



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA **54.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002

Punto 4.4 del orden del día provisional

CSP26/INF/1 (Esp.)

25 julio 2002

ORIGINAL: ESPAÑOL

**EVALUACIÓN DE LAS ORIENTACIONES
ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA 1999-2002**

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) 1999-2002.....	3
2.1 Metas regionales.....	3
2.2 Orientaciones Programáticas.....	6
3. Evaluación intermedia de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002.....	6
4. Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002	7
4.1 Avance en el cumplimiento de las metas regionales.....	7
4.2 Cumplimiento de las Orientaciones Programáticas	17
4.3 Las OEP y los planes y políticas nacionales de salud	49
5. Lecciones para el futuro.....	50

1. Introducción

La resolución CSP25.R4 de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1999-2002, y pidió al Director de la OPS que las aplicara y que evaluara el impacto de la cooperación técnica utilizándolas como marco de referencia.

La Oficina realizó un ejercicio de evaluación intermedia en 2001, y sobre la base de esa experiencia definió un enfoque de evaluación final que presentó al Subcomité de Planificación y Programación en marzo de 2002, durante el cual los delegados hicieron recomendaciones para mejorar la evaluación final. Al mismo tiempo, los resultados de esta evaluación intermedia se tuvieron en cuenta durante la elaboración de la propuesta del Plan Estratégico para el período 2003-2007. Posteriormente se presentó un nuevo informe a la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo, en junio de 2002. Los comentarios y sugerencias de modificación expresados en dicha sesión se han tenido en cuenta en esta nueva versión.

En cumplimiento del mandato de la Conferencia, este documento tiene como propósito informar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el progreso en el cumplimiento de las metas regionales, la aplicación de las Orientaciones Programáticas y hasta qué punto los países tuvieron en cuenta las OEP al formular sus planes o políticas nacionales de salud, en el período 1999-2002.

2. Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002

Desde 1986, la Organización ha venido adoptando en forma continua documentos marco de orientaciones de política para períodos cuadriennales. En 1998, la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1999-2002, basadas en el análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas. Estas OEP fueron no solo la respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) a la nueva política mundial de Salud para Todos en el Siglo XXI (SPT21) y al Programa General de Trabajo (PGT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino también un compromiso con el logro de la meta mundial de Salud para todos (SPT).

2.1 *Metas regionales*

Las OEP identificaron 29 metas regionales que representan el compromiso conjunto de los países y la Oficina para avanzar en materia de salud de la población de la Región.

Estas metas adoptadas se agruparon en tres conjuntos. Un primer grupo referido a resultados de salud:

- la esperanza de vida al nacer aumentará al menos dos años en todos los países que en 1998 tengan una esperanza de vida inferior a los 70 años;
- en todos los países la tasa de mortalidad infantil disminuirá 10%;
- la mortalidad perinatal disminuirá 20%;
- la mortalidad neonatal tardía disminuirá 30%;
- la mortalidad en la niñez disminuirá 40% y será menor de 50 por 1.000 nacidos vivos;
- la mortalidad materna disminuirá 25%;
- al menos 60% de las mujeres de 15 a 44 años de edad tendrán acceso a los anticonceptivos;
- en todos los países, menos del 20% de los niños menores de 5 años padecerán retraso del crecimiento;
- menos del 10% de los recién nacidos pesarán menos de 2.500 gramos al nacer;
- se habrán eliminado las enfermedades por carencia de yodo;
- la prevalencia de hipovitaminosis A subclínica en los niños menores de 5 años estará por debajo del 10%;
- la prevalencia de carencia de hierro entre las mujeres de 15 a 44 años de edad y las embarazadas habrá disminuido en 30%;
- se mantendrá la eliminación de la transmisión del poliovirus salvaje;
- en todos los países se habrá eliminado la transmisión del sarampión;
- la incidencia del tétanos neonatal estará por debajo de 1 por 1.000 nacidos vivos a nivel distrital (municipal, cantonal, etc.);
- la prevalencia de lepra estará por debajo de 1 por 10.000 habitantes;

- la prevalencia de la caries dental endémica se reducirá en un 50%;
- se habrá eliminado la transmisión de la rabia humana por los perros;
- la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans* se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur;
- la fiebre aftosa se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur.

Un segundo grupo relacionado con acciones intersectoriales dirigidas a los factores determinantes de la salud:

- en todos los países, al menos 80% de la población total tendrá servicios adecuados de disposición de aguas residuales y eliminación de excretas;
- al menos 75% de la población total tendrá acceso al agua potable, y en los países que en 1998 tenían un acceso mayor de 75%, la cobertura aumentará 10%.

Y un tercer grupo que guarda relación con políticas y sistemas de salud:

- todos los países habrán adoptado políticas para promover la salud para todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad;
- toda la sangre para transfusión se examinará para detectar la infección por el virus de la hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH;
- todos los bancos de sangre estarán participando en programas de control de la calidad;
- todos los países habrán adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por los niños y adolescentes;
- todos los países contarán con un sistema de información sanitaria que proporcione datos básicos de salud que respondan a criterios de validez y confiabilidad;
- en coordinación con las entidades pertinentes, se habrá logrado que las defunciones sin registrar estén por debajo del 20%;
- menos del 10% de las defunciones registradas se asignarán a "causas mal definidas".

2.2 Orientaciones Programáticas

Con la finalidad de alcanzar estas metas, la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Director que programara la cooperación técnica aplicando las OEP y solicitó a los países que las tuvieran en cuenta al formular sus políticas nacionales de salud.

Para guiar la programación de la cooperación técnica de la Oficina, se establecieron cinco Orientaciones Estratégicas: Salud en el Desarrollo Humano, Promoción y Protección de la Salud, Protección y Desarrollo Ambiental, Desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud, y Prevención y Control de Enfermedades. Además de las Orientaciones Estratégicas, se definieron Orientaciones Programáticas en las cuales la Oficina asumió la responsabilidad de efectuar esfuerzos particulares de cooperación técnica.

Al mismo tiempo, se pidió al Director que valorara el impacto de la cooperación utilizando como marco básico de referencia las OEP e informara a los Cuerpos Directivos.

3. Evaluación intermedia de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999–2002

Con el objeto de adelantar esta función solicitada por la Conferencia, y al mismo tiempo con la perspectiva de alimentar el proceso de planificación y contribuir al desarrollo del Plan Estratégico 2003-2007, la Oficina llevó a cabo un estudio de evaluación intermedia de las OEP en el período de abril a junio de 2001. El procedimiento utilizado y los hallazgos principales se presentaron al Subcomité de Planificación y Programación con el fin de tenerlos en cuenta para analizar la propuesta de metodología para la evaluación final de las OEP.

Este estudio de evaluación intermedia de las OEP mostró que, en el área técnica, el 87% de los profesionales estudiados conocían las OEP, todos las utilizaban en su trabajo, el 85% las consideraba orientadoras de la cooperación técnica, pero solo la mitad conocía el proceso que se llevó a cabo para su elaboración. Además, se encontró que los proyectos de cooperación técnica tenían una concordancia con las Orientaciones Programáticas de las OEP, de alrededor de un 90%.

Se revisaron las posibilidades metodológicas de evaluar el cumplimiento de las metas regionales de las OEP y se encontró que varias metas ya se habían logrado en junio de 2001. También se hizo evidente que en algunas de ellas sería necesario recurrir a fuentes alternas a los Indicadores Básicos publicados por la Oficina para poder evaluarlas, y que era posible que en algunos casos no fuera factible disponer de los datos que permitieran valorar su cumplimiento.

Con los resultados de esta evaluación intermedia y las sugerencias de los delegados a la 36.^a reunión del SPP se estableció el enfoque para la evaluación final de las OEP, y se presentó un nuevo informe al Comité Ejecutivo durante el cual los delegados expresaron sugerencias para mejorarlo, y éstas fueron incorporadas en la presente versión.

4. Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002

La 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Director no solo aplicar las OEP, sino valorar el impacto de la cooperación técnica usando las OEP como marco de referencia. Con este fin, se presenta a continuación la apreciación más precisa posible sobre el cumplimiento de las metas regionales, el cumplimiento de las Orientaciones Programáticas, y el nivel de influencia de las OEP en los planes y las políticas nacionales de salud.

Por otra parte, este ejercicio es una oportunidad para la Organización de aprender sobre el proceso de definición de orientaciones de política y planificación, así como sobre la programación y gestión de la cooperación técnica. Por lo tanto, en el capítulo siguiente se describe una serie de lecciones para la Oficina, derivada de la evaluación intermedia y de la evaluación que aquí se presenta.

4.1 *Avance en el cumplimiento de las metas regionales*

Para cada una de las metas regionales y para cada uno de los países de la Región, con excepción de los territorios, se revisaron los datos disponibles en el Sistema Regional de Datos Básicos en Salud, producido por la Oficina, con el fin de comparar la situación en 1998, en relación con la meta respectiva, con la situación en el año más reciente disponible, cercano a 2002. De esta forma es posible apreciar el alcance o el rezago con respecto al logro de las metas. Para los casos en que los Datos Básicos no disponían de los datos requeridos o la información necesaria no formaba parte de esta base de datos, se trató en lo posible de identificar una fuente alternativa.

De las 29 metas regionales adoptadas, es posible afirmar que 5 se cumplieron a cabalidad, 13 se alcanzaron parcialmente y en 2 el avance fue mínimo o ninguno. Además, para 9 metas, la información necesaria para evaluar el avance hacia su cumplimiento no es suficiente, no está disponible, no está actualizada o los valores entre países no son comparables por corresponder a períodos diferentes y, por lo tanto, no se puede evaluar el cumplimiento de las metas.

4.1.1 *Esperanza de vida al nacer*

Meta: *La esperanza de vida al nacer aumentará al menos dos años en todos los países que en 1998 tengan una esperanza de vida inferior a los 70 años.*

Según los cálculos de la esperanza de vida, en todos los países de la Región con una esperanza de vida inferior a 70 años, menos uno (Granada), la esperanza de vida aumentó durante el período comprendido en la evaluación (de 1998 a 2002). El aumento de la esperanza de vida durante dicho período fue de 0,91 años en promedio para todos los países. En Saint Kitts y Nevis, se excedió la meta de aumentar la esperanza de vida dos años, registrándose un aumento de 2,8 años entre 1998 y 2002.

4.1.2 *Mortalidad infantil*

Meta: *En todos los países la tasa de mortalidad infantil disminuirá 10%.*

Según las tasas estimadas, en todos los países de la Región la mortalidad infantil se redujo, alcanzando una disminución de 9% en promedio. En siete países se excedió la meta, con una reducción de 10% (Bolivia, Colombia, El Salvador, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago, y Uruguay). Entretanto, en tres países (Canadá, Cuba y Estados Unidos de América) la tasa de mortalidad infantil en 1998 era y en la actualidad continúa siendo inferior a 10% lo que, además de representar un logro significativo para la población, hace que cualquier reducción, por pequeña que sea, implique esfuerzos mayores que para países con tasas de mayor magnitud. Sin embargo, en estos países también hubo una reducción de la tasa.

4.1.3 *Mortalidad perinatal*

Meta: *La mortalidad perinatal disminuirá 20%.*

No hay suficientes datos sobre las tasas de mortalidad perinatal en la Región como para determinar la medida en que se ha alcanzado esta meta. El subregistro de la mortalidad fetal intermedia y de la mortalidad fetal tardía es considerable en la Región y estos son datos imprescindibles para la construcción del indicador por lo que, en la práctica, muy pocos países llegan a estimar esta tasa. Los datos disponibles más recientes en relación con esta meta para la mayoría de los países corresponden a 1997, un año antes de la aprobación de las OEP y no hay datos posteriores que permitan hacer una comparación y establecer cambios en la mayoría de los países.

4.1.4 *Mortalidad neonatal tardía*

Meta: *La mortalidad neonatal tardía disminuirá 30%.*

En la mayoría de los países de la Región, el subregistro de la mortalidad en las edades más tempranas es considerable por lo que las tasas de mortalidad no son rutinariamente estimadas, en especial para grupos de población como de neonatos (menos de 28 días de nacimiento), grupo en el cual se ubica la mortalidad neonatal tardía (7 a 28 días). Los registros que se realizan a través de la base de datos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), son registros de establecimientos de atención de salud y no alcanzan el panorama del nivel nacional. Sin embargo, se dispone de registros de solo cinco países, pero no son coincidentes en los años de registro. Por lo tanto, no hay suficientes datos sobre las tasas de mortalidad neonatal tardía en la Región como para determinar la medida en que se ha alcanzado esta meta.

4.1.5 *Mortalidad de menores de 5 años*

Meta: *La mortalidad en la niñez disminuirá 40% y será menor de 50 por 1.000 nacidos vivos.*

Solo 7 países tenían tasas superiores a 50 por 1.000 nacidos vivos al comienzo del período. Según las tasas estimadas, en todos los países de la Región la tasa de mortalidad en la niñez presentó en promedio una disminución de 3,7 por 1.000 nacidos vivos, o sea alrededor de 9,5% de reducción media. Con relación a la meta establecida de reducir un 40% la tasa en el período, 18 países la redujeron entre 2.9% y menos de 10%, 9 países entre 10% y 15% y solo uno, Uruguay, se acercó a la mitad de la meta con una reducción de 19,5%. De los 7 países con tasas de mortalidad en la niñez superiores a 50 por 1.000 nacidos vivos en 1998, ninguno alcanzó la meta de reducir esta tasa a 50 por 1.000 nacidos vivos.

