auxiliares de odontología

META REGIONAL: 2.2 auxiliares por 100,000 habitantes.

Solamente uno de los 9 países que informó había alcanzado esta meta en 1978, y otro país estaba cercano a ella. No hay mayor información para evaluar la meta regional.

4.3.18 Otro personal auxiliar

No se establecieron metas regionales específicas.

5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS												
Fueron fijadas metas para el Desarrollo de los Recursos Fisicos						5.1 Inventario de locales e instalaciones para la atención de la población			5.2 Plan de Desarrollo de la Capacidad Instalada			
Sí	No	En instalación	En mantenimiento	En reemplazo	En transformación	Existe			En elaboración	Existe	No existe	En preparación
						No existe	No actualizado	Actualizado				
Argentina	x						x				x	
Bahamas	x		x			x			x		x	
Barbados	x		x	x		x			x			
Bolivia												
Brasil	x ^a						x					x
Canadá												
Chile		x ^b										
Colombia									x		x	
Costa Rica	x ^b	x						x				x
Cuba	x ^b	x							x		x	
Ecuador	x		x						x		x	
El Salvador	x		x						x		x	
EE.UU.A.	x ^b		x						x		x	
Guatemala	x								x		x	
Guyana	x								x		x	
Haití	x								x		x	
Honduras	x		x	x		x			x		x	
Jamaica	x ^b											x
México	x								x		x	
Panamá	x ^b								x		x	
Paraguay		x									x	
Perú	x ^b	x								x		x
R. Dominicana	x ^b	x							x		x	
Suriname	x		x						x		x	
Uruguay		x										x
Venezuela	x							x		x		

a/ Metas financieras y no físicas, atendiendo la demanda el Fondo de Apoyo al Desarrollo Social.

b/ Fuente: Primera evaluación, realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980.

5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

METAS REGIONALES: Crear dentro de los sistemas de regionalización unidades de servicios mínimos integrales de salud hasta alcanzar una cobertura de una unidad por cada 5,000 habitantes en poblaciones de menos de 2,000 habitantes; centros de salud con servicios mínimos y básicos integrales para poblaciones de 2,000 a 20,000 personas; e instituciones con servicios básicos integrales y especializados en comunidades de más de 20,000 habitantes.

Aumentar la capacidad instalada en 106,000 camas de hospital general, por medio de la remodelación y conversión de camas de larga estancia, cuando ello sea posible.

Incorporar progresivamente los servicios especializados de asistencia médica a los hospitales generales, de acuerdo a niveles de atención y dentro de un esquema de regionalización.

Crear sistemas de mantenimiento de instalaciones y equipos.

Estas metas de desarrollo de los recursos físicos se encuentran íntimamente ligadas a las metas que los países se fijaron a principios de la década, para la extensión de la cobertura, muy especialmente aquellas que se relacionan con la habilitación de unidades elementales de salud para servir a las extensas zonas rurales desprotegidas, que en tales momentos constituían la mayor proporción de lo que se consideró como la población sin acceso a los servicios de salud.

En ocasión de la primera evaluación del Plan Decenal realizada en 1974, 16 de 20 países (cuatro de cada cinco) declararon que se habían fijado metas para el desarrollo de los recursos físicos durante la década. En cambio, en la presente evaluación 14 de 21 países (dos de cada tres) declararon que se habían fijado dichas metas; es notable el hecho de que cinco de los siete países que en esta oportunidad han declarado que no tienen metas fijadas, en la primera evaluación, sin embargo, declararon que sí lo habían hecho.

Esta aparente situación de incertidumbre sirve solamente para demostrar la preocupación que han tenido los países por dar un mayor impulso a sus programas de desarrollo de los recursos físicos a despecho de sus limitaciones en la capacidad operativa y de las serias restricciones de carácter financiero que prevalecieron durante la década.

Las metas fijadas parecen incidir mayormente en la instalación de nuevas unidades de atención, aunque también se muestra alguna preocupación por señalar metas en mantenimiento y en transformación de las facilidades actualmente disponibles.

5.1 Inventario de locales e instalaciones

Más de la mitad (12 de 22) países de la América Latina y el Caribe cuentan con un inventario actualizado, de sus locales e instalaciones para la atención de la población; en otros ocho países (casi un tercio) dicho inventario no está actualizado aunque dos de ellos lo estaban actualizando en el momento de la evaluación. Solamente dos países no cuentan con dicho inventario y en uno ellos lo están elaborando.

La disponibilidad de inventarios de los locales e instalaciones para la atención es un requisito indispensable para la programación de los recursos físicos; por lo tanto, de los datos que se han obtenido se deja entrever la necesidad de perfeccionar los sistemas de información para la programación de la formación y utilización de las unidades de atención.

5.2 Plan de desarrollo de la capacidad instalada

En 14 de 22 países de la América Latina y el Caribe (casi los dos tercios) existe un plan de desarrollo de la capacidad instalada; en otros cinco países dicho plan se encuentra en preparación. Por la dinámica que han cobrado los planes de desarrollo de los recursos físicos es probable que en un breve plazo todos los países de la Región cuenten con un plan estructurado para el desarrollo de su capacidad instalada.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

5.2.1 Plan de Inversiones											
Existe	No Existe	Conjunto de proyectos aislados	En preparación	Derivado de un Plan de Servicios			Contenido de los planes				
				Si	Parcialmente	No	Nuevas construcciones	Recuperación de la capacidad instalada	Ampliaciones y transformaciones	Equipamiento	Mantenimiento
Argentina		x		x			x	x	x	x	x
Bahamas	x				x		x				
Barbados	x			x			x	x	x	x	x
Bolivia											
Brasil		x		x			x	x	x		x
Canadá											
Chile	x					x	x	x	x		
Colombia		x			x		x	x	x	x	x
Costa Rica	x			x			x	x	x	x	x
Cuba	x				x		x		x	x	x
Ecuador	x			x			x	x	x	x	x
El Salvador	x			x			x		x	x	x
EE.UU.A.											
Guatemala		x			x		x		x	x	
Guyana	x			x			x			x	x
Haití	x			x			x	x	x	x	x
Honduras	x			x			x	x	x	x	x
Jamaica		x			x				x		
México	x			x			x	x	x	x	x
Panamá	x				x			x			
Paraguay		x		x			x		x	x	
Perú	x				x		x	x	x	x	x
R. Dominicana		x			x		x		x		
Suriname	x				x		x	x	x	x	x
Uruguay		x			x			x		x	x
Venezuela	x			x			x	x	x	x	x

5.2 Plan de desarrollo de la capacidad instalada (continuación)

5.2.1 Plan de inversiones

En 14 de 23 países de la América Latina existe un plan de inversiones para el desarrollo de los recursos físicos. Trece de estos planes han sido derivados de la programación de los servicios, ya sea total o parcialmente. En ocho países existe solamente un conjunto de proyectos aislados que toman el lugar de un plan de inversiones; tales conjuntos también son derivados de un plan de servicios.

Un total de 20 de los 23 países tienen planes de inversiones físicas, o sea que contemplan nuevas construcciones: en 15 se considera la recuperación de la capacidad instalada, en 19 las ampliaciones y las transformaciones de locales, y en 17 el equipamiento; 16 de los países incluyen también el mantenimiento de instalaciones dentro de sus planes de inversiones físicas.

Los países están empleando con más frecuencia para sus planes de inversiones el financiamiento externo proveniente de agencias internacionales o bilaterales.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

	5.3 Unidades para la atención elemental					5.4 Camas para la atención general				
	Número de unidades en funcionamiento cada año y por ciento de incremento 1971-1980					Número de camas en funcionamiento cada año y por ciento de incremento 1971-1980				
	1971	1974	1978	Estimado para 1980	Porcentaje de incremento 1971-1980	1971	1974	1978	Estimado para 1980	Porcentaje de incremento 1971-1980
Argentina						91370				
Bahamas				114		512		561 g	561	10
Barbados	10	10	10	10	0	545	451	541	541	- 1
Bolivia										
Brasil							232266 h			
Canadá										
Chile		668	866	971	45 a	33763	33763	32887	32927	- 3
Colombia	1530 b	1563 c	2772 d		81 e	31582	33065	31068		- 2
Costa Rica	49 b	310	1018		328 f	4970 b	4652	4322 d	4671	0
Cuba	932	971	1083		16 e	24460	34336	36364		49 e
Ecuador	225 b		993 g	1343	500					
El Salvador	95	102	145	172	81	1964	2034	1936		- 1 e
EE.UU.A										
Guatemala	150	227	472	625	317	7761	7834	8645	8848	14
Guyana	35 b		130 d					2277 d		
Haití										
Honduras	148	236	383	517	249	3326	3648	3414	3794	14
Jamaica	49 b					3215	3505	3661	3661	14
México	2031 b						76413			
Panamá	190	224	323		70 e	4661	5357	6335		36 e
Paraguay	127	133	147 d	313	146	3314	3356	3740	4632	40
Peru	1568	1686	1786	1836	17	28405	28505	28668	29268	3
R. Dominicana	208	262	377		81	8393		8563		2 e
Suriname	-	140	168	170	21 a	4889	907	1139	1145	29
Uruguay	834					9850			10131	3
Venezuela			444			9888	11722	16709		69 e

a/ Años 1974-1980. b/ Fuente: Primera Evaluación realizada en 1974, del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. c/ Año 1973. d/ Año 1977. e/ Años 1971-1978. f/ Años 1974-1978. g/ Año 1979. h/ Año 1975.

5.3 Unidades para la atención elemental

Solamente 18 países proporcionaron alguna información para la presente evaluación con respecto al número de unidades en funcionamiento destinadas a la atención elemental. A pesar de la importancia que este tipo de unidades tiene en los procesos de extensión de cobertura de los países de la Región, la escasa respuesta obtenida para esta sección de la evaluación indica que los sistemas nacionales de información no están funcionando con la eficiencia que sería deseable. En efecto, en el año 1974 se obtuvo información para la primera evaluación del Plan Decenal que tiene diferencias importantes con la que proporcionaron los países para la presente evaluación.

Estas unidades para la atención elemental fueron identificadas como aquellas unidades de mínima complejidad dentro del sistema formal del servicio de salud y de acuerdo con la definición propia de cada uno de los países. Ellas son llamadas con nombres muy variables tales como puestos de salud, postas sanitarias, etc. y son generalmente unidades de atención que se encuentran en pequeñas localidades de tipo rural, atendidas usualmente por personal de enfermería, aunque en algunas circunstancias pueda existir la atención de médicos, como es el caso de ciertos países en que la atención elemental es brindada por este personal profesional.

En general, ha habido un incremento en el número de unidades para este tipo de atención. La variación entre 1971 y 1980, o en años cercanos al comienzo y al final de la década, oscila entre 0% y 500% en 14 países para los cuales se cuenta con este tipo de información, con una mediana de un 81%. Es evidente que hay países que han hecho avances sobresalientes, incrementando su número de unidades de atención elemental, gracias al esfuerzo nacional y a la utilización en algunos casos, de préstamos de agencias de financiamiento externo. En trece países que se muestran en la tabla con información tanto para 1974 como para 1978, el número total de unidades elementales ascendió de 6,532 a 10,543, es decir, un aumento del 61.4% durante el período de cuatro años. Estos esfuerzos nacionales que han hecho accesible los servicios a una masa importante de la población, no han llegado sin embargo a las expectativas esperadas por la meta regional en su conjunto.

5.4 Camas para la atención general

De acuerdo a los datos disponibles, alrededor del año 1971 existían en la América Latina y el Caribe cerca de 622,000 camas en hospitales generales, esto es un promedio de una cama por cada 1,000 habitantes. En la América del Norte el número de camas generales era de 1,134,000, o sea 4.9 camas por 1,000 habitantes. Al promediar la década el número de camas en la América Latina y el Caribe subió a 635,000, es decir un incremento del 2% que no alcanzó a contrarrestar el incremento poblacional que fue cercano al 3%. En la América del Norte el número de camas generales bajó a 1,116,000 y desde luego la razón por 1,000 también disminuyó.

La información que brindan los países para la presente evaluación dista mucho de ser completa; sin embargo algunos indicadores pueden ser destacados; por ejemplo, 16 países informaron que el número de camas en funcionamiento para la atención general en los años 1971 y 1978 fue respectivamente de 167,864 y 188,587; vale decir, un incremento neto del 12% en los siete años transcurridos o bien de 1.8% anual durante ese período. Si tal incremento se presentara en todos los demás países de la América Latina y el Caribe que no informaron para la presente evaluación (incluyendo especialmente Brasil y México), el número total de camas que se habría agregado durante el decenio sobrepasaría las 106,000 que fueron señaladas como meta del Plan Decenal. Adviértase que por supuesto hay países que han incrementado su número de camas, mientras que hay otros que lo han rebajado ligeramente durante el decenio.

IV. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA
5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

	5.5 Camas para la atención especializada					5.6 Camas de enfermos crónicos transformadas en camas para enfermos agudos			5.7 Sistemas de mantenimiento		
	Número de camas en funcionamiento cada año y porcentaje de cambio 1971-1980					Personal especializado disponible por cada 100 camas de hospitales de más de 100 camas					
	1971	1974	1978	Estimado para 1980	Cambio 1971-1980 (%)	Camas para crónicos en 1971	Transformadas para agudos hasta 1980		1971	1978	1980
						No.	%				
Argentina	42477										
Bahamas	407		360	360	-12	407				4	
Barbados	707	673	665	665	-6	898			0.6	1	1
Bolivia											
Brasil		168516 ^a									
Canadá											
Chile											
Colombia	14597	11659	9338		-36 ^b						5
Costa Rica		2732	2542	2542	-7 ^c						
Cuba	11203	10043	10105		-10 ^b	2404	1745	73	4000	1200	1200
Ecuador		513	835	859	+67 ^c	2866	672	23	48	96	240
El Salvador	3885	3704	3985		+3 ^b	2001	1633	82			
EE.UU.A.											
Guatemala	2188	2237	1979	1987	-9				90	125	150
Guyana			1165								
Haití											
Honduras	1112	1127	1182	1272	-14	475	70	15	-	1	1
Jamaica	4029	3976	4008	4008	-1						
México											
Panamá	2772	3146	3720		+34				0	0	0
Paraguay	500	520	523		+5 ^b						
Perú	4244	4549	4854	4854	+14	3110			3	4	4
R. Dominicana											
Suriname	+692	744	685	660	-5	92	51	55	122	143	153
Uruguay	5829			4529	-22	5829	1300	22		50	
Venezuela			9159			6073	916	15			

a/ Año 1975. b/ Años 1971-1978. c/ Años 1974-1980.

5.5 Camas para la atención especializada

Al iniciarse la década había más de 856,000 camas en hospitales para pacientes crónicos y atención especializada en la Región; el 31.6% de las cuales se encontraban localizadas en la América Latina y el Caribe (217,000 camas). El 73% de dichas 856,000 camas estaban dedicadas a la atención de enfermos mentales (el 81% en la América del Norte y el 54% en la América Latina y el Caribe) y el 8% eran usadas para casos de tuberculosis (3.5% en la América del Norte y 17.7% en la América Latina).

Al promediar la década, alrededor de 1975, el número de camas en hospitales para crónicos y para la atención especializada en la Región había disminuido en un 24% hasta llegar a un total de 650,000 camas; el 41% de las cuales se encontraban localizadas en la América Latina y el Caribe (266,000 camas).

La disminución en el número de camas para la atención de enfermos crónicos se patentiza en la América del Norte donde durante la primera mitad de la década se redujo dicho número en un 36% (de 586,000 a 383,000). En la América Latina y el Caribe en cambio, durante ese período solamente se disminuyeron a 4,600 camas que representa menos del 2% de las anteriormente existentes. La mayor reducción en la América del Norte se observa en el número de camas para enfermos mentales, que bajaron a cerca de 185,000, o sea el 39% de las 476,000 que existían a inicios de la década. Las camas para tuberculosos fueron rebajadas en la América del Norte de 20,700 a 3,900, es decir una reducción neta de 16,800 camas que significan el 81%. En la América Latina se agregaron 2,000 camas para la atención de enfermos mentales durante la primera mitad de la década, hasta llegar a 149,000 alrededor de 1975; en cambio disminuyeron 2,450 camas para la atención de pacientes tuberculosos, es decir una reducción neta de 5% con respecto a las existentes a principios de la década.

No existe información fidedigna de lo ocurrido en todos los países durante la década con relación a la disponibilidad de camas en uso para la atención especializada; sin embargo, de las respuestas obtenidas en el formulario de Evaluación del Plan Decenal se puede colegir que en 11 países que contaban en 1971 con 52,165 camas para la atención especializada se ha producido una reducción de más del 20% hasta 1978, por lo tanto la tendencia a la disminución de estas camas continúa vigente.

5.6 Transformación de camas de enfermos crónicos para la atención de enfermos agudos

Muy pocos países brindaron información para la evaluación de este aspecto; se sabe sin embargo, que los países están transformando camas para la atención de enfermos crónicos, especialmente las camas de tuberculosis, en camas para la atención de enfermos agudos.

5.7 Sistema de mantenimiento

La información obtenida es escasa y no puede llegarse a conclusiones en base de ella. Otras fuentes de información sin embargo indican que el interés en el establecimiento de sistemas de mantenimiento hospitalario en los países se ha acrecentado, especialmente en aquellos países que tienen planes de inversiones en ejecución, los cuales contemplan dentro de sus actividades el establecimiento de servicios de mantenimiento.

	6. FINANCIAMIENTO															
	6.1 Programas de análisis de financiamiento y del gasto		6.2 Análisis de las funciones de producción		6.3 Presupuesto de gastos corrientes asignados al sector salud (X)											
	En operación	No existen	Proyectados	Del sector	Algunas instituciones de algunos establecimientos	En proyecto	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Argentina	x		x		x	x										5.1
Bahamas	x				x		14	12	15	14	13	14	14	14	14	14
Barbados	x				x		18	19	18	16	17	17	15	15		
Bolivia																
Brasil	x				x			3	3	2	12	9	10		11	9
Canadá																
Chile	x					x	8	8	7	10	7	8	7	7	7	7
Colombia	x	x			x		1.5	1.5	2	2.7	2.8	5.1	5.3	6.4	7.4	10.2
Costa Rica	x	x			x	x	6	6	5	6	5	6	5	5	4	
Cuba	x				x											
Ecuador	x					x			75	86	91	77	84	81	74	
El Salvador	x					x	15	12	14	13	14	13	14	14	13	13
EE.UU.AA.					x	x										
Guatemala	x				x				14	13	14	10	11	11		
Guyana			x													
Haití						x	6	6	6	5	5	4	6	5	5	5
Honduras	x								13.2	13.3	13.0	14.1	11.0	10.7	9.7	
Jamaica	x				x		9	9	9	9	8	7	8	9	9	10
Jamaica	x				x		10	8	7	8	7	6	6	6	4	
México	x				x		12	12	10	12	9	10				8
Panamá										12	11	11	10	10	10	11
Paraguay						x	11	11	11	12	12	13	12	11	12	
Peru		x					8	8	8	8	5	5	6	4	3	
R. Dominicana	x						10	10	9	9	5	7	7	8		
Suriname								8	7	7	7	7	7	7	8	9
Uruguay											7	8	8	7		
Venezuela																

6. FINANCIAMIENTO

META REGIONAL: Desarrollar sistemas de financiamiento que alleguen nuevas fuentes de fondos al sector y aseguren la colaboración más amplia de la comunidad y la participación del sector salud en los proyectos claves de desarrollo nacional.

Uno de los problemas más importantes que han tenido que enfrentar muchos países de la América Latina y el Caribe en sus esfuerzos por ampliar la cobertura y la estructura de servicios para satisfacer las necesidades básicas de la población es la naturaleza relativamente restringida de los ingresos del gobierno y por ende de su limitada capacidad para financiar estos programas.

El gasto público promedio en los sectores de consumo, dentro del cual las cuentas nacionales consideran el gasto en salud, se ha venido acrecentando a casi la misma tasa del producto bruto interno; sin embargo, este acrecentamiento no fue suficiente durante la década para sufragar el esfuerzo requerido para el despegue de los programas destinados a lograr las metas de extensión de la cobertura.

Los países están interesándose cada vez más en el análisis del financiamiento y del gasto y en el estudio de nuevas fuentes que puedan aportar recursos al sector salud. En casi todos los países se están efectuando estudios de financiamiento o bien se tiene el proyecto de realizarlos; asimismo, se está haciendo el análisis de las funciones de producción del sector, ya sea en su totalidad o de las instituciones más importantes que lo conforman con el propósito de determinar la combinación óptima entre los niveles de financiamiento requeridos y la tecnología de combinación de recursos para la producción de los servicios. Asimismo, se sigue la investigación con respecto a las formas como las comunidades pueden participar dentro de estas nuevas tecnologías de producción de servicios; sin embargo, el aspecto de financiamiento sigue destacándose como uno de los factores más críticos, sobre todo si se considera la proporción relativamente pequeña del producto bruto interno asignado a satisfacer las necesidades del sector público en América Latina y la serie de restricciones que por consiguiente deben afrontar los programas de desarrollo social, incluidos los que corresponden al sector salud.

En muchas naciones algunos de los problemas financieros que condicionan la rápida extensión de la cobertura de los servicios podrían haber sido resueltos, aunque sea parcialmente, mediante la asignación de ingresos del Seguro Social para financiar objetivos de salud. Sin embargo sólo unos pocos países han logrado en los últimos años asociar al Seguro dentro de la empresa nacional de extensión de la cobertura.

El porcentaje del presupuesto de gastos corrientes asignado al sector salud no ha tenido variaciones muy notables durante la década o por lo menos durante la segunda mitad de ella. Dichos porcentajes que varían de acuerdo con la mayor o menor participación del sector público en el sector salud, oscilaban en el año 1971 entre el 1.5% y un 18% con una mediana del 10% en 13 países para los cuales se dispone de dicha información. Al promediar la década, en el año 1975, los porcentajes variaban entre un 2.8% y un 17% con una mediana también del 10% en 20 países que brindaron información para ese año. En el año 1980 la información de 11 países oscila entre el 5% y el 14% con una mediana nuevamente del 10%.

En resumen, durante la década, los países mostraron una gran preocupación por determinar y emplear fuentes de financiamiento para sufragar el costo de las inversiones y del gasto que significa la extensión de la cobertura de servicios. Han apelado al financiamiento externo y han hecho esfuerzos nacionales internos muy importantes, que sin embargo no se ha reflejado claramente en la asignación de recursos para los gastos de operación del sector cuya participación dentro del presupuesto nacional no ha sufrido modificaciones substanciales. La finalización de la década encuentra aún a los países debatiéndose por superar las restricciones impuestas por la falta de soluciones viables a los problemas del financiamiento de sus servicios de salud y a las exigencias mayores de sus propias metas de extensión de la cobertura.

	7. LEGISLACION										8. INVESTIGACION									
	7.1 Proposiciones de legislación formuladas como metas para salud		7.2 Compilación y actualización de la legislación existente		7.3 Proposiciones de legislación formuladas		8.1 Proposiciones de investigación como metas del plan decenal		8.2 Política consistente con políticas de desarrollo científico y tecnológico		8.3 Inventario de las investigaciones en las áreas administrativas, epidemiológicas y tecnológicas		8.4 Planes de desarrollo para investigación en las áreas de política de salud		8.5 Coordinación entre las distintas unidades de investigación y el sistema de salud					
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No				
Argentina	X		X		X		X	X				X	X							
Bahamas	X		X		X		X	X				X	X							
Barbados		X		X		X	X	X				X	X							
Bolivia		X		X		X	X	X				X	X							
Brasil	X	X		X		X		X				X	X							
Canadá				X		X		X				X	X							
Chile	X	X		X		X	X	X				X	X							
Colombia	X		X		X	X	X	X				X	X							
Costa Rica		X		X		X	X	X				X	X							
Cuba	X	X		X		X		X				X	X							
Ecuador	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X							
El Salvador	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X							
E.E.UU.AA.	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X							
Guatemala	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X							
Guyana	X		X		X	X	X	X				X	X							
Haití	X	X		X		X		X				X	X							
Honduras	X	X		X		X		X				X	X							
Jamaica	X	X		X		X		X				X	X							
México	X	X		X		X	X	X				X	X							
Panamá	X		X		X	X	X	X				X	X							
Paraguay	X	X		X		X	X	X				X	X							
Peru	X	X		X		X	X	X				X	X							
R. Dominicana	X	X		X		X	X	X				X	X							
Suriname	X	X		X		X	X	X				X	X							
Uruguay	X	X		X		X	X	X				X	X							
Venezuela	X	X		X		X	X	X				X	X							

7. LEGISLACION

El Plan Decenal de Salud formuló una serie de recomendaciones con respecto al sistema institucional legal. Así, por ejemplo, recomendó que se estudie las características del problema en cada país para concretar de manera sistemática las demandas que los grupos técnicos del sector hicieran al sistema legal, e identificar los elementos o niveles del sistema hacia los cuales tales demandas debían dirigirse. También recomendó el Plan Decenal que se definan los problemas de salud que requieren una normación obligatoria o institucionalización legal; la sistematización de la legislación vigente y la reglamentación de las disposiciones legales en forma completa; el reconocimiento y estandarización de las relaciones con los organismos de control social encargados de reforzar la acción de la utilidad de salud y con aquellos organismos encargados de aplicar la ley y las sanciones correspondientes.

En el año 1971 los países mostraron una preocupación por los aspectos legales y en la mayoría de ellos se habían hecho proposiciones de legislación contenidas como metas en sus planes de salud. La situación en el año 1980 es similar; el interés persiste y son 17 de 22 países que contemplan proposiciones de legislación como metas del plan nacional de salud. Casi todos los países han hecho proposiciones de legislación o se encuentran en proceso de efectuarlas.

En resumen, los países han mostrado y siguen mostrando interés por dar forma jurídica a una serie de acciones y situaciones compatibles con las necesidades del desarrollo de la salud y del sector.

8. INVESTIGACION

METAS REGIONALES: Desarrollar y utilizar metodologías de salud adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios. Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.

El Plan Decenal recomendó que cada país establezca su propia infraestructura de investigación y que coopere plenamente en los programas regionales a fin de seleccionar, utilizar y controlar los adelantos de la ciencia y la tecnología para beneficio del país. Con tal fin se propuso también que cada país formule su propia política nacional de investigación en salud, que se promueva este tipo de investigación en las universidades y otras instituciones y que se facilite los servicios para estimular, alentar y coordinar las actividades nacionales de investigación en salud.

Según la información disponible para la presente evaluación, cinco de cada nueve países habían incorporado proposiciones de investigación como metas de su plan nacional, y en casi la mitad de ellos se habían realizado o se encontraban en proceso de realización proyectos de investigación.

Solamente un tercio de países tiene una política de investigación en salud consistente con la política de salud y del desarrollo científico y tecnológico. En la mayoría de los países dicha política no existe aunque en cinco de ellos se encuentra en estudio.

Son muy pocos los países que cuentan con un inventario de investigaciones en el sector salud; situación que no ha variado en relación a la que existía al comienzo de la década. Más de 2/3 de los países manifiestan que tienen en desarrollo un programa de investigación en áreas definidas como prioritarias en la política de salud. Esta situación es un avance en relación con la existente al principio de la década.