4.1.6 *Mortalidad materna*

Meta: *La mortalidad materna disminuirá 25%.*

Los datos sobre mortalidad materna en la Región son incompletos, hay enorme disparidad en los años de registro o de estimación de las tasas, y en muchos países no sirven para hacer comparaciones. En 16 países hay datos sobre la tasa de mortalidad materna para 1998 y en 9 las cifras son anteriores a 1998. Los datos posteriores solo llegan al año 2000 en 7 países y hasta 1999 en 10 países. Solamente en 4 países hay datos para 1998 y 2000 simultáneamente. Aunque los datos disponibles muestran una tendencia general a una disminución de las tasas de mortalidad materna en algunos países, con una razón general para la Región de 190 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en

general el progreso en este campo es mínimo. Algunos países todavía tienen tasas de mortalidad materna elevadas, y sigue habiendo grandes disparidades entre países y en los países de la Región.

4.1.7 *Acceso a anticonceptivos*

Meta: *Al menos 60% de las mujeres de 15 a 44 años de edad tendrán acceso a los anticonceptivos.*

No hay suficientes datos como para determinar si se ha alcanzado esta meta. Aunque se dispone de una serie completa para 1994, los datos más recientes corresponden a 1998 en seis países. En los casos en que se dispone de datos con respecto a 2000, en dos países, la tasa de prevalencia de anticonceptivos corresponde a mujeres en relación de pareja en edades comprendidas entre 15 y 49 años, y no son necesariamente comparables a los datos anteriores, que se refieren a todas las mujeres.

4.1.8 *Retraso en el crecimiento*

Meta: *En todos los países, menos de 20% de los niños menores de 5 años padecerán retraso del crecimiento.*

Los datos disponibles no bastan para determinar si se ha alcanzado esta meta. Datos disponibles de estudios sobre niños de 3 años, en 10 países, indican una disminución general del retraso del crecimiento en dicho grupo de edad. Sin embargo, estos datos no son suficientes para establecer el cumplimiento de la meta, ya que además de ser muy pocos países, los períodos comprendidos en los estudios, remontándose a 1998 en algunos casos y llegando hasta 1999 en otros. Un país (El Salvador) notificó un leve aumento del retraso del crecimiento. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) proporciona datos sobre el último año del período comprendido entre 1994 y 2000 en relación con el cual dispone de datos. Sólo 2 países (Cuba y la República Dominicana) han presentado datos correspondientes a 2000.

4.1.9 *Bajo peso al nacer*

Meta: *Menos de 10% de los recién nacidos pesarán menos de 2.500g al nacer.*

No hay suficiente información para determinar si se ha alcanzado la meta regional, ya que no se dispone de datos que puedan compararse con los datos más recientes. Para 13 países hay datos entre 1998 y años previos (1994), sin embargo para los 10 países que se dispone de datos posteriores correspondientes a 1999 o 2000, no hay datos anteriores para comparar. En todos los casos hay una sola cifra de observación.

4.1.10 Carencia de yodo

Meta: *Se habrán eliminado las enfermedades por carencia de yodo.*

No hay suficientes datos de la Región para informar sobre la consecución de la meta regional. Los datos disponibles sobre carencia de yodo son todos anteriores a 1998 y corresponden a nueve países. No hay datos posteriores para esos mismos países.

Sin embargo, la información sobre la yodación de la sal podría indicar posibles cambios en la carencia de yodo en los países. En 26 países ya hay programas de fortificación de la sal, de los cuales 9 requieren alguna mejoría, pero en algunos países todavía hay lugares donde no se dispone de sal yodada y en otros la yodación de la sal es insuficiente. Asimismo, los países informan sobre la carencia de yodo en lugares donde este problema solía manifestarse en forma de bocio endémico, y ello no constituye una muestra representativa de la Región¹.

4.1.11 Hipovitaminosis A

Meta: *La prevalencia de hipovitaminosis A subclínica en los niños menores de 5 años estará por debajo de 10%.*

No hay suficientes datos para determinar la medida en que se ha alcanzado esta meta regional durante el período comprendido en la evaluación. Los datos más recientes incluyen: los niveles de suplementación de vitamina A en algunos países de la Región; el efecto de los programas de fortificación en períodos comprendidos entre 1965 y 1996; y estudios de la concentración de retinol en el suero realizados entre 1991 y 2000. Por consiguiente, los datos correspondientes al período comprendido en la evaluación no son comparables.

4.1.12 Carencia de hierro en mujeres en edad reproductiva y embarazadas

Meta: *La prevalencia de carencia de hierro entre las mujeres de 15 a 44 años de edad y las embarazadas habrá disminuido 30%.*

Los datos más recientes para 19 países corresponden a 1998 y no hay otros posteriores para determinar si se ha alcanzado la meta regional. La dificultad mayor para disponer de esta información se origina en que la fuente común para obtener estos datos son estudios de investigación, que no siempre tienen el mismo ámbito de cobertura, o se basan en estimaciones sobre estudios locales.

¹ OPS/OMS, *Salud en las Américas*, edición de 1998, Volumen 1, p.156, Washington D.C.

4.1.13 *Poliomielitis*

Meta: *Se mantendrá la eliminación de la transmisión del poliovirus salvaje.*

En 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) declaró que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. Entre 2000 y 2001 hubo 13 casos causados por un poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna en la República Dominicana y 8 en Haití, en lugares con muy baja cobertura. Tras una intensa vacunación con vacuna antipoliomielítica oral, los últimos casos de poliomiélitis debidos a poliovirus derivados de la vacuna fueron notificados el 29 de enero de 2001 en la República Dominicana y el 12 de julio de 2001 en Haití. Después de estas fechas no se han notificado más casos debidos a poliovirus salvaje.

4.1.14 *Sarampión*

Meta: *En todos los países se habrá eliminado la transmisión del sarampión.*

En abril de 2002, Venezuela era el único país de las Américas donde continuaba la transmisión autóctona del sarampión. Se prevé que las importantes medidas adoptadas para controlar este brote interrumpirán la transmisión del virus del sarampión para el segundo semestre de 2002.

4.1.15 *Tétanos neonatal*

Meta: *La incidencia del tétanos neonatal estará por debajo de 1 por 1.000 nacidos vivos a nivel distrital (municipal, cantonal, etc.).*

En las Américas, desde que se intensificó la vacunación de mujeres en edad fecunda en 1988, los casos de tétanos neonatal notificados han disminuido 92%. En comparación con los casos notificados en 1998 y 2000, ha habido una disminución de 25% en los casos, que pasaron de 199 en 1998 a 149 en 2000. El número de casos continuó bajando en 2001, con un total de 53².

Según los informes de los países, los distritos con más de 1 caso por 1.000 nacidos vivos se redujeron de 30 en 1998 a 23 en 2000.

² A la semana 26, División de Vacunas e Inmunización, OPS.

4.1.16 *Lepra*

Meta: *La prevalencia de lepra estará por debajo de 1 por 10.000 habitantes.*

Según los datos de 2000, la prevalencia subregional de la lepra en América del Sur sigue siendo de 1,4 por 10.000 habitantes, observándose la mayor concentración de casos en Brasil (3,53 por 10.000) y Paraguay (1,24 por 10.000). En 2 países de la Región no se ha alcanzado la meta para la prevalencia. Según la información disponible, se logró eliminar la lepra como problema de salud pública en 12 países donde en 1992 todavía no se había eliminado.

4.1.17 *Caries dental*

Meta: *La prevalencia de caries dental endémica se reducirá en un 50%.*

Las estimaciones de la prevalencia de la caries dental abarcan períodos de alrededor de 10 años, y no se puede calcular la prevalencia correspondiente al período comprendido en la evaluación. Sin embargo, durante el período de 1977 a 2000, en ocho países se logró reducir la caries dental 50% o más³. La reducción correspondiente a todos los países durante este período fue de alrededor de 48,25%, en promedio.

4.1.18 *Rabia humana*

Meta: *Se habrá eliminado la transmisión de la rabia humana por los perros.*

De 1998 a 2000, los casos de rabia humana disminuyeron 28%, pasando de 89 en 1998 a 64 en 2000. Entretanto, de 1998 a 2001 los casos disminuyeron 45%, con un total de 49 casos en 9 países de la Región⁴. En estos dos últimos años, 50% y 56% de los casos de rabia, respectivamente, fueron transmitidos por perros, y los demás por otros animales. Para 2000 se había eliminado la rabia humana en 19 de las 21 capitales de América Latina.

³ La fecha de los datos varía según el país durante este período.

⁴ OPS, Informe del Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS sobre el cumplimiento de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP), 1999-2002. Documento presentado en la 12.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, São Paulo, Brasil, 2 a 4 de mayo de 2001. (RIMSA12/3, p.13). Estos datos son preliminares y todavía no se han confirmado.

4.1.19 *Enfermedad de Chagas*

Meta: *Se habrá eliminado la transmisión de la enfermedad de Chagas por Triatoma infestans de todos los países del Cono Sur.*

De los cinco países del Cono Sur, Uruguay, Chile y el sur de Brasil han logrado interrumpir la transmisión por vectores en la Región. En Argentina y Paraguay todavía no se ha logrado esta interrupción⁵.

4.1.20 *Fiebre aftosa*

Meta: *La fiebre aftosa se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur.*

Todos los países del Cono Sur fueron reconocidos a nivel internacional como países libres de fiebre aftosa entre 1997 y 2000. No obstante, durante el segundo semestre de 2000 se produjeron brotes en Brasil y Uruguay, donde se ha logrado controlar los casos, y en Argentina, donde se está avanzando en el control de los casos.

4.1.21 *Saneamiento básico*

Meta: *En todos los países, al menos 80% de la población total tendrá servicios adecuados de disposición de aguas residuales y eliminación de excretas.*

Los datos más recientes recopilados en la Región son de 1998. Sin embargo, en vista de las tendencias regionales de los últimos 40 años, se calcula que, para 2000, aproximadamente 79% de la población de las Américas tenía suficiente acceso a servicios de saneamiento, y es probable que la cobertura supere el 80% al final de 2002⁶.

Aunque se trata de un logro importante para la Región, las disparidades entre las zonas urbanas y rurales siguen siendo grandes. La población rural que no dispone de suficiente acceso a servicios de saneamiento (50,4%) es alrededor del quintuplo de la población urbana que carece de este servicio (10,2%) en América Latina y el Caribe⁷.

⁵ OPS, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades.

⁶ OPS, División de Salud y Ambiente, Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas: Agua potable y saneamiento, estado actual y perspectivas.

⁷ OPS, División de Salud y Ambiente, documento CD43/10 "Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible, 2001".

4.1.22 *Agua potable para consumo*

Meta: *Al menos 75% de la población total tendrá acceso al agua potable.*

Meta: *En los países que en 1998 tenían un acceso mayor de 75%, la cobertura aumentará 10%.*

Los datos más recientes recopilados en la Región son de 1998. Sin embargo, en vista de las tendencias regionales de los últimos 40 años, se calcula que, para 2000, aproximadamente 85% de la población de las Américas tenía suficiente acceso a servicios de agua potable. Aunque se trata de un logro importante para la Región, cabe señalar que la población rural que no dispone de suficiente acceso a agua potable para consumo (38,8%) es más del quintuplo de la población urbana que carece de este servicio (7%) en América Latina y el Caribe. Se calcula que los países que en 1998 tenían un acceso de 75% no aumentaron la cobertura 10%. Sin embargo, lograron un aumento más acorde con la realidad, situado entre 2% y 3%⁸, durante el bienio.

4.1.23 *Salud para todos y acceso equitativo a servicios de salud de calidad*

Meta: *Todos los países habrán adoptado políticas para promover la salud para todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad.*

Para 2001, en 22 países se habían adoptado políticas o leyes orientadas específicamente a promover la salud para todos o el acceso de todos a la salud, y en 24 se habían adoptado políticas o leyes que promueven el acceso equitativo a servicios de buena calidad. Dos países que no contaban con políticas o leyes explícitas que promovieran la salud para todos expresaron un compromiso, formularon objetivos o pusieron en marcha programas para extender los servicios de salud a toda la población. Seis países que no contaban con políticas en materia de acceso equitativo expresaron un compromiso, formularon objetivos o pusieron en marcha programas para aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

4.1.24 *Transfusión de sangre*

Meta: *Toda la sangre para transfusión se examinará a objeto de detectar la infección por los virus de la hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH.*

Hasta 2000, cinco países de América Latina habían notificado un tamizaje de 100% para VIH, hepatitis B y C, sífilis y *Trypanosoma cruzi*, en comparación con tres en 1998.

⁸ OPS, División de Salud y Ambiente, Evaluación del PPB 2000-2001. La meta fue modificada en el bienio 2000-2001 a fin de reflejar un aumento de alrededor de 2% por bienio, o sea de 3% a 4% para el cuatrienio, ya que se consideró que 10% era una estimación que no correspondía a la realidad.

Seis de los Estados Miembros del Caribe y nueve de los países del Caribe, así como Estados Unidos y Canadá, notificaron un tamizaje de 100% para VIH, hepatitis B y C, y sífilis en 2000⁹. En otros 12 países de la Región se realiza un tamizaje para todas las infecciones pertinentes, pero todavía no se ha llegado al 100%¹⁰.

Meta: *Todos los bancos de sangre estarán participando en programas de control de la calidad*

Hasta 2001, 17 países de la Región participaban en programas de control de calidad en relación con las enfermedades transmitidas mediante transfusiones y en relación con la inmunohematología. Cuatro países de la Región participaban en uno de los dos programas de control de calidad (Brasil, Costa Rica, Cuba y México)¹¹.

4.1.25 Consumo de tabaco

Meta: *Todos los países habrán adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por los niños y adolescentes.*

En muchos países de la Región se han adoptado políticas de gran alcance en materia de control del tabaquismo. Para 2001, en tres países de la Región (Brasil, Canadá y Estados Unidos) se habían adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por los niños y adolescentes¹².

Los datos disponibles sobre cambios en los precios del tabaco muestran que, en 8 de 12 países de la Región, el precio de los cigarrillos Marlboro aumentó entre 1990 y 2000, mientras que en 7 de 12 aumentó el precio de los cigarrillos de marcas nacionales.