Son muy pocos los países que tienen una coordinación adecuada entre las distintas unidades de investigación y el sistema de servicios de salud; por lo tanto la situación no ha variado sustantivamente durante la década.

En resumen, se nota un lento avance en el campo de la investigación, especialmente en lo que se refiere a las relaciones con el diseño y desarrollo de programas en las áreas prioritarias definidas por la política de salud, las que generalmente están íntimamente relacionadas con la infraestructura de los sistemas y el uso de tecnología adecuada para los diversos niveles de atención de éstos.

V. CUADROS DE ANALISIS DE LA EXTENSION DE LA COBERTURA

Bahamas
Chile
Colombia
Costa Rica
Ecuador
Guatemala
Guyana
Honduras
Paraguay
Perú
Venezuela

TABLE No. 1
 TYPES OF CARE UNITS, ASSIGNED POPULATION, FUNCTIONS AND PROGRAMS, TYPES AND NUMBERS OF PERSONNEL
 IN ACCORDANCE WITH NATIONAL STANDARDS (*)
 COUNTRY: BAHAMAS
 YEAR: 1979
 Page No. 1

NAME AND TYPE OF CARE UNIT	LEVELS OF CARE PROVIDED	PERSONNEL		POPULATION SERVED		FUNCTIONS AND PROGRAMS CARRIED OUT	REFERRAL SCHEMES AND ARTICULATION BETWEEN UNITS
		TYPE	NUMBER	GENERAL CHARACTERISTICS	AVERAGE NUMBER OF PERSONS		
SATELLITE CLINICS (13)	I	Trained Technical Nurses (enrolled) Nursing Auxiliaries M. W. Visiting nurses	5 3 1	Rural population. No specific population is assigned area indicated at next column.	6,700	First aid care.	Main clinics or Hospital.
MAIN CLINICS (33)	II	Doctors Nursing Officer (R) Staff Nurses Trained Clinical Nurses M. W. Visiting doctors and Nurses	7 4 18 9 6	Rural population. No specific population is assigned. Population of area indicated at next column.	42,000 plus population of satellite clinic	First Aid Care and basic nursing care with basic maternal child health and ambulatory care	Health Centres or Hospitals.
HEALTH CENTRES (10)	III	Doctors Nursing officer (R) Staff Nurses (R) Trained Clinical Nurses (enrolled) Visiting nurses	10 6 7 2	Rural population; no specific population is assigned. Population of area indicated at next column.	30,200 plus population of satellite clinic	Maternal and child health; ambulatory care and limited inpatient bed care.	Hospital
RURAL HOSPITAL	V	Doctors Nursing officer (R) Staff Nurses (R) Trained Clinical Nurses (enrolled) Nursing auxiliaries Paramedicals	10 7 12 37 14	Rural population; population served indicated at next column.	15,100	Ambulatory care; in-patient care, including maternity, general surgery provided, EMI and radiology on a visiting basis; laboratory services provided.	National Hospital
SATELLITE CLINICS	II	Visiting doctors and nurses		Urban population	137,000	First aid care, basic nursing care; maternal and child health care; domiciliary services; school of health and immunizations.	National Hospital

(*) Ministry of Health.

(R) Registered

TABLE No. 1
 TYPES OF CARE UNITS, ASSIGNED POPULATION, FUNCTIONS AND PROGRAMS, TYPES AND NUMBERS OF PERSONNEL
 IN ACCORDANCE WITH NATIONAL STANDARDS (*)

Page No. 2

COUNTRY: BAHAMAS

YEAR: 1979

NAME AND TYPE OF CARE UNIT	LEVELS OF CARE PROVIDED	PERSONNEL		POPULATION SERVED		FUNCTIONS AND PROGRAMS CARRIED OUT	REFERRAL SCHEMES AND ARTICULATION BETWEEN UNITS
		TYPE	NUMBER	GENERAL CHARACTERISTICS	AVERAGE NUMBER OF PERSONS		
MAIN CLINICS (3)	III	Doctors Nursing Officer (R) Staff Nurses (R) Trained Clinical Nurses (enrolled) Nursing Auxiliaries Visiting Obst.	3 9 9 4 3	Urban population	137,000	Nursing care, maternal and child health care, domiciliary services; school health and immunizations.	National Hospitals.
PRIVATE DISPENSARIES (48)	IV	Doctors Nurses Pharmacists	57 na na	Rural population Urban population Population of area covered indicated at next column.	152,000	Ambulatory care, including prenatal and post-natal care.	National Hospital
SPECIAL HOSPITAL (1)	V	Doctors Nurses Therapists Pharmacists Physiotherapists Nursing auxiliaries	9 115 12 1 3 39	Urban and rural population of Bahamas. Population of area covered indicated at next column.	231,000	Psychiatric inpatient and outpatient care. Geriatric inpatient care.	National Hospital
NATIONAL HOSPITAL (1)	VI	Doctors Nursing officers Staff Nurses Trained Clinical Nurses Nursing Auxiliaries and M.W. Radiographers Physiotherapists ECG Technicians Pharmacists Dentists Lab. technologists Orthopaedic Asst. Eye Technicians	98 60 188 179 102 12 14 2 11 4 12 2 2	Urban and rural population of Bahamas. Population of area indicated at next column.	231,000	Ambulatory care, inpatient care including maternity, eye and chest surgery, radiology and laboratory facilities are provided.	U.S. Hospital

na = not available
 (R) = Registered

(*) Ministry of Health

TABLE No. 2
RESOURCES, PRODUCTION AND PRODUCTIVITY BY LEVEL OF COMPLEXITY

LEVEL OF COMPLEXITY	COUNTRY: BAHAMAS					YEAR: 1979													
	SERVICE UNITS			LOCALITIES WITH SERVICE		RESOURCES				PRODUCTION				PRODUCTIVITY					
	LEVEL OF CARE	NUMBER OF LOCALITIES	POPULATION OF THESE LOCALITIES	NUMBER OF LOCALITIES	NUMBER OF CARE UNITS	ANNUAL PERSONNEL HOURS	NUMBER OF BEDS	TOTAL ANNUAL COSTS	CARE SERVICES	DISCHARGES	DAYS OF STAY	PATIENTS OF	CARE SERVICES PER DISCHARGE	CARE SERVICES PER DISCHARGE	CARE SERVICES PER PERSONNEL HOUR	BED OCCUPANCY	AVERAGE DAYS OF STAY	ANNUAL CHARGES PER BED	
I	15	6,700	13	I	13	-	NA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	91	42,000	33	II	33	-	NA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	39	30,200	10	III	10	-	NA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	14	33,500	1	V	1	58	1,352	29,574	4,426	12,134	6.7	57.3	2.7	76.3	-	-	-	-	-
I	138	137,000	4	II	4	-	1,806	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	3	III	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	172	152,000	48	IV	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI	470	231,000	1	V	1	360	2,658	273	1,003	76,859	0.3	58.5	76.6	2.8	-	-	-	-	-
VII	-	-	1	VI	1	455	10,902	218,720	15,793	115,029	13.9	69.3	7.3	34.7	-	-	-	-	-

TABLE No. 3
RESOURCES, PRODUCTION, COVERAGE AND UNIT COSTS BY LEVEL OF COMPLEXITY

YEAR: 1979

COUNTRY: BAHAMAS

LEVEL OF COMPLEXITY	LOCALITIES WITH SERVICES				RESOURCES				PRODUCTION				INDICATORS OF COVERAGE						UNIT COST	
	NUMBER OF LOCALITIES	POPULATION OF THESE LOCALITIES	CARE UNITS	ANNUAL PERSONNEL HOURS	NUMBER OF BEDS	TOTAL ANNUAL COSTS	CARE SERVICES	DISCHARGES	DAYS OF BED OCCUPANCY	CARE SERVICES/ DISCHARGES	INHABITANTS/ EFFECTOR	PERSONNEL HOURS/ INHABITANT	BEDS PER 1000 INHABITANTS	ANNUAL CARE SERV/ INHABITANT	ANNUAL DISCHARGES PER 1000 INHABITANTS	OF THE SERVICE	OF THE DISCHARGE	OF THE PATIENT DAY	OF THE HOUR OF CARE SERVICE	

AT EACH LEVEL

I	15	6,700	13	-	-	-	-	-	-	515	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	229	179,000	37	-	1,806	-	-	-	-	4,838	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	177	167,200	13	-	-	-	-	-	-	12,861	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	172	152,000	48	-	NA	-	-	-	-	3,167	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	14	33,500	1	58	1,352	29,574	4,426	12,134	6.7	33,500	1.7	882.9	132.1	NA	89.04	32.48	-	-	-
VI	470	231,000	1	360	2,568	273	1,003	76,859	0.3	231,000	1.6	1.2	4.3	-	329.47	17.35	-	-	-
VII	470	231,000	1	455	10,902	218,720	15,793	115,029	13.9	231,000	2.0	946.8	68.4	12.20	187.57	25.75	-	-	-

AT EACH LEVEL PLUS PRECEDING LEVEL

I	15	6,700	13	-	-	-	-	-	-	515	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	50	-	1,806	-	-	-	-	3,427	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	215,900	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	-	-	112	58	3,158	29,574	4,426	12,134	6.7	-	-	-	-	-	89.04	32.48	-	-	-
VI	-	-	113	418	5,126	29,847	5,429	88,993	5.5	2,044	-	-	-	-	318.21	19.41	-	-	-
VII	470	231,000	114	873	16,628	248,567	21,222	204,022	11.7	2,026	3.8	1.1	91.9	-	220.99	2.03	-	-	-

NA = Not available:

CUADRO No. 1
TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: CHILE

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
SERVICIOS DE SANIDAD FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN	-	-	-	-	-	Intervención; servicios al individuo.	
UNIVERSIDADES	-	-	-	-	-	Intervención; servicios al individuo; organización comunitaria; investigación.	
SERVICIOS MEDICOS DE BANCOS (CAJA BANCARIA DE PENSIONES)	-	-	-	-	-	Intervención; servicios al individuo.	
MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS	-	-	-	-	-	Acueductos y alcantarillado.	
SERVICIO SEGURO SOCIAL	-	-	-	-	-	Asistencia financiera; asistencia social. 1/ 2/	

1/ Reintegro de cotizaciones de asegurados para salud.

2/ Pensiones de vejez y otras.

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: COLOMBIA

AÑO: 1977

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS				PRODUCCION				INDICADORES DE COBERTURA					COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL **	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL***	ATENCIONES**	EGRESOS**	DIAS-CAMA**	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR****	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.****	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA	DE LA ATENCION DEL EGRESO	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA	

EN CADA ESCALON

I-III	5,729	11,519	5,729	2,600	11,078	1,566	9,468	354	1,826	26.8	2,010	0.2	1.0	0.8	30.7	62	2,756	562	225
IV	89	5,616	89	1,400	8,278	1,775	3,718	306	2,049	12.1	63,100	0.2	1.5	0.7	54.6	90	4,700	687	238
V	59	2,390	62	560	10,883	3,829	1,388	440	4,576	3.1	38,500	0.2	4.5	0.6	184.1	100	8,382	720	250

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I-III	5,729	11,519	5,729	2,600	11,078	1,566	9,468	354	1,826	26.8	2,010	0.2	1.0	0.8	30.7	ND	ND	ND	ND
IV	5,818	17,135	5,818	4,000	19,350	3,341	13,186	660	3,875	20.0	2,945	0.2	1.1	0.8	38.5	ND	ND	ND	ND
V	5,877	19,525	5,880	4,560	30,233	7,170	14,574	1,100	8,451	13.2	3,520	0.2	1.5	0.7	56.3	ND	ND	ND	ND

ND = No disponible.

* Incluye escalones I, II y III.

** Cifras en miles

*** En millones de Bolívares.

**** No incluye población no cubierta.

- 1 -
TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: COSTA RICA

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL (3)		POBLACION A LA QUE SIRVE (5)		NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)	FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)				
PUESTO DE SALUD	I Básico	Supervisores Auxiliar Enfermería Asistentes de Salud		Rural Dispersa		2,400	Servicios integrales de salud a la población brindados por personal auxiliar a través de la visita domiciliaria.	Refieren a puestos de salud y en casos de emergencia debidamente calificados al establecimiento de la CCSS más cercano.
UNIDADES MOVILES	II Atención Médica General	Médicos Auxiliares Enfermería Choferes		Rural			Atención médica general.	Refieren a Centros de Salud o al establecimiento de la CCSS más cercano.
CENTRO DE SALUD	II Atención Médica General	Médicos Odontólogos Farmacéuticos Microbiólogos Enfermeras Aux. Enfermería Otro personal paramédico: Asist. salud comunitaria; Trab. Sociales; Insp. Sanit.; Pers. Administrativo; Pers. Misceláneo.		Urb. y Periurb. (preferentemente) además de casos referidos de áreas rurales		2,500 a 25,000	Servicio de consulta externa en medicina general	Refieren al establecimiento superior más cercano
CENTRO RURAL DE ASISTENCIA	II Atención Médica General	Médicos Odontólogos Enfermeras Aux. Enfermería Otro Pers. Paramédico Insp. Saneamiento Asist. Salud Comunitaria; Personal Administrativo; Personal Misceláneo.		Urbana de cuatro cabeceras de cantón.		16,000	Servicio de consulta externa en medicina general y servicio de hospitalización para maternidad y urgencias.	Refieren al establecimiento superior más cercano.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: COSTA RICA

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
CLINICA PERIFERICA DE CONSULTA EXTERNA	III Atenc. Médica General y Espec.	Médicos Odontólogos Microbiólogos Farmacéuticos Enfermeras Aux. Enfermería Otro personal para-médico Personal Administ. Personal Misceláneo	166 23 16 11 18 130 291 213 198	Urbana de gran magnitud.	85,207	Atención exclusivamente ambulatoria en especialidades y sub-especialidades. Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica (laboratorio, Rayos X y otros).	Refieren a hospitales de área, regionales o nacionales.
INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO	Recuperación enfermos Alcohólicos	Médicos Enfermeras Aux. Enfermería Trab. Soc. y Asist. Sicólogos y Asist. Investigadores Educadores	12 2 21 33 5 3 9	Población del país		Consulta externa y hospitalización de enfermos alcohólicos para su recuperación y programas preventivos, especialmente los educativos, así como los de rehabilitación.	Reciben referencia de un Centro de Salud, Clínica u Hospital y pueden referir a un Hospital Nacional.
INCIENSA	Investigación, educac. y recuperación niños desnutridos.	Médicos Enfermeras	5 2	Población infantil		Investigación y educación en Nutrición y Salud, con hospitalización para niños desnutridos de tercer grado.	Reciben referencia de Centros de Salud, Clínicas u hospitales y pueden referir a un Hospital Nacional.
HOSPITAL PERIFERICO	II Atenc. médica General y de altas especialidades y servicios de apoyo.	Médicos Microbiólogos Enfermeras Otro personal para-médico Personal Administ. Personal Misc.	3 1 3 5 9 15	Urbano Rural	15,418	Servicios de consulta y hospitalización materno-infantil y medicina general.	Refieren a hospitales de área, regionales o nacionales.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: COSTA RICA

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS					PRODUCCION					PRODUCTIVIDAD			
	TIPO DE EFECTORES	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL * ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HORA DE PERSONAL POR ATENCIONES	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA	I	II	III	
																				II
I	PUESTO DE SALUD	I	298	710,643	298	386,000	-	15,589,481	390,066	-	-	-	1.0	-	-	-	-	-	-	-
II	UNIDAD MOVIL	I	-	-	11	22,000	-	1,666,194	31,254	-	-	-	1.4	-	-	-	-	-	-	-
III	CENTRO DE SALUD	II	76	2,008,711	128	436,000	-	91,043,575	1,411,795	-	-	-	3.2	-	-	-	-	-	-	-
IV	CENTRO RURAL ASISTENCIAL	II	4	61,849	4	10,000	71	2,484,557	25,464	2,010	5,036	12.7	4.2	19.4	2.5	28.3	-	-	-	-
V	CLINICA PERIFERICA CONSULTA EXTERNA	III	12	631,936	7	211,506	-	72,299,828	1,203,855	-	-	-	5.7	-	-	-	-	-	-	-
VI	INSTITUTO NACIONAL SOBRE ALCOHOLISMO	IV	80	2,070,560	1	10,000	154	20,172,993	12,790	3,152	47,466	4.1	3.2	84.4	15.1	20.5	-	-	-	-
VII	INCIFESA	IV	80	723,685	1	10,000	40	4,904,715	-	134	9,806	-	-	67.2	73.2	3.4	-	-	-	-
VIII	HOSPITAL PERIFERICO	II	2	29,082	2	17,115	47	7,150,915	60,342	4,396	11,887	13.7	5.4	69.3	2.7	93.5	-	-	-	-
II	HOSPITAL DE AREA	III	13	310,715	8	262,860	714	100,475,626	447,960	30,302	177,306	14.8	4.8	68.0	5.9	42.4	-	-	-	-
I	HOSPITAL REGIONAL	III	46	1,010,873	9	738,705	1,523	252,735,504	1,294,707	75,908	417,431	17.1	4.5	75.1	5.5	49.8	-	-	-	-
II	HOSPITAL NACIONAL	IV	80	2,070,560	9	2,063,470	4,579	542,342,235	1,029,117	116,901	1,392,285	8.8	3.3	83.3	11.9	25.5	-	-	-	-

(*) En el caso de los Puestos de Salud, Unidades Móviles y Centros de Salud, se estimó el dato con base en el gasto de personal.

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: COSTA RICA

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA					COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	LOCALIDADES	NUMERO DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL *	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR HABITANTE POR EGRESO	HABITANTES POR EGRESO	HABITANTES POR EFACTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABITANTE	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABITANTE	EGRESOS ANUALES POR MII HABIT.	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA DEL EGRESO	DE LA HORA DE ATENCION

EN CADA ESCALON

I	298	710,843		298	386,000	15.6	390,066	-	-	-	2,385	0.5	-	0.5	-	39.97	-	40.4
II	-	-		-	22,000	1.7	31,254	-	-	-	-	-	-	-	-	53.31	-	75.7
III	76	2,008,711		128	436,000	91.0	1,411,795	-	-	-	15,693	0.2	-	0.7	-	64.49	-	208.8
IV	4	61,849		71	10,000	2.5	25,464	2,010	5,036	12.7	15,462	0.2	1.1	0.4	32.5	57.98	300.19	246.1
V	12	631,936		7	211,306	72.3	1,203,895	-	-	-	90,277	0.3	-	1.9	-	60.05	-	342.2
VI	80	2,070,560		154	10,000	20.2	12,790	3,152	47,466	4.1	2,070,560	0.004	0.1	0.01	1.5	-	-	-
VII	80	723,685		40	10,000	4.9	-	134	9,806	-	723,685	0.01	0.1	-	-	-	-	-
VIII	2	29,082		47	17,115	7.2	60,342	4,396	11,887	13.7	14,541	0.6	1.6	2.1	151.2	66.43	780.4	376.36
IX	13	310,715		714	262,860	100.5	447,960	30,502	177,306	14.8	38,839	0.8	2.3	1.4	97.5	76.38	1970.2	336.72
X	46	1,010,873		1,523	738,705	252.7	4,294,707	75,908	417,431	17.1	112,319	0.7	1.5	1.3	75.1	72.45	1750.1	322.34
XI	80	2,070,560		4,579	2,063,470	542.3	1,029,117	116,901	1,392,265	8.8	230,062	1.0	2.2	0.5	56.5	97.24	3307.7	389.72
																		504.5

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	298	710,843		298	386,000	15.6	390,066	-	-	-	2,385	0.5	-	0.5	-	39.97	-	40.39
II	309	-		-	408,000	17.3	421,520	-	-	-	-	-	-	-	-	40.96	-	42.29
III	437	2,008,711		-	844,000	108.3	1,833,115	-	-	-	-	-	-	-	-	59.08	-	128.32
IV	441	61,849		71	854,000	110.8	1,858,579	2,010	5,036	924.7	-	-	-	-	-	59.08	501.6	200.19
V	448	631,936		-	1,065,306	183.1	3,062,474	-	-	-	-	-	-	-	-	59.45	-	171.72
VI	449	2,070,560		225	1,075,306	203.3	3,075,264	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII	450	723,685		265	1,085,306	208.2	5,162	52,502	595.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII	452	29,082		312	1,102,421	215.4	3,135,606	5,296	62,308	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX	460	310,715		1,026	1,365,281	315.9	3,835,566	39,994	251,501	89.6	-	-	-	-	-	-	-	-
X	469	1,010,873		2,549	2,103,986	568.6	4,878,273	115,902	668,932	42.1	-	-	-	-	-	-	-	-
XI	478	2,070,560		7,128	4,167,456	1,110.9	5,907,390	232,803	2,061,217	25.4	-	-	-	-	-	-	-	-

(*) En millones de colones costarricenses.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: ECUADOR

AÑO:

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
PUESTO DE SALUD	I	Auxiliar Enfermería	1	Población rural agrupada y dispersa.	1,000	Acciones primarias de salud, principalmente promoción y prevención	Refiere a nivel II y III
CENTRO DE SALUD	II	Médico Rural Odontólogo Aux. Odontología Insp. Sanitaria Auxiliar Enfermería	1 1 1 1 1	Incluye población rural nucleada en la cabecera parroquial y aproximadamente 25% población dispersa.	3,500	Atención médica ambulatoria con énfasis en materno-infantil. Acciones de mejoramiento del medio.	Refiere a nivel III y IV. Contrarreferencia del nivel III y IV.
CENTRO DE SALUD/HOSPITAL	III	Médicos Odontólogo Enfermera Obstetrix Asist. Nutrición Insp. Sanitario Aux. Enfermería Aux. Odontología	3 1 1 1 1 1 13 1	Ubicado en cabecera cantonal. Incluye el núcleo urbano y más del 25% de población periférica.	15,000	Atención médica integral de tipo ambulatoria y hospitalización de corta duración, con énfasis en materno-infantil. Acciones de mejoramiento del medio.	Refiere al nivel IV. Contrarreferencia del nivel IV y V.
CENTRO DE SALUD URBANO	III	Médicos Enfermeras Odontólogos Obstetrix Aux. Enfermería Insp. Sanitario Aux. Odontología	3 2 2 1 6 2 2	Cabeceras provinciales.	28,000	Constituye una extensión de los servicios del hospital base, atención ambulatoria, énfasis en materno infantil, inmunizaciones, nutrición y mejoramiento del medio.	Refiere a nivel IV y V. Contrarreferencia de nivel IV y V.
HOSPITAL BASE (más de 100 camas)	IV	Médicos Enfermeras Obstetrix Odontólogos Trabajador Social Auxiliar Enfermería	11 4 2 1 37	Cabecera provincial o localidades que sirven de base para la organización de áreas programáticas. También incluye hospitales especiales en otras localidades.	30,000	Acciones de salud integral con énfasis en recuperación de las cuatro especialidades básicas, incluye siquiatria de agudos.	Refiere a nivel V. Contrarreferencia de nivel III.

- 2 -
CUADRO No. 1
TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: ECUADOR

Page No. 2

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL (3)		POBLACION A LA QUE SIRVE (5)		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
HOSPITAL DE CRONICOS	IV	Médicos Enfermeras Odontólogo Sicólogos Trabajadora Social Terapista ocupac. Auxiliar Enfermería Siquiátrico Auxiliar Odontología Asist.Sicólogo	9 4 1 2 1 2 52 1 3	Cabecera provincial. Incluye hospitales crónicos ubicados en otras localidades.	---	Acciones de salud especializada en una categoría.	Recibe de todos los niveles. Contratafiere niveles II y III (CSU).
HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	V	Médicos Enfermeras Odontólogos Trabajadoras Sociales Nutricionistas Auxiliar Enfermería Auxiliar Odontología Aux.Trabajador Social	72 42 3 5 2 159 3 1	Ciudades en las que existen facultades de Ciencias de Salud.	70,000	Acciones de salud integral, con énfasis en recuperación en las cuatro especialidades básicas y de alta complejidad clínico quirúrgico. Se extienden acciones de salud hacia domicilio. Enseñanza e investigación.	Por referencia de los niveles III y IV para demanda de todos los niveles.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: ECUADOR

AÑO: 1979

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS				PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD		
	TIPO DE EFECTORES	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL * ANUAL *	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	EGRESOS	ATENCIONES POR EGRESO	HORA DE PERSONAL POR ATENCIONES	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA
PUESTO DE SALUD	I	203	205,000	1/	205	357,280	-	16,910	26,051	-	-	-	13.7	-	-	-	-
SUBCENTRO DE SALUD	II	547	1,914,500	1/	547	5,076,160	(**) 14	2,876,126	791,380	58	179	-	6.4	-	-	4.1	-
CENTRO DE SALUD	II y III	48	1,344,000	1/	48	1,248,000	-	90,526	697,355	-	-	-	1.8	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD HOSPITALARIA	II y IV	75	1,065,000	2/	75	2,862,000	2,041	401,170	530,615	62,239	311,739	8.5	5.4	52.4	5	30.5	-
HOSPITAL BASE	IV	14	2,444,053	2/	16	1,534,720	2,364	276,690	204,617	62,946	499,377	3.25	7.5	71.8	7.9	26.6	-
HOSPITAL CRONICOS	IV	6	133,770	3/	15	1,861,200	1,786	57,053	11,064	2,712	329,293	0.4	168.2	88.5	533	1.5	-
HOSPITAL ESPECIAL	V	4	2,033,986	3/	6	3,484,800	1,574	148,407	182,308	41,406	355,212	4.4	19.10	79.0	8.6	26.3	-

(*) En miles de Sucre.
 (**) Corresponde a camas de emergencia (SCS es unidad de atención).
 1/ Población calculada según norma.
 2/ Población urbana de la cabecera cantonal.
 3/ Población urbana de la cabecera provincial.

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: ECUADOR

AÑO: 1979

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL *	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL *	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABITANTE	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR HABIT.	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA	DE LA HORA DE ATENCION	

EN CADA ESCALON

I	203	203,000	203	357,780	-	16,910	26,051	-	-	1,000	1.8	-	0.1	-	649.1	-	47.33
II	547	1,514,500	547	5,076,160	14	2,876,126	791,850	(58)	(179)	2,769	3.4	13.6	0.5	0.03	3.6	-	566.6
III	48	1,344,000	48	1,248,000	-	90,526	697,335	-	-	28,000	0.1	-	0.5	-	129.8	-	72.5
**IV	71	1,065,000	75	2,862,000	2,041	406,170	520,615	62,239	311,739	14,200	2.7	8.5	0.5	59	532	2,610	521,141.9
V	14	2,444,053	16	1,534,720	2,364	276,690	204,617	62,946	499,377	152,753	0.6	3.2	0.1	25.8	1.2	4,396	554,180.3
VI	6	133,770	15	1,861,200	1,786	57,053	11,064	2,712	329,293	-	-	(0.4)	-	-	-	-	-
VII	4	2,033,986	6	3,484,800	1,574	148,407	182,308	41,406	355,212	4,338,998	1.7	4.4	0.1	20.3	814	3,584	418

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

II	203	2203,000	203	357	-	16,910	26	-	-	1,000	0.1	-	0.1	-	649.1	-	610.5
III	750	1,717,500	750	5,433	14	2,893	817	-	-	3,769	-	-	-	-	-	-	-
IV	798	3,061,500	798	6,681	14	2,983	1,515	-	-	31,769	-	-	-	-	-	-	-
V	869	4,126,500	873	9,543	2,055	3,389	2,055	62,739	311,739	45,969	-	-	0.5	-	-	-	-
VI	863	6,750,553	889	11,078	4,419	3,666	2,240	125,185	811,116	198,722	-	-	0.7	-	-	-	-
VII	887	8,604,539	895	14,562	5,993	3,814	2,422	166,591	1,166,328	537,720	-	-	0.7	-	-	-	-

(*) En miles de Sucre.