⁹ En esta subregión no se requiere tamizaje para *Trypanosoma cruzi*.

¹⁰ Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.

¹¹ OPS, Servicios de Laboratorio y Sangre: Los programas de control de calidad para los países del Caribe se iniciaron en 2002 y todavía no se dispone de datos confiables.

¹² Los criterios utilizados para las políticas eficaces de control del tabaquismo en los jóvenes fueron el aumento real del precio del tabaco y sus derivados mediante aumentos de los impuestos al tabaco, la eliminación de la promoción del tabaco y la institución de entornos sin humo de tabaco. Estas políticas se basan en la resolución CD43.R12 del 43^{er} Consejo Directivo de la OPS “Convenio marco para la lucha antitabáquica”.

4.1.26 *Sistemas de información sanitaria*

Meta: *Todos los países contarán con un sistema de información sanitaria que proporcione datos básicos de salud que respondan a criterios de validez y confiabilidad.*

El Programa Especial de Análisis de Salud, de la OPS, todavía no ha establecido un conjunto normalizado de indicadores para vigilar la validez o fiabilidad de los datos básicos sobre salud proporcionados por los sistemas nacionales de información sanitaria. Sin embargo, el número de países que han publicado al menos dos folletos al año con datos básicos sobre salud aumentó de 4 en 1998 a 20 en marzo de 2002¹³.

4.1.27 *Registro de defunciones*

Meta: *En coordinación con las entidades pertinentes, se habrá logrado que las defunciones sin registrar estén por debajo de 20%.*

Según los datos disponibles, para 1998-2000 siete países continuaban presentando un subregistro de defunciones de más de 20%¹⁴.

Meta: *Menos de 10% de las defunciones registradas se asignarán a causas mal definidas.*

Para 1998, seis países continuaban notificando que más de 10% de las defunciones se debían a causas mal definidas. Los datos correspondientes a este indicador no son suficientes para comparar 1998 con 2000-2001¹⁵.

4.2 **Cumplimiento de las Orientaciones Programáticas**

Para las cinco Orientaciones Estratégicas (Salud en el Desarrollo Humano, Promoción y Protección de la Salud, Protección y Desarrollo Ambiental, Desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud, y Prevención y Control de Enfermedades) se definieron Orientaciones Programáticas (OP) en las cuales la Oficina asumió la responsabilidad de efectuar esfuerzos particulares de cooperación técnica. Para las Orientaciones Programáticas se desarrollaron objetivos para la cooperación de la Oficina, y estos objetivos se emplean para determinar el cumplimiento de las OP.

¹³ Indicador creado y notificado por el Programa Especial de Análisis de Salud, OPS.

¹⁴ Los datos para 2000 y 1998 son iguales, ya que se usó una estimación compuesta para el período a fin de que fuese más robusta y confiable. Por lo tanto, los datos del período comprendido en la evaluación no pueden compararse.

¹⁵ Los datos más recientes están incompletos y fueron estimados utilizando distintos métodos a partir de los datos de 1998. Programa Especial de Análisis de Salud, OPS.

La dificultad metodológica es inherente a la evaluación del impacto en general y del impacto de la cooperación técnica en particular, ya que el logro del propósito de los proyectos de cooperación no siempre es producto exclusivamente del cumplimiento de los resultados esperados ni de la acción exclusiva de la Oficina, sino que puede deberse a factores externos, como por ejemplo, la acción simultánea o sinérgica de otras instituciones fue determinante para que se optara por el desarrollo de objetivos específicos de alto nivel, tal como lo sugirió el Auditor Externo en su informe de evaluación del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Cooperación Técnica (AMPES), en el año 2000, con miras a evaluar el avance en el cumplimiento de las Orientaciones Programáticas (OP). Por lo tanto, para las OP se establecieron objetivos de la cooperación técnica, y basándose en ellos, se presenta a continuación la información correspondiente.

4.2.1 *Salud en el desarrollo humano*

Objetivo: *Desarrollar y fortalecer la capacidad nacional y regional para analizar y hacer el seguimiento de la situación de salud y las relaciones recíprocas entre salud, crecimiento económico y equidad en el contexto de la globalización.*

Se recopiló suficiente información, que se difundió a todos los Estados Miembros, sobre la relación entre las inversiones en salud, el crecimiento económico y la equidad en el contexto de la globalización. En consecuencia, la Oficina pudo proporcionar una sólida base conceptual y empírica para la inclusión del desarrollo sanitario como componente decisivo de los foros regionales y nacionales sobre desarrollo, entre ellos los procesos de cumbres, conferencias de los sectores sociales, conferencias subregionales y programas nacionales de desarrollo, incluidos los temas de reducción de la pobreza, crecimiento económico y desarrollo humano con equidad.

Durante el período, la Oficina produjo o tradujo diversos documentos y publicaciones conceptuales originales sobre el tema de los factores determinantes de la equidad en la salud, entre ellos “La calidad del crecimiento”, con el Banco Mundial, “Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción”, con la Fundación Rockefeller, y un número especial sobre la equidad de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, y creó la lista de correo electrónico EQUIDAD en Internet, con 5.910 suscriptores y 14 redes sobre equidad.

Se publicaron fichas de datos sobre las desigualdades en la salud basadas en encuestas familiares realizadas en 10 países. Se actualizó la base de datos sobre encuestas familiares nacionales centrada en temas relacionados con la salud, que ahora incluye encuestas y está en la página Internet de la OPS (<http://www.paho.org/spanish/hdp/asp/Results.Asp?L=E>). Como parte de este objetivo, la OPS se incorporó a la Iniciativa Mejoramiento de Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), en la cual

participan el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

Todas las subregiones de las Américas ahora participan en el proceso de cuentas nacionales de salud (CNS), gracias a la colaboración del Banco Mundial, el BID, la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID) y la OMS, en el contexto de la iniciativa de la Agenda Compartida. Los datos de las CNS y demás información conexas se difunden por medio de los datos básicos de la OPS y en la página Internet sobre CNS de la Agenda Compartida (<http://www.lachealthaccounts.org>).

Se publicó un libro basado en los resultados de un estudio sobre la equidad en la salud desde un punto de vista étnico. En una reunión de expertos se analizó el tema de la etnicidad y la equidad en la salud y se publicó un informe al respecto. Se elaboraron y se difundieron instrumentos conceptuales y metodológicos para definir la equidad de género en materia de salud, se establecieron indicadores para documentar su existencia y se adoptaron métodos para evaluar la política pública desde una óptica de equidad de género.

Se concluyó un estudio multicéntrico sobre la equidad en la salud en cinco países, que generó información directa sobre las inequidades en la situación sanitaria y la atención de salud.

La Oficina coordinó un proyecto de investigación en 6 países sobre el tema de la equidad de género en el acceso a los servicios de salud. Los resultados se han presentado en varios foros. La Oficina llevó a cabo un proyecto de investigación en 10 países sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Este proyecto proporcionó elementos para la formación de redes locales, la promoción de políticas y leyes, y la adopción de instrumentos para abordar el problema. Asimismo, la Oficina produjo y probó un conjunto de indicadores para la elaboración de perfiles sanitarios sensibles a los problemas de género.

Se estableció una base mundial de datos sobre cursos relacionados con problemas de género y la salud de la mujer, y se adoptó una estrategia para calcular la contribución del trabajo doméstico no remunerado a la producción de salud. Con este fin se convocó a un grupo de expertos en economía, salud pública y ciencias sociales.

Se promovió la formación de redes intersectoriales a nivel local, sectorial y nacional en 10 países (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú) a fin de abordar la violencia de género y promover relaciones no violentas. Actualmente hay 100 redes. Asimismo, se brindó apoyo a la formación de redes intersectoriales del gobierno y la sociedad civil a fin de promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud en Chile y Perú, así como a redes parlamentarias y étnicas y a otras redes regionales.

Durante el período se llevaron a cabo varios procesos para documentar las inequidades en materia de salud. Se elaboraron fichas sobre 10 países (en línea e impresas), informes sobre las desigualdades en el acceso al agua en 11 países (en línea e impresos), publicaciones sobre la equidad en la salud desde una óptica étnica y el rendimiento social y económico de las inversiones en salud, y un estudio sobre el género, el acceso a los servicios de salud y su financiamiento.

También se configuró una base de datos con todos los centros y personas que actúan en el campo de la bioética en Latinoamérica y el Caribe y se estableció una red de contactos con los graduados de los cursos impartidos por el Programa Regional de Bioética, quienes desempeñan funciones en sus respectivos países.

Objetivo: *Producir, diseminar y utilizar el conocimiento y la práctica de la salud pública sobre la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud para contribuir al desarrollo humano sostenible, y para facilitar la participación de los principales actores sociales y políticos de la sociedad en general y del sector en la definición de políticas de salud.*

Durante el período se planeó y se llevó a cabo el proyecto de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con la tecnología de Internet. Actualmente, hay 650 localizadores de información en línea. La BVS abarca distintos temas relacionados con la salud pública, entre ellos la salud de la mujer y de grupos de determinadas edades. La BVS ya funciona en la Región, brindando a todos acceso a una red dinámica de fuentes de información relacionadas entre sí que proporcionan un conjunto continuo de información científica actualizada, de origen local e internacional, relacionada con el desarrollo sanitario, con el propósito de contribuir a fortalecer los programas y actividades de educación continua y facilitar las decisiones en el campo de la salud.

En el ámbito de la legislación sanitaria, se publicó una reseña de la legislación en América Latina y el Caribe junto con el BID y se inició un curso virtual en línea sobre legislación sanitaria.

Se elaboraron propuestas sobre la pobreza y el desarrollo económico para CNS, el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (NORAD), el Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional (SIDA) e ISALUD, y se amplió la cartera de alianzas estratégicas con la incorporación de la Junta Interamericana de Defensa, el Banco Mundial, la AID, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, la CEPAL, el MECOVI, la Dirección de los Censos de Estados Unidos, la Fundación Rockefeller, la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil (FIOCRUZ), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI). Esta cartera abarca varios campos en los cuales no todas estas instituciones participan: pobreza y salud,

capital social, desarrollo sostenible, cuentas nacionales de salud, pasarela de información, salud y equidad, y comercio, integración y salud.

A fin de promover la sensibilidad de género en la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), el Parlamento Latinoamericano, las reuniones de Primeras Damas y las cumbres regionales, se adoptó un modelo integrado para abordar la violencia de género.

Objetivo: *Desarrollar la salud pública como disciplina, la investigación relacionada, así como difundir el conocimiento generado, para proveer respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población, en especial a las de los grupos más postergados y excluidos.*

Durante el período se creó la serie “Investigación en Salud Pública” para la publicación electrónica y diseminación a través de la Internet, de los resultados de las investigaciones financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI). El PSI financió un total de 5 proyectos multicéntricos movilizando la participación de 30 centros de investigación de la Región en 23 países y financió de manera directa proyectos por un monto de US\$1.335.000.

Para contribuir a la formación de investigadores se otorgaron 50 subvenciones para proyectos de tesis de maestría y doctorado a estudiantes de posgrado de 16 países de América Latina y el Caribe, con una asignación directa de \$500.000. Del total de proyectos financiados, 31 fueron tesis doctorales, 15 de las cuales eran proyectos de tesis de candidatos inscritos en programas fuera de sus países de origen. Por conducto del Programa de Formación Avanzada de Investigadores que contempla el financiamiento a un proyecto de investigación con una pasantía en un centro de excelencia en el exterior, apoyó, en el período, a un total de 52 investigadores quienes realizaron pasantías posdoctorales en más de 30 instituciones de excelencia de los Estados Unidos y Canadá.

Con el Instituto Carlos III de España, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH), la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y la Red Latinoamericana de Ciencias Biológicas (RELAB), se suscribieron acuerdos para la formación e intercambio de investigadores a partir de los cuales se beneficiaron 25 investigadores de 8 países de América Latina y el Caribe para la realización de investigaciones colaborativas en temas relevantes de salud pública de la Región.

Se elaboró y publicó el libro *Investigación en pro de la salud* que documenta las grandes tendencias de la investigación en América Latina y el Caribe y se inició la implantación de la Biblioteca Virtual sobre Ciencia y Salud como instrumento de apoyo a la gestión de la actividad científica en salud.

En Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú se realizó un estudio cualitativo del género y la calidad de la atención, cuyos resultados se incorporaron en la capacitación del personal de salud de seis países y en la política nacional de prevención de enfermedades de dos países.

Se llevó a cabo una evaluación de los comités de ética de la investigación en 6 países; se realizaron talleres de didáctica de bioética en otros 10 países; y con el apoyo del Fogarty Center, NIH, se emprendieron iniciativas para formar investigadores en metodologías de análisis bioético.

4.2.2 *Promoción y protección de la salud*

Objetivo: *Conjuntamente con los países se creará una nueva cultura de promoción y protección de la salud, que se constituya en un valor social, y los individuos, las comunidades y las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas la hagan suya y ejerzan la responsabilidad de preservar y mejorar en forma continua su estado de salud y bienestar.*

En el período, se realizaron foros, conferencias, talleres y seminarios diseminando el marco teórico y práctico de la promoción de la salud. Al difundir el concepto y las estrategias de promoción de la salud se difunde un concepto de salud integrador: salud como recurso para la vida cotidiana, como calidad de vida y como valor social. Al difundir un concepto de salud positivo a través de las múltiples redes de promoción de la salud contribuimos a crear una cultura de promoción de la salud.

Desde 1997, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, se comprometieron a establecer la red de municipios y comunidades saludables para continuar con la difusión de esta estrategia innovadora y contribuir a crear una cultura de promoción y protección de la salud. En 1998, en la II Reunión de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud en México, Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Uruguay adoptaron tempranamente esta estrategia, adaptándola a sus necesidades. Luego, ese mismo año, se realizó una Conferencia Regional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud, en Puerto Rico, y en Medellín, Colombia, se llevó a cabo la III Reunión de la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Además, se prepararon y difundieron materiales educativos y de mercadotecnia en promoción de la salud, y facilitando su utilización en la orientación de los presidentes municipales en Argentina, Bolivia, Brasil, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Paraguay. También, se realizó la 5.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en México. La Declaración de México, firmada por las delegaciones oficiales de todos los países de la

Región y de otros países del mundo colocó a la promoción de la salud como estrategia de salud pública en una alta posición de la agenda pública y comprometió a los Estados Miembros a implementar planes nacionales de acción para promover la salud y por ende una cultura de promoción de la salud. Posteriormente, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay, implementaron planes nacionales de promoción de la salud.

Con el fin de integrar a la población en este proceso, se elaboró un modelo de planificación local participativa que contiene herramientas para involucrar a la comunidad en la formulación de planes de acción local de promoción de la salud, y puede consultarse en una publicación de la serie Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX).

Se realizó una encuesta sobre la situación actual de las Escuelas Promotoras de la Salud en 19 países de América Latina. El 90% de los países respondió la encuesta. Estos datos se están analizando y se utilizarán para la formulación del Plan de Acción de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud para 2003-2007. El seguimiento del material solicitado y enviado a los países mostró un aumento de 72% en la diseminación de información técnica sobre Escuelas Promotoras de la Salud a los países.

Se llevó a cabo un concurso entre los municipios y ciudades que están trabajando en promoción de modos de vida saludables. Se otorgó un premio al programa Agitate São Paulo, por su contribución a la promoción de la actividad física y a Chile por su programa VIDA CHILE.

En virtud de un gran trabajo de defensa de la causa a nivel nacional e internacional, el tema de la promoción de la salud y el desarrollo de los adolescentes fue el tema central de las reuniones de Primeras Damas en 1999 y en 2002, en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) y en la Organización Iberoamericana de la Juventud que estableció un Foro Juvenil en Panamá. A nivel nacional, 26 países adoptaron el marco conceptual de salud y desarrollo de adolescentes de la OPS.

La formulación de políticas, planes, programas y normas fue uno de los principales logros en el período. Se fomentaron el análisis y la actualización y formulación de políticas públicas saludables en las siguientes áreas específicas: control del tabaco, salud sexual y reproductiva, envejecimiento saludable, salud y desarrollo en la adolescencia, seguridad alimentaria y nutricional, buena alimentación y vida activa, derechos humanos de las personas con enfermedad mental. VIDA CHILE es un ejemplo de una política pública nacional saludable, la cual facilita la colaboración y la inversión intersectorial en la salud y la calidad de vida de los chilenos, y por su conducto se establecen objetivos nacionales de promoción de la salud.

Un área de gran impacto en el desarrollo de políticas y normas de promoción de la salud es el área de los adolescentes. Actualmente, 18% de los países tienen programas nacionales de salud de los adolescentes y aprobaron leyes sobre la salud de adolescentes. El 69% de los países tienen normas para la atención integral de la salud de los adolescentes.

Se llevaron a cabo diversas acciones para apoyar la investigación operativa y cooperativa sobre promoción de la salud, por conducto de la red de Centros Colaboradores y para difundir los resultados. En este sentido, se ayudó a realizar análisis de situación en los países por medio de un programa computarizado de investigación. En 2001, se logró que 21 países tuvieran datos desagregados por grupos de edad. También se desarrolló, publicó y difundió un estudio de prototipos de investigación de la salud sexual y reproductiva del adolescente varón en 9 países de la Región.

Se realizó un estudio "A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean 2000" por el Centro Colaborador de la Universidad de Minnesota, en conjunto con 11 países del Caribe, y se apoyó el desarrollo de "adolec.org" de la Internet y la biblioteca virtual de salud de los adolescentes (ADOLEC) con el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), para distribuir información actual y relevante a todos los países que tengan acceso a la Internet.

Durante el período se avanzó en el diseño y fortalecimiento de metodologías y modelos de evaluación de programas e intervenciones en promoción de la salud, así como en el desarrollo de las iniciativas de entornos o espacios saludables en escuelas y municipios y en la consolidación de las redes de alcaldes, secretarios de salud y consorcios de escuelas por la salud.

En esta área se desarrolló un modelo para la evaluación de las experiencias de promoción de la salud, especialmente para contribuir a fortalecer la base de pruebas acerca de la eficacia de las estrategias de promoción de la salud. En estas actividades participaron los siguientes centros colaboradores: Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Universidad de Laval, la Universidad de São Paulo, la Universidad de Nuevo México y la Universidad del Valle.

Se lograron avances importantes en el desarrollo de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, creada en 1996, y se programó la III Reunión de la Red a realizarse en el presente año. Se realizó la I Reunión y Creación de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud. La creación de la Red Caribeña y la consolidación de la Red Latinoamericana han permitido tener espacios para el intercambio de conocimientos, ideas, recursos y experiencias en la Región que fortalecen la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud.

Diversas metodologías y modelos de evaluación se diseñaron, publicaron y diseminaron, como el Manual de Monitoreo y Evaluación ("Focus on Young Adults"), el estudio de casos de espacios saludables en Horquitas, una municipalidad en Cienfuegos, Cuba, y varios modelos de promoción de habilidades para la vida de adolescentes y jóvenes.

En cuanto al desarrollo de estrategias de trabajo intersectorial, movilizar recursos técnicos, científicos, políticos y financieros en apoyo a la promoción de la salud, se diseñaron y se llevaron a la práctica estrategias para facilitar y fomentar el trabajo intersectorial, así como para movilizar recursos técnicocientíficos, políticos y financieros con la OMS en aspectos de salud mental, salud reproductiva y salud en la adolescencia; con el BID en aspectos de promoción de la salud y en el desarrollo de estrategias para promover el envejecimiento saludable; con el Banco Mundial en aspectos de salud reproductiva, mortalidad materna y salud escolar; con el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) en el fortalecimiento de las capacidades en promoción de la salud y en el control del tabaco; con la AID en la reducción de la mortalidad materna; con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, en la promoción de la salud mental, y con los CDC en el desarrollo de un modelo de evaluación de la promoción de la salud en el ámbito local.

Varios esfuerzos se realizaron para promover el uso de la comunicación social en salud, especialmente a través de los medios de comunicación en la Región, para dar relevancia a la promoción de la salud en la agenda pública. En tal sentido, se destaca el hecho que se estableció una red de 120 periodistas y profesionales de la comunicación en salud en Centroamérica para divulgar en la prensa información positiva sobre adolescentes.

Objetivo: *Las estrategias y programas de promoción y protección de la salud se difundirán, se evaluarán, se adaptarán a las necesidades nacionales y se llevarán a la práctica en los países de la Región.*

Se hizo el seguimiento al cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia, mediante la participación en publicaciones interagenciales y en la organización de la V Reunión Interministerial de Jamaica, en conjunto con el UNICEF y otras organizaciones, en octubre de 2000, donde se debatieron, desde una perspectiva técnica y política, la situación y la posición de la Región de las Américas en el marco de la próxima UNGASS a realizarse en Nueva York para evaluar el decenio y fijar metas para el futuro.

Se difundió información técnica y científica sobre promoción de la salud, a una amplia gama de los diversos interesados en la salud pública de la Región por medio de reuniones, conferencias y talleres de capacitación, así como de la Internet y de publicaciones. En 2001, se inició la utilización del CD-ROM, para difundir publicaciones. Más de 6.100 ejemplares de material sobre salud de los adolescentes se distribuyeron a

puntos focales, ministerios de salud, programas de salud, profesionales de salud y en reuniones internacionales.

La Oficina participó y apoyó los procesos de evaluación de las estrategias y experiencias de promoción de la salud en Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador y México. Además de promover la evaluación de programas locales y nacionales, se realizaron tres evaluaciones del programa de salud de los adolescentes.

Una propuesta denominada "Salud, nutrición y desarrollo para la mujer, la infancia y la adolescencia" fue ampliamente difundida durante la reunión de Jamaica sobre promoción de la salud. En esta reunión, todos los países firmaron una declaración conocida como el Consenso de Kingston.

La Oficina contribuyó a la promoción de modos de vida saludables mediante la difusión e impulso a programas de buena nutrición y vida activa, de espacios libres de humo, de envejecimiento saludable, y en especial a través de las iniciativas de Escuelas Promotoras de la Salud y de Municipios y Comunidades Saludables.

En los países se fomentó el establecimiento de Escuelas Promotoras de la Salud mediante el fortalecimiento de las comisiones mixtas de salud y educación, la redefinición de políticas, actualización de currícula e incorporación de promoción de la salud en las reformas educativas; mejoramiento de la infraestructura sanitaria; programas de habilidades para la vida; formación de docentes en resolución de conflictos y prevención de violencia; y adaptación de instrumentos de comportamiento de riesgo. Una publicación sobre la teoría y experiencias del concepto de adopción y mantenimiento de conductas saludables y cambio de conductas que pueden comprometer la salud, ya está en la imprenta.

Se desarrollaron modelos e instrumentos para agentes de salud que trabajan con adolescentes y jóvenes (*Estado del arte en resiliencia; Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*). También se propusieron modelos de servicios amigos de los adolescentes que incorporan a los adolescentes varones.

Objetivo: *La promoción de la salud contribuye a la consolidación del desarrollo humano y a la prevención de la enfermedad a lo largo de todo el ciclo de vida en los países de la Región.*

La Oficina elaboró una propuesta regional para la promoción de la salud y el desarrollo integral en la infancia, en un proceso participativo en dos etapas, primero por medio de una consulta de expertos y luego mediante la participación de todos los países en dos reuniones subregionales en las que participaron funcionarios de la OPS en los países y los directores de los programas infantiles de los ministerios de salud. Como sustento para

el planteamiento estratégico se realizó un estudio sistemático de pruebas fehacientes de intervenciones que han resultado eficientes en función de los costos en materia de desarrollo integral en la infancia.

La propuesta tiene como pilar ético a la equidad en los derechos de las niñas y los niños; como pilar conceptual el desarrollo humano; y como pilar estratégico la promoción de salud con sus estrategias básicas de reorientación de servicios de salud: desarrollo de políticas públicas saludables para la niñez y la familia; desarrollo de sistemas de información y vigilancia; desarrollo de competencias a nivel individual, familiar y comunitario; y colaboración y articulación intersectorial y la construcción de entornos saludables para la crianza y el desarrollo infantil.

Las principales áreas de acción de la propuesta son el apoyo técnico a la capacidad institucional de los países para responder a las necesidades de la infancia y las familias en su contexto cultural; el apoyo técnico para facilitar el empoderamiento de familias y comunidades para ser proactivos en los procesos involucrados en la salud y el desarrollo de las niñas y los niños; así como el apoyo técnico a la construcción y divulgación de pruebas fidedignas y buenas prácticas.

La promoción de la salud incorpora los aspectos de alimentación y nutrición, especialmente en los temas de desnutrición, fortificación de alimentos con micronutrientes, la lactancia materna y alimentación complementaria, las guías nutricionales para las distintas edades y la seguridad alimentaria. En este campo, la Oficina realizó grandes esfuerzos para desarrollar una estrategia para promover una alimentación complementaria adecuada que se difundió en Bolivia y Ecuador. Además, con la contribución de todos los países de la Región, se aprobó una resolución que promueve la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

Se realizaron cursos de lactancia materna en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y el Caribe de habla inglesa. En conjunto con la Argentina se llevó a cabo la evaluación del programa de leche fortificada con hierro.

Para contribuir a reducir las anemias ferropénicas y reducir la incidencia de los defectos del tubo neural, se brindó apoyo a Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, para la fortificación de harina de trigo con hierro. De éstos, 13 países están también fortificando la harina de trigo con ácido fólico (Belice, Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana), y El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua están, además fortificando la harina de maíz con hierro. Conjuntamente con los CDC y la March of Dimes, se dio

apoyo a Chile para la evaluación del impacto de la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico.

4.2.3 *Protección y desarrollo ambiental*

Objetivo: *Los países de la Región avanzarán en el cumplimiento de los objetivos y metas adoptados que conforman el Programa 21 y los Planes de Acción de las Cumbres de Presidentes y Jefes de Estado del Continente, así como las orientaciones que emanan del Plan de Acción de la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible.*

En lo que atañe a la calidad ambiental, se han formulado programas locales de calidad del aire en ciudades de más de diez países de la Región. Sin embargo, son pocos los países que cuentan con programas nacionales de calidad del aire. En este campo se han publicado varios documentos con directrices y manuales autodidácticos con el apoyo del Centro Nacional de Medio Ambiente (CENMA) de Chile y el Centro Nacional de Investigación y capacitación en Ciencias Ambientales (CENICA) de México.

Todos los países de la Región cuentan con planes nacionales hacia la eliminación gradual del uso del plomo en la gasolina y por lo menos 21 ya han procedido a la eliminación total. La Oficina colaboró en el desarrollo de las guías metodológicas para este propósito. La información se puso a la disposición de la comunidad internacional en la Internet (<http://wbln0018.worldbank.org/essd/pmext.nsf>).

El proyecto "Aspectos ocupacionales y ambientales de la exposición a plaguicidas en el istmo centroamericano (PLAGSALUD)" se implementó a lo largo de los cuatro años. Se llevaron a cabo investigaciones, capacitación de personal a nivel local y nacional, implantación de comisiones locales de plaguicidas. La ejecución del proyecto es reconocida como un modelo a nivel regional y por la OMS.

El proyecto "Programa regional de acción y demostración de alternativas sustentables al DDT, para el control del vector de la malaria en México y Centroamérica" está técnicamente aprobado y su ejecución con el apoyo financiero de \$7 millones de la Global Environmental Facility (GEF), está prevista para septiembre de 2002.