(**) 40% de las acciones corresponden aproximadamente a internacion.

CUADRO NO. 1

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: GUATEMALA

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
PUESTO DE SALUD	Primaria	Auxiliar de Enf. E.P.S.	1 1	Rural	2,000	Materno-infantil; consultas--Salud Bucal; Detección y referencia--atención del adulto; consulta y referencia--atención anti-TBC; detección, consulta, toma y envío de muestras T4 y control Venéreas; detección y referencia--vacunación--adiestramiento--organización comunitaria--saneamiento del medio ambiente. Alimentación y nutrición: entrega de alimentos, educación nutricional.	Recibe de T.S.R. y Comadrona. Refiere a: centro y hospital.
CENTRO DE SALUD TIPO "B"	Primaria	Médico Enfermera Aux. Enfermera Laboratorista	1 1 3 1	Urbana - Rural	2,000 a 2,500	Materno-infantil: consulta y referencia, alto riesgo--Consulta odontológica: consulta, tratamiento aplicación tópica de flúor. Inmunizaciones: aplicación de vacunas--alimentación comunitaria; entrega de alimentos--educación nutricional; charlas y demostraciones--atención antituberculosa; toma y envío de muestras: estudio--Vigilancia y control de brotes. Investigación epidemiológica: saneamiento y preservación del medio ambiente, dotación agua comunitaria con menos de 500 habitantes trabajando con la comunidad. Coordinación.	Recibe de: Puestos de Salud. Refiere a Centro A., hospital general y especializado.
CENTRO DE SALUD TIPO "A"	Primaria Secundaria	Médico Enfermera Auxiliar Enfermería Inspector Saneamiento Administrador	2 1 4 1 1	Urbana - Rural	5,000 a 10,000	Las mismas que el anterior pero además cuentan con servicio de maternidad donde se atienden partos.	Recibe de: Puestos y Centros B. Refiere a Hospital General y especializado.
HOSPITAL GENERAL	Primaria Secundaria	Médico Enfermera Auxiliar Técnicos Administradores		Total	10,000 a 99,000	Consulta de emergencias. Hospitalización de pacientes en servicios básicos: Medicina, cirugía, pediatría, ginecología.	Recibe de: Puestos de Salud, Centros A y B.
HOSPITAL ESPECIALIZADO	Primaria Secundaria Tercaria	Médico Especializado Enfermera Auxiliar Enfermería Técnicos Administradores		Total General de la República.	100,000 y más	Consulta externa especializada. Hospitalización especializada.	Recibe de: Puestos de Salud, Centros A y B, Hospitales Generales.

CUADRO No. 2

RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES

AÑO: 1979

PAIS: GUATEMALA

TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS					PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD			
	PS	CS	HG HE	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HORA DE PERSONAL POR ATENCIONES	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA
(*) A	86	1		I-II	16647	2,489,550	87	119,564	-	462,128	327,630				2.74				
B	133	8		I-II	1292	1,186,285	141	200,207	-	785,274	642,305				3.21				
C	144	16	1	I-II III	476	864,487	161	244,134	60	1,384,865	785,530	746	9,004	1,052.7	3.22	33.79	12.07	10.22	
D	96	64	1	I-II III	162	637,917	161	351,964	45	2,778,804	1,455,028	739	5,787	1,968.9	4.13	36.87	7.83	17.19	
E	23	36	1	I-II III	44	406,184	60	190,584	106	1,975,950	746,943	4,680	16,218	159.6	3.92	42.72	15.79	45.00	
F	8	35	1	I-II III	24	581,632	44	271,575	180	2,168,278	814,390	5,026	52,816	162.0	3.00	50.22	6.53	28.08	
G	-	11	26	8	1	1,329,201	44	783,551	8,028	28,470,847	2,677,115	177,391	1,951,571	15.1	3.42	66.10	10.68	21.93	
Total	490	171	30	8	18646	7,505,258	699	2,161,580	8,419	38,026,146	7,448,741	188,582	2,015,396	39.5	3.45	65.59	10.69	22.22	

(*) A = Menos de 500 habitantes.
 B = De 500 a 999 habitantes.
 C = De 1000 a 1999 habitantes.
 D = De 2000 a 4999 habitantes.
 E = De 5000 a 9999 habitantes.
 F = De 10,000 a 99,999 habitantes.
 G = 100,000 y más habitantes.

NOTA: Todas las acciones directas en salud a nivel de consultorio para las personas.

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES (**)

AÑO: 1979

PAIS: GUATEMALA

(*) TAMAÑO DE LOCALIDADES	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS				PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA					COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DEL EGRESO	DEL PACIENTE-DIA DE LA HORA	COSTOS UNITARIOS

POR CADA TRAMO DE POBLACION

A	16,647	2,489,550	87	119,564	-	467,128	327,630	-	-	28,615	2.88	-	-	0.13	-	1.41	-	-	3.86
B	1,292	1,186,285	141	200,207	-	785,274	642,305	-	-	8,413	10.12	-	-	0.54	-	1.22	-	-	3.92
C	476	864,487	161	244,134	-	1,384,865	785,330	746	9,004	5,369	16.94	0.08	0.91	0.86	1.76	171.87	14.24	5.67	
D	162	657,917	161	351,964	45	2,778,804	1,455,028	739	5,787	3,962	33.10	0.07	2.28	1.16	1.91	218.42	27.89	7.89	
E	44	406,184	60	190,584	106	1,975,950	746,943	4,680	16,218	6,770	28.15	0.26	1.84	11.52	2.65	68.16	19.67	10.36	
F	24	581,632	44	271,576	180	2,168,278	814,390	5,026	32,816	12,925	28.02	0.31	1.40	8.64	3.04	89.33	13.68	7.98	
G	1	1,329,201	44	783,551	8,028	28,470,847	2,677,115	177,391	1,951,571	30,436	35.10	6.04	2.00	14.19	10.63	134.47	12.22	36.34	
TOTAL	18,646	7,505,258	699	2,161,580	8,419	88,026,146	7,448,741	188,582	2,015,396	10,737	17.28	1.12	0.99	25.13	5.11	126.49	11.84	17.59	

EN CADA TRAMO Y TRAMOS ANTERIORES DE POBLACION

A	16,647	2,489,550	87	119,564	-	462,128	327,630	-	-	28,615	2.88	-	-	0.13	-	1.41	-	-	3.86
B	17,939	3,675,835	228	319,771	-	1,247,402	969,935	-	-	16,122	5.22	-	-	0.26	-	1.28	-	-	3.90
C	18,415	4,540,322	389	563,905	60	2,632,267	1,755,265	746	9,004	11,672	7.45	0.08	0.39	0.16	1.50	171.87	14.24	4.68	
D	18,577	5,178,239	550	915,869	105	5,411,071	3,210,293	1,485	14,791	9,415	10.61	0.02	0.62	0.29	1.69	108.70	10.95	5.91	
E	18,621	5,584,423	610	1,100,453	211	7,387,021	3,957,236	6,165	31,009	9,155	11.89	0.04	0.71	1.10	1.87	51.74	10.29	6.68	
F	18,645	6,166,057	655	1,378,029	391	9,555,299	4,771,626	11,191	63,825	9,414	13.41	0.06	0.77	1.81	2.00	40.12	7.03	6.93	

(*) A = Menos de 500 habitantes

B = De 500 a 999 habitantes

C = De 1000 a 1999 habitantes

D = De 2000 a 4999 habitantes

E = De 5000 a 9999 habitantes

F = De 10,000 a 99,000 habitantes

G = 100,000 y más habitantes

(**) Unicamente datos del Ministerio de Salud Pública.

TABLE No. 1

TYPES OF CARE UNITS, ASSIGNED POPULATION, FUNCTIONS AND PROGRAMS, TYPES AND NUMBERS OF PERSONNEL
IN ACCORDANCE WITH NATIONAL STANDARDS

Page No. 1

COUNTRY: GUYANA

YEAR: 1977

NAME AND TYPE OF CARE UNIT	LEVELS OF CARE PROVIDED	PERSONNEL		POPULATION SERVED		FUNCTIONS AND PROGRAMS CARRIED OUT	REFERRAL SCHEMES AND ARTICULATION BETWEEN UNITS
		TYPE	NUMBER	GENERAL CHARACTERISTICS	AVERAGE NUMBER OF PERSONS		
HEALTH POST: The operational base providing simple health care, sanitation, community education and selected disease surveillance.	I	Community Health Worker	1	Scattered Population who at present have no direct access to services.	3,000	Linking community and providers in understanding and solving basic health needs. Health education. Basic environmental health. Immunization programs. First aid. Basic Assessment. Referral. Collection of simple statistics.	
HEALTH STATION: A facility providing integrated	I & II	Community Health Worker Nurse Care Taker Health Station II: Community Health Worker Nurse Assistant Medex (Public health nurse) Care Taker	1 1 1 1 2 1 1		5,000	Preventive care, health education, emergency services, diagnosis and treatment of common illnesses, obstetric services (low risk deliveries), dental care, referral, supervision of level I, management and information systems.	
DISTRICT HOSPITAL A facility providing general medical, surgical and preventive care on an out-patient and in-patient basis for a given geographic area and administrative supervision of the Regional Level.	I, II & III	Nurse Nurse Assistant GMO Medex/Pub. Health N. Dental auxiliary Multipurpose Techn. Pharmacist Com. Health Worker Public Health Insp. Administrator Others Nurse/Nurse M.W. (II) Nurse Assistant GMO Medex/Pub. Health N. Dentist Dental Aide Dental Auxiliary Multipurpose Tech. Pharmacist Food Serv. Superv.	3 5 1 2 2 1 1 1 1 1 8 4 15 3 5 1 1 1 2 3 1 1	Interior and Coastal Areas	25,000	Emergency services, general medicine, surgery and obstetric services, dental care, laboratory, X-rays, pharmacy and dietetic services, preventive care, environmental sanitation, supervision of levels I and II, management and information system, referral.	

TABLE No. 1
 TYPES OF CARE UNITS, ASSIGNED POPULATION, FUNCTIONS AND PROGRAMS, TYPES AND NUMBERS OF PERSONNEL
 IN ACCORDANCE WITH NATIONAL STANDARDS

Page No. 2

COUNTRY: GUYANA

YEAR: 1977

NAME AND TYPE OF CARE UNIT	LEVELS OF CARE PROVIDED	PERSONNEL		POPULATION SERVED		FUNCTIONS AND PROGRAMS CARRIED OUT	REFERRAL SCHEMES AND ARTICULATION BETWEEN UNITS
		TYPE	NUMBER	GENERAL CHARACTERISTICS	AVERAGE NUMBER OF PERSONS		
DISTRICT HOSPITAL (Cont.)		Community Health W. Pub. Health Insp. Statistical Tech. Administrator Others	2 1 1 1 30				
REGIONAL HOSPITAL Offering the highest level of care in a region for hospital services, inclusive of basis specialties, on a permanent basis and orthopaedic, I.N.T., and of- thalmoogy on a periodic basis, and preventive services, for both in and out patients and com- munity function- ing, technically and administra- tively under the supervision of the Regional Level.	I, II, III and IV	C.H. Worker Nurse H. Assistant Consultants Registrars GMO Dentist Dental Aide Med. Technologist Pharmacist Radiographer X-Ray Technician Dietitian Food Serv. Sup. Disp. Assistant Statist. Assistant Administ. Others	3 63 189 8 8 2 2 5 5 2 4 2 2 4 2 2 2 378	Population with direct access and referrals from the District Hospitals of its Region.		Emergency services, medicine, surgery, paedia- trics, obstetrics, gynecology, dental care, laboratory, X-rays, pharmacy, dietetic services preventive care, management and information systems, supervision of its area out patient facilities, referral.	
HEALTH CENTRE	I, II & III	Com. Health Worker Medex Nurse Nurse Assistant Dental Auxiliary Multipurpose Techn. Pharmacist Statistical Techn. Public Health Insp. Others	1 1 1 2 1 2 1 1 2 3		20,000	This facility provides general medicine, surgi- cal, obstetrics, ambulatory care, preventive care, emergency services, dental care, labora- tory, X-Rays, Pharmacy, environmental sanitation, management and information systems, referral.	