En conjunto con la Oficina de la OPS/OMS en Brasil, la Oficina de Campo Frontera México-Estadounidense, en El Paso y otras instituciones, adaptaron los materiales metodológicos desarrollados por la OMS y el Centro Colaborador de Quebec, que se aplicarán en los sistemas de vigilancia epidemiológica ambiental. Se renovó el convenio con los CDC por un valor de \$490.000 por un año, que abarca actividades de cooperación técnica en El Paso, capacitación en México e investigación.

La página de la Internet del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) se transformó en la Biblioteca Virtual de Toxicología, la cual contiene información y mecanismos para intercambio en seguridad química en general (<http://www.cepis.ops-oms.org>).

Se llevó a cabo un plan para obtener la acreditación internacional (guía ISO 17025) o equivalente del laboratorio del CEPIS para análisis ambientales específicos. Dicho laboratorio participó en dos rondas de pruebas de eficacia y se sometió a una auditoría rigurosa a cargo de la Asociación Canadiense de Laboratorios Ambientales Analíticos (CAEAL). Por lo tanto, ha cumplido todos los requisitos para obtener la acreditación de conformidad con la norma internacional ISO/IEC 17025, y ya ha sido acreditado por el Consejo de Normas de Canadá (SCC). Eso significa que el CEPIS ha demostrado que puede alcanzar el máximo nivel de desempeño en los análisis ambientales.

En una reunión de la OMS celebrada en Berlín en junio de 2000 se llegó a un acuerdo internacional sobre el enfoque que debe adoptarse para el examen de una lista de parámetros para productos químicos, incluidos los plaguicidas. Por primera vez, las regiones de la OMS desempeñan un papel activo en el proceso en calidad de miembros del Comité de la OMS sobre Calidad del Agua Potable. La OPS está dirigiendo y coordinando la revisión de los parámetros para productos químicos. Varias instituciones colaboradoras se han ofrecido para preparar documentos de antecedentes, entre ellas el Ministerio de Salud de Canadá, el Organismo de Protección Ambiental de Estados Unidos, el Centro de Investigaciones Hídricas del Reino Unido, el Ministerio de Medio Ambiente de Alemania y el Instituto Danés de Investigaciones Hídricas.

Muchos países, especialmente los centroamericanos formularon planes nacionales de salud y ambiente, y a través de la RESSCAD aprobaron un Plan Centroamericano de Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible, utilizando la metodología promovida por OPS/OMS. Para asegurar que los planes nacionales se ejecuten y tengan seguimiento continuo se renovó el Proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano/Proyecto de Financiamiento Institucional (MASICA/PROFIN-II).

Con motivo de RIO+10, se reactivaron los grupos nacionales en todos los países. Algunos participaron en la preparación del informe de país, que cada país presentó en las cuatro reuniones subregionales (El Salvador, La Habana, Quito y Santiago) preparatorias para la conferencia regional que se realizó en Río de Janeiro en octubre de 2001. La estrategia fue promovida ampliamente en la Región, presentándola en eventos internacionales, regionales, subregionales, nacionales y locales. Se publicaron y distribuyeron 5.000 nuevos ejemplares del documento (en español, inglés y portugués), así como folletos y videos sobre atención primaria ambiental y ecoclubes. Se prepararon dos nuevos videos sobre la Red Internacional de Ecoclubes y los Centros de Atención Primaria

Ambiental, en español, inglés y portugués. Se preparó, editó y distribuyó en toda la Región, en español, inglés, y portugués, el vídeo sobre la Red Internacional de Ecoclubes.

Se reimprimió y distribuyó en la Región, el documento preparado por la Oficina del Representante de la OPS en Nicaragua, "Acercándonos a la atención primaria ambiental (APA)", basado en el documento original de la estrategia. En junio de 2000 se realizó en Toledo, Estado de Paraná, Brasil, la Primera Reunión Panamericana de la Red de Municipios en APA, con la participación de prefectos, alcaldes e intendentes de más de 12 países. En junio de 2001 se realizó en Paraná, Provincia de Entre Ríos, Argentina, la Segunda Reunión Panamericana de la Red de municipios en APA, con la participación de representantes de municipios de 12 países.

La estrategia APA fue presentada en importantes eventos regionales e internacionales como el Tercer Foro de Secretarios de Salud Municipal realizado en Quebec, Canadá, en la Primera Reunión de la Red Municipal de APA, realizada en Toledo, Brasil, en reuniones nacionales sobre APA en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Uruguay, entre otros.

Casi todos los países de la Región han puesto en marcha procesos de desarrollo institucional de sus unidades de salud ambiental. La Oficina participó y apoyó los procesos en Brasil, Chile, El Salvador y Paraguay.

En Barbados se realizó la Reunión Regional sobre el Desarrollo Institucional de las Unidades de Salud Ambiental de los Ministerios de Salud del Caribe de Habla Inglesa. Contó con la asistencia y participación de los más altos niveles del área de salud ambiental de todos los países. Y en Chile, se realizó la Tercera Reunión Regional sobre el Desarrollo Institucional de las Direcciones de Salud Ambiental de los Ministerios de Salud de los Países Latinoamericanos, que contó con la participación de los directores nacionales de 21 países. En Brasil, se realizó la Cuarta Reunión Regional sobre el Desarrollo Institucional de las Direcciones de Salud Ambiental de los Ministerios de Salud y el 1^{er} Foro Regional de Salud y Ambiente, donde participaron 117 funcionarios de 22 países, con delegados de 20 países del sector salud y 10 del sector del medio ambiente.

Se estableció una alianza con el Centro Hospitalario Universitario de Quebec (Centre Hôpitalier Universitaire de Québec) participando con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) en la propuesta, "Institutional Network for Training in Environmental and Health Impact Assessment (Inet-EHIA) in the Americas" para el Caribe de habla inglesa, sometida a la consideración de agencias financieras canadienses.

Objetivo: *Los países de la Región actuarán sobre los factores físicos, químicos, y ergonómicos que tienen acción deletérea sobre la salud de los trabajadores, tanto en el sector informal como en el formal.*

Existen consejos o comités multipartitos que coordinan la ejecución de planes nacionales, subregionales y regionales. A nivel nacional, hay comités, que además cuentan con planes nacionales de salud de los trabajadores, en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Perú y Trinidad y Tabago.

Se preparó y publicó un documento multisectorial sobre los avances en el control de riesgos del trabajo, que se relaciona con los planes nacionales de salud de los trabajadores, que fue distribuido a todos los países de la Región.

Con el fin de facilitar los análisis de la situación de la salud de los trabajadores en los países, se desarrolló un sistema de información especial, que se empezó a utilizar en Chile, Colombia, Cuba y Venezuela.

Con el asesoramiento técnico del Centro Colaborador OMS/OPS de Mount Sinai y el Queens College de New York, y el apoyo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, de las Mutualidades, del Instituto de Normalización Provisional, de la Armada y de los Carabineros de Chile, el Ministerio de Salud de Chile estableció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Accidentes Laborales Fatales.

En Brasil, la Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Sul estableció el Sistema de Vigilancia de Salud de los Trabajadores, dentro de su política de Atención Integral a la Salud del Trabajador. Es un sistema descentralizado y regionalizado que monitorea los accidentes ocupacionales, sus causas externas y los riesgos ambientales. Funciona a través de una Red de Hospitales Centinelas con 28 estaciones o polos regionales y recibe también información de las centrales sindicales, los coordinadores regionales y los Centros Regionales de Referencia de Salud de los Trabajadores.

Este modelo desarrollado en Brasil con el apoyo de la OPS, varias universidades y el Servicio Social de la Industria (SESI) del Brasil se está aplicando en 14 empresas de mediano tamaño. Igualmente se está aplicando en el sector tabacalero en Nicaragua, y en tres procesos de la recolección de basura en Minas Gerais, en Brasil. El producto de estas tres experiencias se sistematizó en un "tool kit", que contiene varios instrumentos metodológicos y de entrenamiento, para ayudar a los países. Se llevaron a cabo tres talleres internacionales en Costa Rica, México (5.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud), y Brasil, presentando los documentos base del modelo para su debate y aprobación. Se acordó igualmente, elaborar y disseminar un kit estandarizado para aplicar el modelo a nivel regional, sobre la base de las experiencias mencionadas más arriba.

Se preparó un proyecto de investigación aplicada basándose en este modelo para aplicarlo en cinco países de Centroamérica y dirigido a la promoción de la salud de los trabajadores/as de las industrias de la maquila y la floricultura. El proyecto se presentó al Grupo de Revisión de Proyectos (GRP), y fue adoptado por el Consejo de Ministros de

Salud de Centroamérica (COMISCA) y Sistema de Integración Centroamericana (SICA) bajo el marco del memorándum de entendimiento entre la OPS y los ministros de trabajo. Se creó una red electrónica para intercambio de información en esta zona a nivel regional (PROMSALUD) con conexiones a la red mundial “Conference Service System” (HECONET).

Se realizó una reunión sobre vigilancia epidemiológica ocupacional para los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y asociados (Bolivia y Chile), con la participación de altos funcionarios de los ministerios, universidades y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, para impulsar el establecimiento de proyectos de vigilancia epidemiológica para, por lo menos, tres eventos centinelas: accidentes (mortales y no mortales), intoxicación con plaguicidas (rural y urbano) y lumbalgias. Otro tipo de evento que podría incorporarse sería sobre la exposición a sustancias cancerígenas.

Sobre la base de las experiencias de Brasil, Chile y Venezuela, se prepararon directrices para el desarrollo e implantación de sistemas de información en salud de los trabajadores en otros países.

En Ecuador se desarrollaron los materiales, documentos e instrumentos sobre los aspectos conceptuales y operativos para integrar la salud y la seguridad en el sistema modelo centralizado de servicios de salud. Luego se aplicó el modelo de entrenamiento para el personal de salud en atención primaria con el enfoque de servicios integrales que incorpora programas y actividades de prevención, promoción, atención médica y rehabilitación. Este modelo se desarrolló dentro del proceso de reforma del sector del país y cubre las 52 provincias del mismo. Se está organizando una reunión internacional para presentar los materiales del modelo, su difusión y posibles modificaciones.

Se desarrolló el instrumento de homologación para las legislaciones de salud de los trabajadores para la región centroamericana que se presentará a la Organización Internacional de Trabajo (OIT), la Comisión para la Cooperación Laboral del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (NAFTA) y a los ministros de trabajo de Centroamérica para su utilización y divulgación.

Con el Centro Colaborador de Quebec se trabajó en el desarrollo de indicadores de salud de los trabajadores, para formar parte de los Indicadores Básicos de la OPS. Se seleccionó la mortalidad por accidentes ocupacionales como el indicador preliminar.

Como parte integrante de la Biblioteca Virtual y el proyecto “Democratizing Knowledge and Information for the Right to Health” (DECIDES) se establecieron redes informáticas para diseminar información destinada a la toma de decisiones por conducto de la Red Electrónica de Salud de los Trabajadores (RST-LAC).

En colaboración con el Grupo de Trabajo de la OMS sobre la Protección de la Salud Ambiental de los Niños, y con el Programa Internacional sobre la Eliminación del Trabajo Infantil/Organización Internacional del Trabajo (IPEC/OIT) se desarrolló una metodología para la evaluación rápida de la salud de los niños trabajadores, que se aplicó en El Salvador en niños que trabajan en los basureros, en la pesquería y en el sector agrícola.

Se inició el proceso de negociación con la Agencia de Cooperación Holandesa, WASTE, del proyecto "Towards a Better Life for Waste Pickers" que incluye una metodología para determinar las condiciones de vida y el estado de salud de los niños trabajadores en los basureros en tres países de Latinoamérica.

En Perú se realizó una investigación epidemiológica sobre intoxicaciones de origen ambiental y ocupacional en niños expuestos al plomo. Con el apoyo de la Agencia para la Protección del Medio Ambiente de los Estados Unidos (EPA) y los CDC, los resultados se presentarán en una reunión internacional. Este tema de la exposición de niños a contaminación ambiental y ocupacional, y las metodologías para el análisis de las condiciones de salud de los niños son temas de discusión en el Grupo de Trabajo de la OMS sobre la Protección de la Salud Ambiental de los Niños, en la cual participa la Oficina.

Objetivo: *La cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y de disposición sanitaria de excretas se incrementará, concentrándose en la mejoría de la calidad bacteriológica del agua para consumo humano.*

Se estima que al final del período se habrá logrado un incremento de la cobertura de agua potable con conexiones domiciliarias en 5% de la población. De igual forma, se estima que habrá un aumento de la cobertura de alcantarillado con conexiones domiciliarias en 10% de la población y un incremento de la cobertura en el tratamiento de aguas residuales en un 15 % de la población servida. El aumento de la cobertura de desinfección del agua potable para consumo humano se calcula en 5% de la población servida.

Con la coordinación de CEPIS y el apoyo del Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), se desarrollaron proyectos orientados a reducir las enfermedades transmitidas por el agua y las relacionadas con el saneamiento en las comunidades indígenas. El Proyecto inicialmente había previsto actividades en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, pero posteriormente se incorporaron Argentina, Brasil y Paraguay.

Se realizaron análisis sectoriales en materia de agua potable y saneamiento (APS) en Costa Rica y Uruguay y se prepararon propuestas del plan de reforma y modernización en agua potable y saneamiento en República Dominicana y Venezuela. En el contexto de la evaluación 2000 de los servicios de APS, se elaboraron informes analíticos (análisis sectoriales resumidos) para 35 países y territorios de la Región y un informe regional. Estos informes se colocaron a disposición del público en la página de la Internet del CEPIS.

Siendo las inequidades en salud la preocupación mayor de las OEP durante el período, se realizaron estudios sobre inequidades en acceso al agua potable y al saneamiento en 11 países de Latinoamérica y el Caribe.