TABLE No. 1

TYPES OF CARE UNITS, ASSIGNED POPULATION, FUNCTIONS AND PROGRAMS, TYPES AND NUMBERS OF PERSONNEL
IN ACCORDANCE WITH NATIONAL STANDARDS

Page No. 3

COUNTRY: GUYANA

YEAR: 1977

NAME AND TYPE OF CARE UNIT	LEVELS OF CARE PROVIDED	PERSONNEL		POPULATION SERVED		FUNCTIONS AND PROGRAMS CARRIED OUT	REFERRAL SCHEMES AND ARTICULATION BETWEEN UNITS
		TYPE	NUMBER	GENERAL CHARACTERISTICS	AVERAGE NUMBER OF PERSONS		
G.T. DISTRICT HOSPITAL	I, II and III	Community H. Worker Nurse/Nurse M.W. Nurse Assistant Medex/Pub.H. Nurse Consultant GMO Dentist Dental Aide Dental Auxiliary Medical Technologist Radiographer X-Ray Technician Pharmacist Dietitian Food Serv. Supervisor Dispensary Assistant Public Health Insp. Statistical Techn. Administrator Others	4 27 87 4 4 6 2 2 4 3 1 3 3 1 2 3 2 2 2 80		100,000	General medicine, surgical and obstetric services, intermediate services for in and out patients, emergency services, dental care, laboratory services, pharmacy, dietetic services, preventive care, environmental sanitation, management and information systems, referral.	
REGIONAL REFERRAL HOSPITAL	I, II, III, IV and V	Community H. Worker Nurse assistant Nurse Medical doctor Dental auxiliary Dental aide Dentist Multipurpose Techn. Medical Technologist Pharmacist Radiographer Food Service Superv. Dietitian Statistical Techn. Administrator Others	6 534 186 62 2 4 4 26 16 8 8 6 6 4 4 1 460	General out-patients, out-patients of specialties. Referrals of highly specialized cases		Technically developed intermediate and general services for in and out patients, emergency services, basic, minor and major specialties, dental care, laboratories, X-Rays, pharmacy, dietetic and other intermediate services, preventive care, supervision of its area outpatient facilities, management and information system.	

TABLE No. 2
RESOURCES, PRODUCTION AND PRODUCTIVITY BY LEVEL OF COMPLEXITY

LEVEL OF COMPLEXITY	SERVICE UNITS		LOCALITIES WITH SERVICE				RESOURCES				PRODUCTION				PRODUCTIVITY				
	LEVEL OF CARE	TYPES OF CARE UNITS	NUMBER OF LOCALITIES	POPULATION OF THESE LOCALITIES	NUMBER OF LOCALITIES	NUMBER OF CARE UNITS	ANNUAL PERSONNEL HOURS	NUMBER OF BEDS	TOTAL ANNUAL COSTS	CARE SERVICES	DISCHARGES	DAYS OF STAY	PATIENTS OF	CARE SERVICES PER DISCHARGE	CARE SERVICES PER DISCHARGE	PERSONNEL HOUR	BED OCCUPANCY	AVERAGE DAYS OF STAY	ANNUAL CHANGES PER BED
I	MH; HS; D; HC.		362,803	123	394,241	3,008.9	672,818	23.2	6	1.09	23.2	1.31	75	6	28				
II	MH; HS; D; DH.		476,247	33	625,109	477	311,222	7.0	6	2.24	85	6	40						
III	HS; HC; RH		510,424	8	1,144,608	381	106,989	10.9	7	3.19	84.5	7	98						
IV	HS; D; HC; DH; RRH		826,014	29	2,636,631	1,041	569,239	20.6	6.6	20.6	581.0	82	6.5	43					
Total			826,014	193	4,800,589	1,899	1,660,268	20.6	6.6	20.6	581.0	82	6.5	43					

TABLE No. 2
RESOURCES, PRODUCTION AND PRODUCTIVITY BY LEVEL OF COMPLEXITY

COUNTRY: GUYANA año: 1987

LEVEL OF COMPLEXITY	SERVICE UNITS			LOCALITIES WITH SERVICE				RESOURCES				PRODUCTION				PRODUCTIVITY			
	LEVEL OF CARE	NUMBER OF LOCALITIES	POPULATION OF THESE LOCALITIES	NUMBER OF LOCALITIES	NUMBER OF CARE UNITS	ANNUAL PERSONNEL HOURS	NUMBER OF BEDS	TOTAL ANNUAL COSTS	CARE SERVICES	DISCHARGES	DAYS OF STAY	PATIENTS OF	CARE SERVICES PER DISCHARGE	CARE SERVICES PER DISCHARGE	PERSONNEL HOUR	AVERAGE DAYS OF STAY	ANNUAL CHARGES PER BED		
I MH; HS.	1 a 2		437,820	140	601,232	599	2,368.8	1,976,544	-	-	-	-	-	1.58	-	-	-		
II MH; HS; DH.	1 a 3		596,526	45	1,308,592	599	6,443.2	858,835	27,329	6	33	33	2.19	75	6	46			
III HS; RH.	1 a 4		647,060	6	1,212,240	560	5,491.5	534,192	28,957	6	18	18	1.87	85	6	52			
IV HS; HC; DH; RH; RRH.	1 a 5		1,047,124	31	2,530,416	1,050	11,081.4	1,598,131	46,132	7	35	35	2.42	84.5	7	44			
Total			1,047,124	222	5,742,480	2,209	25,541.3	4,967,702	102,418	6.5	48.5	48.5	5.48	82	6.5	46			

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: HONDURAS

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
COMUNIDAD (*) (Agentes Voluntarios)	I	Guardián de Salud Partera Emp. Adiestrada Representante Salud Rociador Voluntario Voluntario de Malaria	1,702 2,307 1,700 - -	Rural Dispersa Urbana Marginada	200 **17 200 100	Educación Sanitaria, atención directa a pacientes. Referencia control embarazada, parto, puerperio y R. N. Referencia educación sanitaria. Organización comunitaria. Saneamiento Básico. Rociamiento de Viviendas contra malaria. Toma muestras sanguíneas a pacientes febriles.	Refiere a: Centro de Salud Rural Centro de Salud con médico
CENTRO DE SALUD RURAL (*)	II	Auxiliar de Salud Auxiliar de Control de Vectores (ACV) Promotor de Salud I	315 95 100	Rural Dispersa Urbana Marginada	3,000	Atención a las personas: preventiva, control, curativa. Programas: materno-infantil, adultos, epidemiología, organización y control comunitario. Apoyo técnico a voluntarios de malaria o de rociadores voluntarios. Apoyo técnico a programas de saneamiento básico (agua, etc.).	Refiere a: Centro de Salud con médico (CESAMO). Hospital de área. Recibe de: Comunidad.
CENTRO DE SALUD CON MEDICO (*)	III	Médico Enfermera Auxiliar Enfermería Laboratorista Técnico de Rayos X Odontólogo	209 71 357 50 50 51	Rural. Urbana.	4,999	Atención integral a las personas (ambulatoria) y al medio ambiente. Responsable del área de salud donde aun no existe hospital de área.	Refiere a: Hospital de área, hospital regional Recibe de: Centro de Salud R., comunidad.
HOSPITAL DE AREA (*)	IV	Jefe de Area Médico Enfermeras Auxiliar Enfermería Promotor II Otros ***	7 27 17 219 21 -	Rural. Urbana	9,999	Atención integral a las personas (con hospitalización) de cuadros clínicos básicos y al medio ambiente, responsable de la conducción de un área de salud.	Refiere a: Hospital Regional; Hospital Nacional. Recibe de: CESAR, CESAMO y Comunidad.
HOSPITAL REGIONAL (*)	V	Jefe Regional Equipo Regional**** Médicos Enfermeras Promotor III Otros ***	7 7 146 49 7 -	Rural. Urbana	99,999	Atención integral a las personas (con hospitalización) de cuadro clínico básico y cuatro subespecialidades, y atención al medio ambiente. Responsable de una región de salud y de su área de influencia.	Refiere a: Hospital Nacional. Recibe de: Hospital de área, CESAR, CESAMO y comunidad.

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

(**) Embarazadas.

(***) Personal técnico y auxiliar: Rayos-X; laboratorio; mantenimiento.

(****) Equipo Regional: Jefe, enfermera, administrador, epidemiólogo, odontólogo, inspector saneamiento, microbiólogo, etc.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: HONDURAS

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
HOSPITAL NACIONAL (*)	VI	Jefe Regional (metropolitana) Médicos Enfermera Auxiliar Enfermería Promotor III Otros **	1 307 125 809 1 -	Rural. Urbana	Más de 20,000	Atención integral a las personas con hospitalización de alta complejidad). Responsable de la Región metropolitana y de actividades de atención al medio ambiente.	Recibe de: Hospital regional; hospital de área, CESAMO, Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS.
CLINICAS PERIFERICAS (***)	III	Médico Enfermera Auxiliar Enfermería Laboratorio Rayos X		Beneficiaria Trabajadores Familiares de- chobahientes (Urbana)		Atención médica básica integrada. Ambulatoria. Inmunizaciones.	Refiere a hospitales.
HOSPITALES REGIONALES (***)	V	Médicos Generales Médicos Especialistas		Idem.		Atención médica integrada. Ambulatoria - hospitalización. Inmunizaciones. Emergencias.	Refiere a Hospital Nacional.

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

(**) Personal técnico y auxiliar: Rayos-X, laboratorio, mantenimiento.

(***) Instituto Hondureño de Seguridad Social.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD (*)

PAIS: HONDURAS

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS					PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD		
	TIPO DE EFECTORES	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE LOCALIDADES	EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	EGRESOS POR LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HORA DE PERSONAL POR % DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA	
																		PRODUCCION	PRODUCTIVIDAD
I	GUARDIAN DE SALUD	I	1702	340,400	1,702	-	21.2	-	114,247	-	-	-	-	300	-	-	-	
	PFA	I	-	-	2,307	-	21.8	-	42,869	-	-	-	-	31	-	-	-	
	SUBTOTAL	I	1702	340,400	4,009	-	43.0	-	157,116	-	-	-	-	172	-	-	-	
II	CESAR CESAMO	II-III-III-III-IV	273	819,680	589	273	581,680	-	421,176	-	-	-	-	0.7	-	-	-	
	HOSPITAL DE AREA	II-III-III-III-IV	30	150,000	30	603,580	755.3	-	113,303	-	-	-	-	0.2	-	-	-	
	SUBTOTAL	II-III-III-III-IV	304	972,000	304	1,263,520	2,199.9	20	7,443	705	1,410	10.6	0.1	20	2	35	35	
III	CESAR CESAMO	II-III-III-III-IV	13	39,000	13	23,080	104.3	-	35,820	-	-	-	-	1.3	-	-	-	
	HOSPITAL DE AREA	II-III-III-III-IV	17	85,000	17	153,650	487.2	-	75,078	-	-	-	-	0.1	-	-	-	
	SUBTOTAL	II-III-III-III-IV	32	144,000	32	176,730	1,389.0	72	30,369	2,238	11,190	13.6	0.2	42	5	31	31	
IV	CESAR CESAMO	II-III-III-III-IV	7	21,000	7	15,120	43.4	-	14,912	-	-	-	-	1.0	-	-	-	
	HOSPITAL DE AREA	II-III-III-III-IV	11	55,000	11	347,760	567.9	-	85,197	-	-	-	-	0.2	-	-	-	
	SUBTOTAL	II-III-III-III-IV	20	96,000	20	352,880	1,535.5	163	57,793	4,381	30,667	13.2	0.2	52	7	27	27	
V	CESAR CESAMO	II-III-III-III-IV	7	21,000	7	15,120	33.9	-	11,643	-	-	-	-	0.8	-	-	-	
	HOSPITAL DE AREA	II-III-III-III-IV	10	50,000	10	315,650	880.0	-	132,005	-	-	-	-	0.4	-	-	-	
	SUBTOTAL	II-III-III-III-IV	2	20,000	2	393,790	1,769.0	122	69,700	4,823	24,115	14.5	0.2	54	5	40	40	
	HOSPITAL REGIONAL	II-III-III-III-IV	6	326,460	6	2,492,910	9,704.3	871	317,291	41,144	246,864	7.7	0.1	78	6	47	47	
	SUBTOTAL	II-III-III-III-IV	25	417,460	25	3,222,450	12,387.2	933	530,639	45,967	270,979	11.5	0.2	75	6	46	46	

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- 2 -
 CUADRO No. 2
 RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD (*)

PAIS: HONDURAS

ANO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS				PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD			
	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HORA DE PERSONAL POR ATENCIONES	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA			
VI	II	-	27,000	9	19,440	-	37.4	12,855	-	-	-	0.7	-	-	-			
	II-L	-	30,000	6	415,800	-	1,273.8	191,089	-	-	-	0.5	-	-	-			
	III	1	198,953	5	5,548,320	1,863	23,227.2	354,553	568,976	10.0	0.1	84	16	19	19			
	VI	1	255,953	20	5,933,560	1,863	24,538.4	558,497	568,976	15.7	0.1	84	16	19	19			
		2084	2,225,813	401	11,916,000	3,111	42,706.0	2,085,343	88,852	883,222	23.5	0.2	78	10	29			
	TOTAL																	

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD (*)

PAIS: HONDURAS

ANO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)		LOCALIDADES CON SERVICIOS		RECURSOS				PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD			
	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	ATENCIONES POR HORA DE PERSONAL	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA	
V	HOSPITAL REGIONAL	V	1	75,362	1	408,240	154	5,501.3	290,769	9,148	49,071	31.8	0.7	87.3	5.4	59
	Clínicas Periféricas	III	1	250,671	2	194,099		1,548.6	252,363	-	-	-	1.3	-	-	-
VI	HOSPITAL REGIONAL	V	1	326,033	1	733,080	322	11,300.5	420,731	18,240	90,616	23.1	0.6	77.1	5.0	57
	TOTAL		2		4	1,332,414	476	18,350.4	956,863	27,388	139,687	34.2	0.7	80.4	5.1	58

(*) Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD (*) AÑO: 1978

PAIS: HONDURAS

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE SERVICIOS	NUMERO DE PERSONAL	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DEL	EGRESO DEL	PACIENTE-DIA DE LA HORA DE ATENCION

EN CADA ESCALON

I	1,702	340,400	4,009	-	1,262,520	20	45,000	678,956	-	1,410	769	85	1.3	0.22	2	0.6	0.7	0.06	-	-
II	304	972,000	304	20	1,999,900	20	2,199,900	541,922	705	1,410	769	3,197	5.0	0.5	0.6	0.7	3.81	195.6	-	19.0
III	32	144,000	32	72	731,160	72	1,389,000	139,267	2,330	11,190	62	4,500	7.5	1.7	1.0	15.4	6.83	195.6	-	27.3
IV	20	96,000	20	163	716,310	163	2,146,800	157,902	4,381	30,667	36	4,800	7.7	2.4	1.6	45.6	8.2	194.2	-	32.8
V	25	417,460	25	993	3,222,450	993	2,146,800	530,639	45,967	270,979	12	16,698	23.4	7.3	1.3	110.1	10.2	152.1	-	40.7
VI	1	255,953	20	1,863	5,983,560	1,863	24,538,400	558,497	35,561	568,976	16	12,798	23.4	7.3	2.2	138.9	15.3	449.6	-	61.2

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	1,702	340,400	4,009	-	1,262,520	20	45,000	678,956	-	1,410	1,732	85	1.0	0.02	2	0.5	0.5	0.06	-	-
II	2,006	1,312,400	304	20	1,993,680	92	2,242,900	1,220,878	705	1,410	1,732	4,317	1.4	0.06	0.9	2.0	2.2	195.6	-	97.8
III	2,058	1,456,400	336	255	2,709,990	255	3,361,900	1,560,145	2,943	12,600	462	4,334	1.7	0.16	1.0	4.7	9.2	195.6	-	45.7
IV	2,058	1,552,400	356	1,248	5,932,440	1,248	5,778,700	1,518,047	7,324	43,267	207	4,361	3.0	0.63	1.0	27.0	4.8	194.8	-	33.0
V	2,083	1,969,860	381	3,111	11,916,000	3,111	18,165,900	2,048,686	53,291	314,246	38	5,170	5.4	1.40	1.2	39.9	7.0	158.0	-	26.8
VI	2,084	2,225,813	401	3,111	11,916,000	3,111	42,704,300	2,607,183	88,852	883,222	29	5,551	5.4	1.40	1.2	39.9	7.0	274.7	-	27.6

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD (*)

PAIS: HONDURAS

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION				INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DEL EGRESO	DEL PACIENTE-DIA DE LA HORA DE ATENCION		

EN CADA ESCALON

I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	1	75,362	1	40,240	154	5,501.3	290,769	9,148	49,071	31.8	75,362	5.4	2.04	3.9	121.4	3.8	503.5
VI	1	250,671	3	924,174	322	12,849.1	673,094	18,240	90,616	36.9	83,557	3.7	1.3	2.7	72.8	5.1	503.9

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	1	75,362	1	408,240	154	5,501.3	290,769	9,148	49,071	31.8	75,362	5.4	2.04	3.9	121.4	3.8	503.5
VI	2	326,033	4	1,322,414	476	18,350.4	363,863	27,388	139,687	34.2	81,508	4.1	1.5	2.9	84.0	4.9	503.8

(*) Instituto Hondureño de Seguridad Social.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
COLABORADOR VOLUNTARIO DE SALUD	I	Voluntario de la comunidad	1	Población Rural Dispersa	Hasta 500	Funciones: fomento y protección de la salud; atención de primeros auxilios de la patología local más frecuente y de los accidentes más comunes; y educación para la salud. Programas: 1) promoción, protección y atención de enfermos y de apoyo.	Referencia de pacientes al PS y al nivel II. Apoyo técnico y logístico del PS y del niño II.
PUESTO DE SALUD	I	Auxiliar	1	Población Rural	Hasta 2,000	Funciones: Fomento y protección de la salud; atención elemental de la patología más frecuente y de los accidentes más comunes; y educación para la salud. Programas: 1) de promoción de la participación comunitaria; 2) de control de enfermedades transmisibles y zoonosis; 3) de materno-infantil y nutrición; 4) de saneamiento ambiental; 5) de atención médica y odontológica simplificada; y 6) de apoyo.	Referencia de pacientes a los niveles II y III. Apoyo técnico y logístico de los niveles II y III.
CENTRO DE SALUD	II y I	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Población Rural y Urbana.	De 2,000 a 20,000	Funciones: Fomento y protección de la salud; atención médica ambulatoria, atención odontológica y hospitalización de agudos, y educación para la salud. Programas: 1) de promoción de la participación comunitaria; 2) de control de enfermedades transmisibles y zoonosis; 3) de materno infantil y nutrición; 4) de saneamiento ambiental; 5) de atención médica y odontológica, y 6) de apoyo.	Referencia de pacientes a los niveles III y IV. Apoyo técnico y logístico del nivel III.
CENTRO DE SALUD REGIONAL	III y I	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Población Urbana y Rural	De 20,000 a 100,000	Funciones: Fomento y protección de la salud; atención médica ambulatoria, atención odontológica y hospitalización general con especialización general, con especialidades básicas; y educación para la salud y docencia. Programas de: 1) promoción de la participación comunitaria; 2) de control de enfermedades transmisibles y zoonosis; 3) de materno infantil y nutrición; 4) de saneamiento ambiental; 5) de atención médica, odontológica y 6) de apoyo.	Referencia de pacientes al nivel IV. Apoyo técnico y logístico del nivel central

(*) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- 2 -
 TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
 Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
HOSPITAL ESPECIALIZADO	IV	Profesional Especializado Técnico Auxiliar De servicio	(4)	Población Urbana (5)	100,000 y más (6)	Funciones: Fomento y protección de la salud; atención médica ambulatoria y hospitalización especializadas; docencia e investigación.	Apoyo técnico y logístico del nivel central.

(*) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- 3 -
TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
PUESTO SANITARIO	I	Profesional y/o Auxiliar.	2	Población asegurada, rural y urbana.	300 a 500	Recuperación de salud; atención ambulatoria a enfermos; atención odontológica; atención del parto en domicilio.	Referencia de pacientes a los niveles II y III. Apoyo técnico y logístico de los niveles II y III.
UNIDAD SANITARIA	II y I	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Población asegurada, rural y urbana.	500 a 2,000	Recuperación de salud; atención médica ambulatoria, atención odontológica y hospitalización de agudos.	Referencia de pacientes a los niveles III y IV. Apoyo técnico y logístico del nivel III.
UNIDAD SANITARIA SANATORIO	III y I	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Población asegurada, rural y urbana.	2,000 a 10,000	Recuperación de salud; atención médica ambulatoria, atención odontológica y hospitalización general con especialidades básicas.	Referencia de pacientes al nivel IV. Apoyo técnico y logístico del nivel IV.
HOSPITAL CENTRAL	IV	Profesional especializado Técnico Auxiliar De servicio		Población asegurada urbana (es centro de referencia nacional).	10,000 a 120,000	Recuperación de salud; atención médica ambulatoria especializada, atención odontológica y hospitalización especializada.	Apoyo logístico del nivel central.

(*) Instituto de Previsión Social.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
ENFERMERIA	I	Enfermero	1	Militares en servicio activo y en situación de retiro y familiares. Lisiados de guerra y familiares. Población civil (acción cívica).	800	Recuperación de salud: atención ambulatoria a enfermos, hospitalización de emergentes.	Referencia de pacientes a los niveles II, III y IV. Apoyo técnico y logístico del nivel IV.
UNIDAD SANITARIA	II	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Militares en servicio activo y en situación de retiro y familiares. Lisiados de guerra y familiares. Población civil (acción cívica).	5,000	Recuperación de salud: atención ambulatoria a enfermos, atención odontológica y hospitalización de agudos.	Referencia de pacientes a los niveles III y IV. Apoyo logístico y técnico del nivel IV.
HOSPITAL DIVISIONARIO	III	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Militares en servicio activo y en situación de retiro y familiares. Lisiados de guerra y familiares. Población civil (acción cívica)	10,000	Recuperación de salud: atención ambulatoria a enfermos, atención odontológica y hospitalización general.	Referencia de pacientes al nivel IV. Apoyo técnico y logístico del nivel IV.
HOSPITAL CENTRAL	IV	Profesional Especializado Técnico Auxiliar De servicio		Militares en servicio activo y en situación de retiro y familiares. Lisiados de guerra y familiares. Población civil (acción cívica)	40,000 a 80,000	Recuperación de salud: atención ambulatoria general y especializada, atención odontológica y hospitalización general y especializada.	Apoyo logístico del nivel central.

(*) Sanidad Militar.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
ENFERMERIA	I	Enfermero	1	Personal policial y familiares. Funcionarios del Ministerio del Interior y de la Junta de Gobierno. Personal Civil.	500	Recuperación de salud: atención ambulatoria a enfermos.	Referencia de pacientes al nivel IV. Apoyo técnico y logístico del Nivel IV.
HOSPITAL DE POLICIA "POLICLINICO RIGOBERTO CABALLERO".	IV y I	Profesional Especializado Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Personal policial y familiares. Funcionarios del Ministerio del Interior y de la Junta de Gobierno. Personal civil.	30,000	Recuperación de salud: atención ambulatoria general y especializada, atención odontológica y hospitalización general y especializada.	Apoyo logístico del nivel central.

(*) Sanidad Policial.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
HOSPITAL DE CLINICAS (Hospital Escuela)		Profesional Especializado Técnico Auxiliar De servicio	(4)	Población general (5)	60,000 (6)	Docencia, investigación y atención médica general y especializada, atención odontológica, hospitalización general y especializada.	

(*) Universidad Nacional de Asunción.

- 7 -
 TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
 Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES (*)

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCIÓN (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATEN- CIÓN QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
POLICLINICO MUNICIPAL	IV y I	Profesional Técnico Auxiliar De servicio		Población general	5,000	Recuperación de salud: atención ambulatoria a enfermos y atención odontológica.	

(*) Salud Municipal.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: PARAGUAY

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS					PRODUCCION					PRODUCTIVIDAD		
	TIPO DE EFECTORES	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL * ANUAL	ATENCIÓNES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIÓNES POR EGRESO	HORA DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA	PRODUCCION		PRODUCTIVIDAD	
																EGRESOS	ATENCIÓNES POR EGRESO		
I	Puesto de Salud y CVS	I	280		280	257,250	28	25,660	168,982	311	736	543.4	0.7	8.6	2.4	11.0			
	Puesto Sanitario	I	74		74	115,000	53	307,122	341,504	338	1,268	1,041.8	3.3	5.4	3.8	6.2			
	Enfermería SM	I	48		48	84,000	142	7,649	56,563	785	3,035	72.1	0.8	5.9	4.0	5.5			
	Enfermería SP	I	25		25	18,750	-	3,283	7,500	-	-	-	0.4	-	-	-			
	T O T A L		427	*486,460	427	475,000	223	343,714	574,749	1,424	5,039	403.6	1.3	6.2	3.5	6.4			
II	Centro de Salud	I y II	105		105	1,785,000	499	287,700	1,041,155	18,099	48,912	57.5	1.2	33.9	2.7	36.3			
	Unidad Sanitaria	I y II	17		17	356,250	245	361,887	402,729	4,009	20,073	100.5	2.2	12.9	3.0	16.4			
	Unidad Sanitaria SM	II	20		20	140,000	244	10,198	96,965	3,927	21,599	24.7	1.4	24.3	5.5	16.1			
	Policlínica Municipal	III	1		1	36,000	-	550	27,380	-	-	-	0.8	-	-	-			
	T O T A L		143	*314,585	143	2,317,250	988	660,335	1,568,229	26,035	90,584	60.2	1.3	25.1	3.5	26.4			
III	Centro de Salud Regional	III	9		9	560,000	218	109,592	258,732	8,770	43,240	29.5	1.0	54.3	4.9	40.2			
	Unidad Sanitaria-Sanatorio	I y III	7		7	133,750	207	286,620	318,898	4,095	15,224	77.9	3.9	11.8	3.7	28.4			
	Hospital Divisionario	III	5		5	37,500	140	10,198	48,482	3,142	25,136	15.4	1.2	49.2	8.0	22.4			
	T O T A L		21	*261,162	21	831,250	565	406,410	626,112	16,007	83,600	39.1	1.7	40.5	5.2	28.3			
IV	Hospitales Especializados	IV	6		6	832,500	574	164,388	129,237	9,460	138,501	13.7	0.4	83.1	14.6	16.5			
	Hospital Central IPS	IV	1		1	1,276,700	467	420,367	467,739	13,242	126,202	35.3	1.1	79.1	9.5	28.4			
	Hospital Central SM	IV	1		1	737,500	250	29,947	132,988	4,343	56,590	30.6	0.5	85.0	9.8	17.4			
	Hospital de Policía	IV y I	1		1	241,500	93	7,493	31,095	2,038	14,527	15.3	0.4	42.8	7.1	21.9			
	Hospital de Clínicas.	IV y I	1		1	3,050,000	580	12,516	73,153	10,749	142,578	6.8	0.1	72.4	13.2	18.5			
	T O T A L		10	*574,940	10	6,238,200	1,964	627,711	834,212	39,832	478,398	20.9	0.4	66.7	12.0	20.3			

(*) Población cabecera de distrito, más rural adyacente.

(**) En millones de Guaraníes.

CVS = Colaborador Voluntario de Salud; SM = Sanidad Militar; SP= Sanidad Policial; IPS= Instituto de Previsión Social.