Se concluyó el desarrollo del componente de agua potable y saneamiento del modelo del Sistema de Información en Saneamiento Ambiental (SISAM), que contribuirá gradualmente a corregir parte de las limitaciones de información existentes en el sector de APS en la Región.

Fue posible completar diagnósticos sobre salud en la vivienda en Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú, y se inició el mismo proceso en Argentina, Bolivia, Costa Rica, Chile, Paraguay y Venezuela. Además, se revisó un documento de posición sobre políticas de salud en la vivienda en la Región que complementa los análisis nacionales y permite la toma de decisiones. Este documento destaca el tema de la vivienda y los municipios saludables, además de la APA.

La Red de Centros de Salud en la Vivienda fue promovida de acuerdo con los objetivos buscados de fortalecer una estrategia para hacer frente al problema de la vivienda desde el ángulo de la salud pública, mediante el fortalecimiento de las capacidades nacionales para abordar las causas locales desde una óptica multisectorial, multidisciplinaria y con participación de las comunidades.

Se dio continuidad al desarrollo institucional de la Red de Centros de la Vivienda y apoyo a la reformulación de la iniciativa en Chile y México. En el campo de la salud de la vivienda, se realizaron cursos, talleres y seminarios, que beneficiaron a 500 personas en toda la Región. Se logró la concertación del proyecto multicéntrico de Salud en la Vivienda que combina acciones locales con componentes regionales y comprende a Argentina, Bolivia, Cuba, Ecuador, Haití, Perú y Venezuela.

Se publicaron manuales y guías para la prevención, respuesta y mitigación de desastres en relación con el saneamiento básico, con la participación de la División de Emergencias y Desastres de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS); estos materiales se están divulgando en toda la Región.

Objetivo: *El manejo de los residuos sólidos municipales mejora en los países de la Región, teniendo en cuenta la acelerada descentralización y privatización.*

Lineamientos actualizados para la realización de análisis sectoriales en residuos sólidos domésticos, formulación y realización de planes directores para manejo de residuos sólidos municipales en ciudades medianas, y para análisis sectoriales en residuos de hospitales e instituciones de salud se desarrollaron y pusieron al servicio de los países. El CEPIS publicó tres manuales y dos guías sobre residuos sólidos municipales y hospitalarios y actualizó los sistemas de información sobre costo de los servicios prestados en servicios de residuos sólidos (COSEPRE) y de información sobre manejo de residuos sólidos urbanos (SIMRU).

La Oficina participó en la realización de análisis sectoriales de residuos sólidos en Ecuador, Panamá, Paraguay y Venezuela; se concluyeron los procesos de ordenamiento en residuos sólidos en Perú y Venezuela; se iniciaron en Panamá y Paraguay; y se preparó un proyecto de ordenamiento del sector y mejoramiento de los servicios en las Islas Turcas y Caicos. En Perú se logró el establecimiento de un nuevo marco legal para el manejo de los residuos sólidos.

Se diseñó y preparó el material didáctico correspondiente para cursos sobre residuos sólidos en la modalidad de educación a distancia. El material está disponible en español, inglés y portugués. En coordinación con CEPAL y el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) y con la participación de diferentes instituciones nacionales, el curso ya se ofrece en sus versiones en español y portugués. Se está organizando la realización de este curso en inglés para los países del Caribe.

4.2.4 *Desarrollo de los sistemas y servicios de salud*

Objetivo: *La mayoría de los países habrán fortalecido sus capacidades de análisis sobre la situación del sector y habrán evaluado el desempeño de las funciones de salud pública y los procesos de reforma sectorial.*

Mediante el desarrollo y la aplicación de metodologías e instrumentos que ayudan al análisis del sector de la salud, la Oficina colaboró con los países para promover el fortalecimiento de la capacidad de rectoría sectorial de las autoridades de salud. En tal sentido, se pusieron en práctica los lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud en Nicaragua y Paraguay y se aplicarán próximamente en Guyana. Con relación al seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial, en el marco del proyecto conjunto OPS/AID sobre reforma sectorial, se elaboraron los lineamientos metodológicos para la elaboración de los perfiles de sistemas de servicios de salud, los que luego se aplicaron en 32 países de la Región. Respecto de la evaluación de

las funciones esenciales de salud pública que son responsabilidad de las autoridades de salud, durante 2001 y 2002 se llevaron a cabo evaluaciones en la totalidad de los países de la Región, sobre lo que se ha informado a los Cuerpos Directivos de la Organización.

Además, se cooperó con los procesos de redefinición de los perfiles funcionales y de reingeniería de los ministerios de salud con miras a ejercer la rectoría sectorial en el contexto de los procesos de reforma y descentralización en 20 países de la Región.

Asimismo, se contribuyó al establecimiento de modelos de atención reorientados con criterios de promoción, cuyas bases conceptuales fueron presentadas en la 5.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en México. También se impulsaron modelos de atención con criterios de prevención de la enfermedad. En siete países se ejecutó o actualizó el modelo de salud familiar en el marco de la estrategia de atención primaria. En relación con ello, se presentó la experiencia en el 1^{er} Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar, en mayo de 2002.

En relación con el mejoramiento de la calidad y la integralidad de las intervenciones para fortalecer la capacidad operativa de los servicios de salud, se divulgó el WINSIG y se impartió capacitación en su manejo para la gestión de hospitales, en 15 países. En cuanto a la capacidad resolutoria de los servicios, se formuló un plan de mediano plazo para apoyar el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería, se introdujo el enfoque del trabajo en redes coordinadas de servicios de salud, se elaboró un diagnóstico de situación y un manual sobre los sistemas de emergencias médicas; además, se promovió la adopción del punto de vista del usuario así como de los enfoques interculturales y de género en los servicios de salud en no menos de 10 países de la Región.

Para avanzar en el fortalecimiento del desarrollo normativo y operativo de los programas y servicios de salud oral se capacitó a 500 profesionales de 12 países en técnicas de fluoruración y de vigilancia epidemiológica de la caries y se extendió la aprobación de la técnica de tratamiento de restauración atraumática (ART) como política de sus programas nacionales con el propósito de ampliar la cobertura del servicio estomatológico. En 13 países se desarrollaron los sistemas de información sobre discapacidades y en 10 los sistemas de información sobre servicios de rehabilitación y atención a discapacitados. En relación con la salud ocular, se realizaron estudios nacionales sobre el tema, se promovieron políticas y planes nacionales de salud ocular y acciones de prevención del glaucoma y tratamiento de la catarata en 15 países. En 10 países se impulsaron acciones para mejorar la atención de salud a los pueblos indígenas.

Objetivo: *La mayoría de los países habrán fortalecido sus capacidades nacionales para la planificación, regulación y gestión de la infraestructura, los recursos humanos, y los insumos del sector.*

En el marco de un proyecto conjunto OPS/OIT se avanzó en el fortalecimiento de la capacidad sectorial para formular políticas y estrategias destinadas a la extensión de la protección social en salud, tema sobre el que se está informando al Comité Ejecutivo en documento aparte. Para fortalecer la capacidad nacional de inversión en salud y de manejo financiero institucional, así como para establecer prioridades y asignar recursos se realizó un estudio comparado de experiencias de pago a proveedores en el Caribe de habla inglesa, y se aplicó la metodología destinada a elaborar planes maestros y diseñar proyectos de inversión en salud, entre otros países, en Bahamas Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

Además, en 10 países se llevaron a cabo acciones para fomentar la formulación de programas nacionales de garantía de calidad de los servicios en los que, además, en muchos casos también se incluyó el fortalecimiento de los grupos nacionales encargados de esos programas, y también de los grupos encargados de la regulación y de la gestión de las tecnologías, infraestructuras, equipos y dispositivos médicos. También fueron incluidos los encargados de la evaluación de las tecnologías en salud y los responsables de la formulación de recomendaciones para los encargados de tomar las decisiones. Por otra parte, se desarrollaron pautas de atención y guías de práctica clínica. Gran parte de esta labor se hizo en asociación con otros organismos e instituciones, como: “Canadian Environment Assessment Agency (ACEE)”, Consejo de Coordinación Internacional (ICC), ECRI, “Global Harmonization Task Force (GHTF)”, “International Systems and Quantitative Analysis (ISTAHC)”, “International Society of Technology (ISQA)”, “International Society for Quality of Life Research (ISOQOL)” y “Quality Assurance Project (QAP)”.

Los programas de calidad para servicios radiológicos, particularmente en mamografía, radiología básica y dosimetría, se fortalecieron en 19 países, y en los países del Caribe de habla inglesa se mejoraron los servicios de radioprotección para pacientes. En cinco países se contribuyó al diseño y puesta en operación de planes para hacer frente a emergencias radiológicas, y para situaciones de emergencia.

Los medicamentos se incluyeron en el plan de acción de la Agenda Compartida suscrita por el Banco Mundial, la OPS/OMS y el BID; se creó además un Observatorio Regional sobre Medicamentos. En materia de regulación, suministro, precios, acceso y calidad de los medicamentos se realizaron acciones de fortalecimiento en siete países. Se dio un fuerte impulso a la Red Panamericana para la Armonización y Regulación Farmacéutica, en colaboración con la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos (FDA), la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y la Secretaría de Salud de México, al igual que a la aplicación de las buenas prácticas de manufactura en cinco países. Se consolidó el Foro Farmacéutico de las Américas así como

la producción de normas, pautas y guías farmacoterapéuticas y de farmacovigilancia en otros cinco países.

Quince países se incorporaron al Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud y la mayoría desarrollaron sus propios observatorios nacionales. Además tuvo lugar la I Conferencia Interamericana de Educación a Distancia para Personal de Salud y se puso en marcha el Campus Virtual en Salud Pública, consorcio de 11 instituciones cuyo secretariado le corresponde a la Oficina. Se estableció un plan de acción de mediano plazo con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y se fortalecieron las capacidades nacionales en educación médica, formación de técnicos en salud y enfermería, así como los programas regionales de becas, de libros de texto y de formación en salud internacional.

En cinco países se promovió el mejoramiento de la capacidad institucional para la definición e instrumentación de sistemas de información de programas y servicios de salud.

Las ayudas diagnósticas son cruciales en la mayoría de los casos. Por ello, los laboratorios de salud pública recibieron cooperación especial para su desarrollo, en 9 países de Centro y Sudamérica. Además, en otros 10 países se trabajó en el mejoramiento de la estandarización de procedimientos y en los sistemas de control de calidad de los laboratorios clínicos.

En 2000 se lanzó la Iniciativa Regional Sangre Segura y se realizó la III Conferencia Latinoamericana de Bancos de Sangre que formuló el Plan de Acción Regional para 2001-2003. En noviembre de 2001, al término del primer año de vida de la iniciativa, 5 países de América Latina y 9 del Caribe de habla inglesa tamizaban el 100% de las unidades. Además, 20 países de la Región aplicaban estándares oficiales a sus bancos de sangre, 13 disponían de planes nacionales de transfusión y de comisiones nacionales sobre el tema, y 7 de ellos contaban con programas nacionales de calidad para los bancos de sangre y los centros de transfusión sanguínea.

4.2.5 *Prevención y control de enfermedades*

Objetivo: *Los países de la Región continuarán avanzando en su empeño por controlar, reducir o eliminar las enfermedades inmunoprevenibles.*

La vacunación ocupa un lugar preponderante en la agenda política de los países. La mayoría de los países de las Américas preparan planes de acción quinquenales y anuales para la vacunación. Todos los países, excepto Haití, financian las vacunas con recursos nacionales o han establecido mecanismos orientados a ese fin. Se han adoptado leyes sobre vacunación con partidas presupuestarias específicamente para el financiamiento de

vacunas y jeringas en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica y Venezuela. En 16 países se han establecido comités nacionales de prácticas de vacunación.

Los países han tomado importantes medidas para formar alianzas orientadas a fortalecer los servicios de vacunación, especialmente con el sector médico privado, a fin de promover su participación en el seguimiento de casos presuntos de enfermedades inmunoprevenibles. Esta colaboración se ha realizado principalmente por medio de acuerdos con asociaciones regionales y nacionales de pediatría e infectología. Otro campo de colaboración fundamental ha sido el apoyo a los países en el establecimiento de mecanismos para acreditar y vigilar la calidad del servicio de los proveedores privados que ofrecen servicios de vacunación.

El buen desempeño de la mayoría de los sistemas nacionales de vigilancia ha permitido responder con rapidez a brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Se ha informado continuamente sobre la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, y los países están utilizando métodos normalizados para recopilar, analizar y difundir información epidemiológica. El establecimiento de redes regionales de vigilancia ha mejorado en gran medida la labor nacional.

Los países han proporcionado los instrumentos necesarios para la vigilancia de enfermedades invasoras causadas por neumococos, *Haemophilus influenzae* y meningococos: técnicas de determinación del serotipo, pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos y un sistema de control de la calidad por medio de cuatro centros de referencia subregionales. Se han integrado los sistemas de vigilancia de la rubéola y el sarampión, obteniéndose una mejora en la sensibilidad y especificidad del diagnóstico de la rubéola. Sin embargo, persiste la subnotificación y todavía no se conoce la verdadera magnitud de la carga de morbilidad de la rubéola. La vigilancia del síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas todavía se encuentra en estado embrionario. Son evidentes las mejoras en la vigilancia de la fiebre amarilla en Bolivia y Brasil, donde se han adoptado las recomendaciones de la OSP. La vigilancia de la parálisis flácida aguda ha mejorado y se han cumplido los indicadores fundamentales para vigilar el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis.

Para fines de 2001, todos los países de la Región de las Américas, excepto Ecuador, Guatemala, Haití, Jamaica, Paraguay y Suriname, habían incluido la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) en el plan de vacunación corriente de los niños. Perú incluyó la vacuna contra Hib para 32% de los menores de 1 año.

Con respecto a la rubéola, 40 de los 44 países y territorios de las Américas han introducido una vacuna contra la rubéola en los programas de vacunación corriente en la niñez. Los países que aún no lo han hecho son Haití, Paraguay, Perú, y la República Dominicana, pero en la mayoría de ellos se han realizado estudios de la eficacia en función

del costo. De los 40 países y territorios que ya han introducido la vacuna contra la rubéola en sus planes de vacunación corriente, 12 países y 6 territorios del Caribe de habla inglesa y 3 países de América Latina han puesto en marcha programas acelerados de control de la rubéola que abarcan a los adultos. Ya se ha avanzado en los países del Caribe de habla inglesa hacia la meta de la eliminación del SRC, y en Uruguay y Cuba se han eliminado tanto la rubéola como el síndrome. En Brasil y Chile se han llevado a cabo campañas de vacunación contra la rubéola dirigidas a mujeres adultas a fin de prevenir el SRC, y en Costa Rica se ha realizado una campaña de vacunación masiva para controlar la rubéola y prevenir el síndrome, dirigida a hombres y mujeres de 15 a 39 años.

En el plan de vacunación corriente en la niñez para las zonas enzoóticas de Brasil, así como en el plan nacional de vacunación corriente de Bolivia y Perú, se ha incluido la vacuna contra la fiebre amarilla. La falta de una intensificación de la vacunación en países donde la fiebre amarilla es endémica se debe a la escasez de vacunas en el mercado mundial.

Los productores de vacunas han realizado estudios de factibilidad para determinar si deben continuar o iniciar la producción de vacunas. Los países productores de vacunas son Chile, Colombia, Guatemala, México y Perú.

Se ha abandonado la certificación regional de productores de vacunas. La OSP recomienda que los fabricantes de vacunas de la Región soliciten una evaluación a cargo de la Organización Mundial de la Salud. El sistema de evaluación de la OMS ha aprobado a dos fabricantes regionales de vacunas (Bio-Manguinhos de Brasil y el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Cuba) en lo que respecta a las vacunas contra la fiebre amarilla y contra la hepatitis B, respectivamente. Ambos productores ahora proveen a organismos de las Naciones Unidas.

Objetivo: *Los países de la Región continuarán progresando en sus esfuerzos colaborativos por prevenir, controlar, reducir o eliminar las enfermedades transmisibles.*

La cooperación técnica de la Oficina concentró esfuerzos, entre otros aspectos, en el establecimiento de redes de vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes (EIE) y en promover la detección temprana y la prevención de las enfermedades transmisibles.

Se logró que en la Región, 85% de los países participen en distintas redes de vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y proporcionen información periódica. Con este fin, se estableció una Red Centroamericana de Prevención y Control de las EIE, en la cual todos los países cuentan con comités nacionales de vigilancia, prevención y control de esas enfermedades. Hay otras cuatro redes, cuya composición no es mutuamente excluyente: Amazonía (6 países), Cono Sur (6 países), resistencia

antibiótica de las enterobacterias (14 países) y otras bacterias (19 países). Se capacitó a funcionarios nacionales en laboratorio y vigilancia epidemiológica y se hizo supervisión, con lo cual mejoró la notificación de estas enfermedades.

En apoyo a la red de prevención y control de las EIE, incluida la resistencia a los antimicrobianos, se prepararon y difundieron manuales, estándares y normas. En este sentido, se publicó un libro de referencias bibliográficas sobre resistencia a los antimicrobianos, y un manual de procedimientos de laboratorio relacionado con la resistencia antimicrobiana, en colaboración con el Instituto Malbrán de Argentina. Se elaboraron también una guía de tratamiento clínico con antibióticos para niños y adultos; informes de las redes del Cono Sur y Amazonía; bibliografía sobre fiebre del Nilo occidental; guía de evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica (incluidos laboratorios); guía para la constitución y operación del comité subregional para la prevención y control de las EIE, y, conjuntamente con los países centroamericanos, Haití y la República Dominicana, la guía para constituir y operar un grupo técnico nacional en cada país.

Para lograr que los países se concentren más específicamente en los aspectos sanitarios de la infección por el VIH/SIDA, como son la gestión de programas, la seguridad del suministro de sangre y los modelos para las intervenciones relacionadas con el comportamiento en materia de salud y la asistencia sanitaria, al mismo tiempo que siguen promoviendo una mayor respuesta intersectorial, la Oficina cooperó con 25 países en el desarrollo de planes y proyectos sectoriales e intersectoriales, en colaboración con más de 10 entidades, programas y ONG.

Asimismo, la OSP creó instrumentos para facilitar las actividades de planificación y formulación de políticas en los países (por ejemplo, el modelo “Paso a paso”, recomendaciones para el tratamiento con antirretrovirales, estrategias para promover la salud sexual, etc.). La OSP también difundió a todos los países las directrices de segunda generación (vigilancia, seguimiento y evaluación de los aspectos biológicos y conductuales de las infecciones de transmisión sexual). Participaron profesionales nacionales en 9 reuniones y cursos. Además, 20 países se han beneficiado de visitas técnicas para ayudarles a iniciar la vigilancia de segunda generación. En la mayoría de los países ya se lleva a cabo la vigilancia de segunda generación, y 7 cuentan con planes estratégicos de vigilancia.

En relación con las enfermedades de transmisión por transfusión sanguínea el avance ha sido significativo. Actualmente 13 países registran 100% de tamizaje para todas las infecciones requeridas (virus de la inmunodeficiencia humana [HIV], hepatitis B y C, y sífilis) y 5 países de América Latina registran 100% de tamizaje de sangre para

Trypanosoma cruzi.¹⁶ Además, 12 países de la Región hacen tamizaje para todas las infecciones requeridas, aunque todavía no registran el 100%.

Asimismo, 15 países de la Región participan en programas de control de calidad tanto para enfermedades de transmisión por transfusión como para inmunohematología, y 2 países participan solo en este último programa.

Respecto de la malaria, ocho de los nueve países amazónicos realizaron estudios de eficacia y acordaron conformar una red de vigilancia de la resistencia a las drogas antimaláricas, con el fin de reducir la enfermedad y mejorar la eficacia de los tratamientos. En dos de los países amazónicos, Bolivia y Perú, los resultados de los estudios han sido utilizados en la toma de decisiones sobre las políticas de uso de los antimaláricos.

Sobre la base del impacto que la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades de la Primera Infancia (AIEPI) tiene para reducir la mortalidad, la Oficina lanzó la iniciativa “Niños sanos: la meta de 2002”, para reducir en 100.000 las muertes de menores de 5 años durante el período 1999-2002, es decir, una reducción de 25.000 muertes por año, principalmente mediante la aplicación de la estrategia AIEPI. La evaluación realizada por los países en coordinación con la Oficina ha mostrado que en el primer año de esta iniciativa se evitaron 33.000 muertes entre los menores de 5 años, y que la mayoría de la reducción registrada se debió a las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI.

Ya son 17 los países que han adoptado la estrategia AIEPI¹⁷ y la adaptaron a su realidad epidemiológica y operativa; se encuentran actualmente en diferentes fases de su implementación, tanto en los servicios de salud como en la comunidad. En los servicios de salud más de 35.000 personas han sido capacitadas en la aplicación de AIEPI y en 12 países se han elaborado proyectos sobre AIEPI comunitario en coordinación y con el apoyo de ONG.

En la actualidad, la Oficina está preparando una propuesta para integrar nuevos componentes como la salud neonatal, el control del asma y del síndrome bronco-obstructivo, el control de accidentes, maltrato y violencias, y la promoción y control del desarrollo en la niñez, que son más acordes para perfiles epidemiológicos de baja mortalidad en la infancia, como se observan en muchos de los países de las Américas. Otro aspecto importante es la incorporación de AIEPI en las universidades para la enseñanza de pregrado y posgrado, y el fortalecimiento y expansión de la estrategia mediante el apoyo a diferentes modalidades de cursos de capacitación, así como a la investigación epidemiológica y operativa local en AIEPI.

¹⁶ En la subregión del Caribe no se requiere tamizaje para *Trypanosoma cruzi*.

¹⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

En relación con el campo de la investigación sobre enfermedades transmisibles, durante el período, 16 países sometieron 264 propuestas de investigación al programa de pequeños subsidios de las que 44 fueron subsidiadas. De igual manera, se realizaron 4 talleres de Desarrollo de Proyectos de Investigación en los cuales participaron 63 profesionales de 18 países (Argentina, Barbados, Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela).

Objetivo: *Los países de la Región avanzarán en sus empeños comunes por controlar, reducir o prevenir las enfermedades no transmisibles prevalentes.*

El número de países que destinan recursos al área de enfermedades no transmisibles (ENT) se incrementó en 30%. Las enfermedades consideradas como prioritarias son cáncer cérvico-uterino, diabetes, cardiovasculares (principalmente hipertensión arterial) y lesiones. Los ámbitos de trabajo definidos para hacer frente a estas enfermedades son: la estrategia de prevención primaria CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles); vigilancia de factores de riesgo y enfermedades; modelos innovadores para la atención crónica; y defensa de la causa para el cambio de políticas. Diez países están participando en la red regional CARMEN y se elaboró un modelo propio adaptado a la Región de las Américas. En el Caribe se ejecutó un proyecto multipaís que integra todas las áreas. Con el fin de ampliar las posibilidades de esta estrategia, se iniciaron proyectos de evaluación y planificación de una escuela CARMEN.

Se realizó un ejercicio para estimar el costo de la diabetes en América Latina y el Caribe, destinado a incrementar las actividades de control en la Región. Esta evaluación mostró que la diabetes es una carga económica enorme para la Región y que el costo de los cuidados médicos a una persona con diabetes es tres veces más alto que el promedio de gasto en salud per capita en América Latina y el Caribe. Se coordinó la publicación de un número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública* sobre diabetes que incluyó artículos de Argentina, Bolivia, Brasil, y Chile.

La Oficina coordinó una encuesta de diabetes en cuatro ciudades de Bolivia donde se demostró una prevalencia de diabetes de 7,2%. Esto motivó un gran interés tanto del gobierno como de las instituciones científicas de Bolivia y resultó en la creación de un programa nacional para el control de la diabetes.

Dos talleres subregionales sobre vigilancia epidemiológica de diabetes se llevaron a cabo en Centroamérica. Estos talleres generaron un plan de acción en los países participantes y resultaron en la realización de una encuesta de diabetes que se encuentra actualmente en ejecución en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Además se ha comenzado un programa de control a nivel nacional en Guatemala.

En coordinación con la Declaración de las Américas sobre Diabetes (DOTA) y el Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA) de La Plata, Argentina, se desarrolló el sistema QUALIDIAB para evaluar la calidad de la atención a las personas que tienen diabetes en 10 países. Además se realizó un taller sobre calidad de la atención a la diabetes en Jamaica, con la participación de Bahamas, Barbados Jamaica, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago. Se inició un proyecto de evaluación de la calidad en Jamaica y Santa Lucía, financiado por DOTA. Se publicaron las Normas para el Desarrollo de Programas de Educación sobre la Diabetes en América. Este trabajo fue el producto del trabajo de un grupo de expertos auspiciado por DOTA.

Para la ejecución de los objetivos de DOTA se llevaron a cabo varias actividades tales como talleres de planificación estratégica en Barbados, Bolivia y Panamá, y cursos para educadores en diabetes en Argentina, Barbados, Colombia y Puerto Rico. DOTA también auspició la realización del taller "Paso a paso" en educación diabetológica en la República Dominicana, con la participación de más de 40 expertos en educación sobre diabetes de 24 países de las Américas. En todas estas actividades se ha contado con la participación de las asociaciones locales de diabetes en las áreas de educación.

Para contribuir a la disminución de lesiones intencionales (violencia) y no intencionales (accidentes), basados en proyectos de prevención, estrategias y líneas de acción diseñadas de común acuerdo con las autoridades y comunidades, se publicó y distribuyó a todos los países el documento "Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones", en español e inglés. Este documento se está utilizando en varios países para establecer los sistemas de vigilancia específicos.

En hospitales de Colombia, El Salvador, Honduras y Nicaragua actualmente se recaba información sobre lesionados por causa externa. En San Pedro Sula, Honduras, un primer estudio fue tomado en cuenta por la alcaldía para definir actividades de prevención.

Un aspecto fundamental en violencia es la necesidad de documentación. Por ello, se realizó y publicó el estudio "Barrio Adentro. La solidaridad violenta de las pandillas" en San Salvador. También, se preparó, publicó y difundió el documento "Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil" que contiene cerca de 700 resúmenes seleccionados de la literatura, en español, inglés, y portugués.

En Quito, Ecuador, se realizó un estudio piloto sobre lesiones y violencia intrafamiliar, sobre lo cual se publicó un boletín. La actual administración ha aprobado la reactivación de iniciativas para mejorar los datos sobre muertes por causa externa, lesiones en hospitales y violencia intrafamiliar.

En Honduras se aprobó el plan nacional para el abordaje de la violencia social en 2001-2005. El plan fue elaborado por un comité interinstitucional con el apoyo de la OPS, y el plan está pendiente de la consideración de las autoridades nacionales.

En San Pedro Sula, Honduras, se aprobó igualmente un plan municipal para la prevención de la violencia en el Valle del Sula, el cual cuenta con el apoyo del BID. En El Salvador existe un comité multisectorial de prevención de la violencia, dirigido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Este comité está al frente del estudio sobre lesiones por causas externas en tres hospitales del país. En Nicaragua también se promovió la creación de un comité multisectorial sobre violencia.