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: PARAGUAY

ANO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS	
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL *	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DE LA HORA	DEL PACIENTE-DIA

EN CADA ESCALON

I	343	486,460	427	475,000	223	343,714	754,749	1,424	5,039	403.6	1,139	0.9	0.5	1.2	2.9	571	10,620	3,001	765
II	98	314,585	143	2,317,250	988	660,335	1,568,229	26,035	90,584	60.2	2,200	7.4	3.1	5.0	82.8	192	13,798	3,966	253
III	13	261,162	21	831,250	565	406,410	626,410	16,007	83,600	39.1	12,436	3.2	2.2	2.4	61.3	649	16,351	3,131	387
IV	1	574,940		6,258,200	1,964	627,711	834,212	39,832	478,398	20.9	57,494	10.9	3.4	1.5	69.3	193	11,725	976	73

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	343	486,460	427	475,000	223	343,714	754,749	1,424	5,039	403.6	1,139	0.9	0.5	1.2	2.9	571	10,620	3,001	765
II	441	801,045	570	2,792,250	1,211	1,004,049	2,142,978	27,459	95,623	78.0	1,405	3.5	1.5	2.7	34.3	294	13,633	3,915	388
III	454	1,062,207	591	3,623,500	1,776	1,410,459	2,769,090	43,466	179,223	63.7	1,797	3.4	1.7	2.6	40.9	280	14,634	3,459	388
IV	455	1,637,147	601	9,881,700	3,740	2,038,170	3,603,302	83,298	657,621	43.3	2,724	6.0	2.3	2.2	50.9	260	13,243	1,677	223

(*) En Millones de Guaraníes.

TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: PERU

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
AGENTE COMUNITARIO	1er. Nivel o Nivel inicial de atención.	Promotor Partera Tradicional	1 1	Rural	500 500	Promoción integral de la salud; primeros auxilios; participación activa de vacunaciones; educación sanitaria; atención del parto.	Puestos sanitarios; centros de salud "A" y "B". Apoyo: Capacitación Biológica, Equipos e instrumentos, mínimo y supervisión; educación continua.
PUESTO SANITARIO O CENTRO BASE DE SALUD	2o. Nivel	Auxiliar Sanitario	1	Rural	2,000	Atención sanitaria; primeros auxilios; vacunaciones; transferencia de pacientes.	Centro de Salud "A" y "B"; hospital general, base.
CENTRO DE SALUD "A" (Rural L)	2o. Nivel	Médico Enfermera SP Auxiliar Enfermería	1 1 1	Urbano	5,000	Atención médica general; control de enfermedades T; notificación de casos; vacunaciones TBC; malaria, etc.; actividades de saneamiento ambiental; letrina sanitaria; educación para la salud; transferencia de pacientes y atención del parto.	Hospital general; hospital general base. Apoyo: Capacitación, materiales y suministros y supervisión.
CENTRO DE SALUD "B" (Urbano)	2o. Nivel	Médico Odontólogo Asist. Social Obstetra Enfermera SP Enfermeras Auxiliar Enfermería	1 1 1 1 1 1	Urbano	10,000	Atención médica integral; control de enfermedades T; notificación de casos; vacunaciones TBC; detección cáncer uterino; alimentación complementaria; control establecimientos públicos; referencia de pacientes.	Hospital General; hospital general base. Apoyo: capacitación; materiales y suministros y supervisión.
HOSPITAL GENERAL	2o. Nivel	Médico General, Pediatra, Cirujano y Obstetra Asist. S. Obst. Enfermera SP-Enf. Insp. Saneamiento Auxiliar Enfermería	4 4 1 1-1 1-1 1 1	Urbano (Población asegurada y no asegurada)	50,000	Atención médica integral; control de enfermedades T; programa materno infantil; programa de saneamiento ambiental; programa de nutrición; programa de extensión de cobertura (atención primaria); referencia de pacientes.	Hospital general base; hospital regional. Apoyo: material y suministros.

- 2 -
 TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
 Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: PERU

AÑO: 1978

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCIÓN (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATEN- CIÓN QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
HOSPITAL GENERAL BASE	2o. Nivel	Médicos: cirujanos, ginecólogos, obste- tras y pediatras Odontólogo Farmacéutico Asist. Social Obst. Enfermera SP Enfermera General Auxiliar Enfermería	4 1-2 1 1 1-2 1-2 6-10 18-30	Urbano y Rural (Población asegu- rada y no ase- gurada)	100,000	Atención médica integral; atención médica espe- cializada; control enfermedades transmisibles; programa madre y niño; programa saneamiento am- biental; programa nutrición; programa extensión cobertura (atención primaria de salud), apoyo a establecimientos subordinados.	Hospital Regional. Apoyo: mantenimiento y suministros.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE/ESPECIA- LIDADES	3er. Nivel	Todos los anteriores		Urbano y Rural	500,000	Todos los anteriores y diferencia atención espe- cializada.	Transferencia

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: PERU

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)			LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS					PRODUCCION					PRODUCTIVIDAD				
	NIVELES DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE LOCALIDADES	EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESOS	ATENCIONES POR HORA DE PERSONAL	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION	EGRESOS ANUALES POR CAMA					
I AGENTE COMUNITARIO PUESTO SANITARIO	I 1,154	2,308,000	1,154	1,994,100	-	218,971,500	1,552,902	-	-	-	-	0.81	-	-	-	-					
II CENTRO DE SALUD "A"	II 306	1,530,000	306	2,130,200	617	1,022,496	1,596,995	6,458	29,061	247.2	0.99	13.3	4.5	10.5							
II CENTRO DE SALUD "B"	II 17	170,000	17	953,800	8	1,049,180	335,054	84	116	3,988	0.46	4.0	1.4	10.5							
II HOSPITAL GENERAL	II 24	1,200,000	24	4,951,700	1,336	689,689,246	458,139	30,728	331,862	14.9	0.12	65.4	10.8	23.0							
II HOSPITAL GENERAL BASE	II 65	2,804,000	65	4,437,700	5,921	3,056,896	1,139,536	136,183	1,470,776	8.0	0.07	65.4	10.8	23.0							
III HOSPITAL REGIONAL (Docente y/o especializado)	III 18	8,250,000	18	26,908,500	8,070	4,167,128	1,680,516	185,160	2,004,588	9.7	0.08	65.4	10.8	23.0							

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: PERU

AÑO: 1978

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS	
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL * ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EGRESO	HORAS DE PERSONAL POR HABIT.	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR HABIT.	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA	DE LA HORA DE ATENCION

EN CADA ESCALON

I	1,154	2,308,000	1,154	1,904,100	-	219.7	1,552,902	-	6,458	29,061	24.7	2,000	0.8	-	0.7	-	141	480	59,582.5	18,796.1	175	480
II	306	1,530,000	306	2,130,200	617	1,022.5	1,596,995	84	84	116	3988	4,250	1.3	0.4	1.0	4.2	**	**	**	**	**	**
III	17	170,000	17	953,800	8	1,049.2	335,054	30,278	30,278	31,862	14.9	10,000	5.6	0.04	1.9	0.5	**	**	**	**	**	**
IV	24	1,200,000	24	4,951,700	1,336	689.2	458,139	30,278	31,862	14.9	50,000	4.1	1.1	0.4	25.6	1,128	5607.6	1,128	5607.6	519.2	139	139
V	65	2,804,000	65	19,437,700	5,921	3,056.9	1,139,536	136,183	147,776	8.0	43,139	6.9	2.1	0.4	48.6	2,011	5611.7	2,011	5611.7	519.6	157	157
VI	18	8,250,000	18	26,908,300	8,070	4,167.1	1,680,516	185,610	2,004,588	9.7	458,333	3.3	0.9	0.2	22.5	1,859	5612.7	1,859	5612.7	519.6	155	155

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	1,154	2,308,000	1,154	1,904,100	-	219.7	1,552,902	-	6,458	29,061	487.7	2,227	0.8	-	0.7	-	141	197	96076.0	21,468	116	116
II	1,460	3,838,000	1,460	4,039,300	617	1,241.5	3,149,304	6,458	6,458	29,177	532.7	2,629	1.0	0.2	0.8	1.7	**	**	**	**	205	205
III	1,477	4,008,000	1,477	4,993,100	625	2,290.6	3,184,958	6,452	6,452	29,177	532.7	2,714	1.2	0.1	0.9	1.6	**	**	**	**	**	**
IV	1,501	5,208,000	1,501	9,944,800	1,961	2,979.8	3,143,017	32,270	361,039	105.8	3,469	1.9	0.4	0.7	7.1	377	39886.0	377	39886.0	4117	199	199
V	1,566	8,012,000	1,566	29,382,500	7,882	6,036.7	5,082,633	173,453	1,831,815	29.3	5,116	3.7	0.9	0.6	21.6	593	17634.0	593	17634.0	1645	136	136
VI	1,584	16,262,000	1,584	56,290,800	15,952	10,203.9	6,763,149	359,063	5,636,343	18.8	10,266	3.5	0.9	0.4	22.1	755	14212.0	755	14212.0	1330	120	120

(**) Estas cifras sujetas a revisión.

CUADRO No. 1
TIPO DE EFECTORES, POBLACION ASIGNADA, FUNCIONES Y PROGRAMAS, TIPO
Y NUMERO DE PERSONAL SEGUN NORMAS NACIONALES

PAIS: VENEZUELA

AÑO: 1979

NOMBRE Y TIPO DE UNIDAD DE ATENCION (ESTABLECIMIENTO O EFECTOR) (1)	NIVELES DE ATENCION QUE BRINDA (2)	PERSONAL		POBLACION A LA QUE SIRVE		FUNCIONES Y PROGRAMAS QUE REALIZA (7)	ESQUEMA DE REFERENCIA Y ARTICULACION ENTRE EFECTORES (8)
		TIPO (3)	No. (4)	CARACTERISTICAS GENERALES (5)	NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS (6)		
UNIDADES SANITARIAS						Prevención de las enfermedades transmisibles agudas y crónicas y el control sanitario general, así como también las acciones de despistaje. Diagnóstico precoz.	Reciben: Derivan: Resto, efectores.
MEDICATURAS RURALES				Población Rural	Hasta 5,000	Atención médico ambulatoria dentro del medio rural organizado.	Reciben: Derivan: Centros de Salud, Hospitales Generales, Hospitales Especializados.
CENTROS DE SALUD					20,000 a 60,000	Se realizan las cuatro actividades básicas de atención médica, así como las funciones preventivas más importantes.	Reciben: Med. S. Derivan: Hospitales Generales, Hospitales Especializado.
HOSPITALES GENERALES				Población en General.		Se da atención médico-quirúrgica y rehabilitación a pacientes agudos y crónicos, comprendiendo las cuatro actividades básicas de medicina general, cirugía, pediatría y gineco-obs-tetricia.	Reciben: Centros de Salud. Derivan: Hospitales Especializados
HOSPITALES ESPECIALES				Población en General		Atención médico quirúrgica a pacientes tuberculosos, leprosos y enfermos mentales, oncológicos, geriátricos.	Reciben: Med., Hospitales Generales. Derivan: Hospitales Generales.

CUADRO No. 2
RECURSOS, PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

PAIS: VENEZUELA

AÑO: 1979

ESCALON DE COMPLEJIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS (EFECTORES)		LOCALIDADES CON SERVICIOS		RECURSOS				PRODUCCION				PRODUCTIVIDAD		
	NIVEL DE ATENCION	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS DE INTERACCION DE LOS EGRESADOS	ATENCIONES POR EGRESO	ATENCIONES POR HORA DE PERSONAL	% DE OCUPACION DE LAS CAMAS	PROMEDIO DE DIAS DE INTERACCION *	EGRESOS ANUALES POR CAMA
I UNIDADES SANITARIAS Y MEDICATURAS RURALES	-	-	-	1,124	-	-	44,187,390	1,930,114	-	-	-	-	-	-	-
II CENTROS DE SALUD	-	-	-	77	-	3,033	93,624,153	4,626,071	126,259	620,028	7.46	-	56.0	4.91	41.6
III HOSPITALES GENERALES	-	-	-	47	-	13,676	396,476,287	8,013,527	482,987	3,534,473	2.26	-	70.8	7.32	35.3
**IV HOSPITALES ESPECIALES	-	-	-	21	-	4,519	42,220,104	306,113	14,364	1,202,225	21.31	-	72.9	83.70	3.2
TOTAL	-	-	-	707	-	21,228	576,507,934	32,246,829	623,610	5,356,726	31.03	-	69.1	6.8	29.4

CUADRO No. 3

RECURSOS, PRODUCCION, COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS POR ESCALONES DE COMPLEJIDAD

ANO: 1979

PAIS: VENEZUELA

ESCALON DE COMPLEJIDAD	LOCALIDADES CON SERVICIOS			RECURSOS			PRODUCCION			INDICADORES DE COBERTURA						COSTOS UNITARIOS		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION DE ESTAS LOCALIDADES	NUMERO DE EFECTORES	HORAS ANUALES DE PERSONAL	NUMERO DE CAMAS	GASTO TOTAL ANUAL	ATENCIONES	EGRESOS	DIAS-CAMA OCUPADOS	ATENCIONES POR EGRESO	HABITANTES POR EFECTOR	HORAS DE PERSONAL POR HABITANTE	CAMAS POR 1000 HABITANTES	ATENCIONES ANUALES POR HABIT.	EGRESOS ANUALES POR MIL HABIT.	DE LA ATENCION DEL PACIENTE-DIA	DE LA HORA DE ATENCION	

EN CADA ESCALON

I	-	-	562	-	3,033	44,187,390	19,301,114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	77	-	3,033	93,624,153	4,626,071	126,259	620,028	7.46	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	47	-	13,676	396,476,287	8,013,527	482,987	3,534,473	2.26	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	21	-	4,519	42,220,104	306,113	14,364	1,202,225	21.31	-	-	-	-	-	-	-

EN CADA ESCALON Y ESCALONES ANTERIORES

I	-	-	562	-	-	44,187,390	19,301,114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	639	-	3,033	137,811,543	23,927,165	126,259	620,028	7.46	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	686	-	16,709	534,287,830	31,940,712	609,246	4,154,501	9.72	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	707	-	21,228	576,507,934	32,246,825	623,610	5,356,726	51.03	-	-	-	-	-	-	-