Para fortalecer la capacidad de las entidades de salud para prevenir actos de violencia, detectar y atender a los pacientes que son víctimas de traumatismos de origen violento, y diseñar programas de rehabilitación y seguimiento, se preparó y aprobó en la RESSCAD un portafolio de tres proyectos para prevención de violencia, dirigido a países de Centroamérica. Los proyectos se refieren a la prevención secundaria a víctimas de violencia atendidas en entidades de salud; el fortalecimiento de organizaciones juveniles por la no violencia; y conformación de redes por el buen trato y contra el maltrato a menores.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de factores involucrados en la generación de la violencia y la ocurrencia de las lesiones, se consideran esenciales la creación y el fortalecimiento de redes interinstitucionales de acción para la prevención. En relación con ello, se creó la Red Andina de Prevención y Vigilancia de Lesiones coordinada por el Centro Colaborador OPS/OMS, Centro de Investigaciones en Salud y Violencia (CISALVA) de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia. La red la integran instituciones de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Actualmente avanza en el modo de investigación, y ya están los países compartiendo información por la Internet (<http://www.redandina.org>).

Además, se creó la iniciativa "Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia", (<http://www.iacpv.org>) con participación de los CDC, el BID, el Banco Mundial, la OEA, la OPS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

En relación con el cáncer cérvico-uterino, se desarrollaron métodos de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas que permitan implementar un programa de prevención y control de cáncer cérvico-uterino a gran escala a partir de 2004. En conjunto con Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Venezuela, se conformó una red de laboratorios para control de calidad (RedPAC). Además, se introdujo la modalidad de control digital de las muestras de Papanicolau, de forma que sea posible

establecer evaluaciones externas del desempeño de los laboratorios de citología a distancia, para mejorar la calidad de la atención.

Objetivo: *Se reducirá la morbilidad y la mortalidad en la población humana ocasionada por las principales zoonosis y las enfermedades transmitidas por los alimentos y mejorarán la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos.*

El avance de los programas de erradicación de la fiebre aftosa en América del Sur y la prevención de la introducción en países de Centro y Norteamérica y el Caribe han aportado resultados económicos y sociales importantes para la Región. Como resultado del Programa Hemisférico de Erradicación que ejecutan los países con la cooperación técnica de la Oficina, a través del Centro Panamericano de la Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), hasta mediados de 2000 se mantuvo libre de fiebre aftosa la región del Cono Sur integrada por Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y todos los estados que componen los circuitos pecuarios sur, centro-oeste y este de Brasil. El área cubre una superficie de aproximadamente 6,2 millones de km² y tiene una población de 140 millones de bovinos. Argentina, Chile y Uruguay habían alcanzado el reconocimiento internacional de libres de aftosa sin vacunación, Brasil y Paraguay el de libres con vacunación. Esta situación favorable representó un beneficio económico importante para los países del Cono Sur que eliminaron las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, ahorraron el costo de vacunaciones y tratamientos, iniciaron exportaciones de carne a Norteamérica y ampliaron su comercio con países de Europa y el Oriente.

Esta situación epidemiológica favorable se modificó a partir del segundo semestre de 2000 con la aparición de brotes en Brasil y Uruguay que fueron prontamente erradicados. Lamentablemente en la Argentina se presentó una grave epidemia a partir de febrero de 2001 que se extendió por todo el país, excepto en la zona de la Patagonia, y se extendió asimismo a Uruguay y al sur de Brasil. Esta situación motivo la pérdida de la certificación como países libres de aftosa a la Argentina, Uruguay y la zona sur de Brasil. Se estima que las pérdidas económicas para Argentina y Uruguay por concepto de exportaciones son de 400 y 300 millones anuales respectivamente.

La estructura de atención veterinaria de los países afectados demostró la capacidad de reaccionar prontamente a la reincidencia de la enfermedad y al final de 2001 la situación estaba controlada. El último brote en esa subregión se registró en Argentina en el mes de diciembre de 2001.

En el Proyecto de la Cuenca Amazónica de Brasil se han alcanzado avances importantes. Fueron reconocidas como libres de fiebre aftosa 16 de las 30 unidades federativas de Brasil y Guyana. En los países de la Comunidad Andina, Colombia obtuvo el reconocimiento internacional de libre de fiebre aftosa con vacunación en una zona que integra el Proyecto de la Costa Atlántica y cuya población estimada de bovinos es de

7 millones. Los países libres de fiebre aftosa de América Central, Norteamérica y el Caribe mantuvieron su condición y tienen como base el sistema de vigilancia de enfermedades vesiculares y los programas de prevención que están en ejecución.

Se crearon y fortalecieron programas de inocuidad de los alimentos a lo largo del hemisferio para apoyar a las autoridades de salud pública que están enfrentando un aumento sustancial en los casos de enfermedades transmitidas por alimentos. La cooperación técnica de la Oficina se guió por las recomendaciones formuladas por el Grupo Asesor Externo en Salud Pública Veterinaria y la resolución CD42.R10 adoptada por la 42ª Sesión del Consejo Directivo, que orientaron una nueva visión de la Cooperación Técnica en Inocuidad de Alimentos a ser ejecutada a través del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). Esta nueva visión para INPPAZ pretende lograr la inocuidad de los alimentos en los Estados Miembros, para promover y proteger la salud de la población y mejorar el acceso a los mercados internacionales de los alimentos producidos en las Américas. La responsabilidad de forjar esta capacidad es compartida a lo largo de toda la cadena alimentaria. Para cumplir la visión se ejecuta un programa que está compuesto por tres proyectos de trabajo con objetivos estratégicos definidos: un proyecto de políticas nacionales en inocuidad de alimentos, un proyecto de modernización institucional, y otro de educación y comunicación social a los actores de la cadena alimentaria.

Los principales logros han sido la creación de la Comisión Panamericana de Inocuidad de Alimentos (COPAIA) en mayo del 2001 que es el único foro internacional que reúne a todos los actores de la cadena alimentaria para discutir y recomendar los lineamientos políticos en inocuidad de alimentos. Además, 21 países de la Región, están notificando brotes, lo que ha permitido consolidar un Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (SIRVETA). Para seguir fortaleciendo este sistema, en el año 2001 se inició una fase de análisis y evaluación del SIRVETA cuyo resultado fue la publicación de una nueva versión de la Guía de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (GUIAVETA).

En armonización regulatoria, se creó el Sistema de Información Regional de Normativas Alimentarias (LEGALIM) para proveer a los países de la Región de un sistema cuya base de datos permita almacenar y procesar los textos completos de la legislación alimentaria de los países, actualizada y vigente. Actualmente, 10 países ya se encuentran incorporados al sistema.

Se promovieron servicios de inspección modernos basados en buenas prácticas de manufactura, procedimientos estándares de saneamiento y el sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control. En este sentido, INPPAZ publicó diferentes manuales de entrenamiento y los difundió por medio de la biblioteca virtual en la Internet.

El INPPAZ continuó ejerciendo la secretaría ex officio de la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), creada en diciembre de 1997 como un instrumento para fortalecer los servicios analíticos en inocuidad de alimentos de los países de la Región, que en la actualidad cuenta con 66 laboratorios en 32 países de la Región.

Se mantuvieron y desarrollaron servicios de información especializados en inocuidad de alimentos para ministerios de salud y agricultura de las Américas, y se elaboraron materiales de difusión y educación para televisión y radio, con el objetivo de prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos.

En el campo de la rabia humana transmitida por perros, la frecuencia de casos continuó disminuyendo. De 293 casos promedio anuales en la década 1980-1990 se redujo a 168 casos en la década 1990-1999, en 2000 fue de 64 y en 2001 solo 42. En estos dos últimos años el 56% y 50% de los casos reportados respectivamente, correspondieron a rabia transmitida por el perro y los restantes por otras especies animales. La rabia humana ha desaparecido de las principales ciudades de América Latina, y durante el período únicamente se presentaron casos en La Paz, Bolivia, y en Puerto Príncipe, Haití.

La misma tendencia decreciente se observa para la rabia en caninos. El promedio anual de 17.600 casos en el decenio 1980-1990, se redujo a 6.600 en el decenio 1990-1999 y a 2.086 para el año 2000. Los datos provisionales indican la presencia de 801 casos para el año 2001.

Esta reducción ha tenido un impacto directo en los casos de la rabia humana. Se mantienen libres de rabia humana transmitida por el perro: Argentina, la región sur de Brasil y los estados de São Paulo, Río de Janeiro y Distrito Federal, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), países del Caribe de habla inglesa, Panamá, y Uruguay. Al final del año 2000 se sumaron a esta condición Belice, Cuba, México, Perú y República Dominicana.

El sistema de información y vigilancia de la encefalitis equina, coordinado por PANAFTOSA, en el que participan Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Venezuela que son los países, con la excepción de Brasil, con mayor riesgo de presentar brotes estacionales de encefalitis equina venezolana, se está complementado con el diagnóstico de laboratorio para la caracterización antigénica de las cepas actuantes. Con esta información se adelantaron campañas masivas de vacunación en equinos que ayudan a disminuir el riesgo de casos en humanos.

Con el fin de fortalecer y reorientar los programas de cooperación técnica, PANAFTOSA elaboró, en 24 países, un diagnóstico de la situación de los programas de control y erradicación de la tuberculosis y la brucelosis animal. En todos los países se logró motivación para avanzar en la erradicación de estas enfermedades teniendo como

base los resultados de la erradicación de la fiebre aftosa. También se logró consenso sobre armonización de estrategias para la eliminación de la hidatidosis en el Cono Sur.

La Oficina también cooperó con los países para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la leptospirosis por medio de la mejora de la capacidad de diagnóstico en varios laboratorios de la Región.

La Región de las Américas continúa libre de casos de encefalopatía espongiforme bovina (BSE). Para reforzar los planes de prevención y la vigilancia epidemiológica, la Oficina organizó una consulta de expertos en la cual participaron los directores de servicios veterinarios de los países y que emitió recomendaciones para evitar la introducción de la enfermedad.

El Proyecto Peruano de Primatología cumplió 25 años de existencia durante los cuales se han protegido las especies de neoprimates en riesgo de extinción por medio de la cosecha controlada y la reproducción en cautiverio. Bajo este esquema, el proyecto pudo suministrar ejemplares para el desarrollo de vacunas como las de hepatitis A y B, así como para realizar investigaciones fundamentales de fisiología y nutrición humanas.

4.3 Las OEP y los planes y políticas nacionales de salud

En la misma resolución donde aprobaba las OEP, la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana instaba a los países a tenerlas en cuenta al definir sus planes o políticas nacionales de salud. Con el fin de verificar esto, se consultó mediante un cuestionario especial a todas las oficinas de la OPS en la Región. El interés se centró en conocer hasta dónde se habían tenido en cuenta las OEP en los procesos que dieron origen a la definición o modificación de políticas en el campo de la salud nacional. Es claro que el hecho de la sola coincidencia de las políticas nacionales con las OEP, no significa siempre que se hubieran tenido en cuenta durante su elaboración.

Hasta abril de 2002, se recopiló información sobre 32 países que tenían planes, políticas o borradores de políticas. De ellos, 5 países estaban en el proceso de elaboración de borradores de políticas, mientras que 27 ya disponían de las políticas o los planes adoptados. De estos 27 países, 22 adoptaron sus planes o políticas entre 1998 y 2002, y 5 países antes de 1998, es decir antes de la aprobación de las OEP.

La Oficina participó en 25 de los 32 procesos que dieron origen a las políticas sectoriales, a los borradores o a las propuestas de modificación en los países de la Región— en 3 países, antes de 1998 y en 22 países después de aprobadas las OEP.

De los 22 países que adoptaron políticas nacionales después de 1998 y en las que participó la Oficina, en 15 se tuvieron en cuenta explícitamente las OEP durante la

elaboración o revisión de las propuestas de política. No necesariamente las OEP se reflejaron en todos los textos de las políticas aunque se hubieran considerado durante las consultas, los análisis, o el debate de opciones.

5. Lecciones para el futuro

El diseño y aprobación de las políticas que orientan la cooperación técnica de la Oficina con los países es un proceso complejo pero fundamental para el futuro de la salud de la Región. La complejidad del proceso y la diversidad de las situaciones y los retos que se presentan en el hemisferio occidental implican la necesidad de organizar dicho proceso de forma que la participación sea muy amplia y enriquecedora. Derivadas de la experiencia de las iteraciones previas y del ejercicio llevado a cabo para elaborar este informe, a continuación se presentan unas lecciones respecto del proceso de definición, contenido de las OEP y aplicación de las mismas.

En relación con el proceso de elaboración es deseable que éste contemple la mayor participación posible para que el producto final refleje la diversidad de los países y la pluralidad de opiniones, propuestas y puntos de vista en el abordaje de los problemas de salud de la Región, además de constituir la oportunidad de llegar a consensos necesarios y propósitos comunes. Hay otras entidades cuya actividad se relaciona con la de la OPS, por lo que sería beneficioso que pudieran participar en las etapas tempranas de la elaboración de las políticas, con el fin de encontrar sinergias y posibles contradicciones desde el comienzo, y tener la oportunidad de actuar en consecuencia.

Respecto del contenido, es recomendable establecer un número restringido y manejable de objetivos para la cooperación técnica, de manera que ésta concentre sus esfuerzos en la generación de resultados sobre los cuales haya habido un consenso, bien por su importancia epidemiológica, bien por su trascendencia ética, o por todos los criterios que se hayan empleado para su selección. De todas maneras, estos objetivos, aunque alcanzables, deberían constituir verdaderos retos para la Oficina.

Es muy importante que la selección de metas y objetivos contemplen la viabilidad de darles seguimiento y evaluarlos al final del período. El seguimiento y la evaluación no deberían constituirse en una tarea difícil y compleja, ni en una carga excesiva para las labores cotidianas, sino formar parte de un proceso natural de análisis y evaluación del desempeño institucional.

Un aspecto relevante del ejercicio de evaluación de las actuales OEP ha sido, en algunos casos, la dificultad para poder encontrar la información requerida, en las condiciones necesarias para evaluar el cumplimiento de las mismas. Por lo tanto, se percibe la necesidad de considerar como una prioridad, tanto para los países como para la Oficina, los sistemas de información en salud, no solo en los aspectos de producción

oportuna y continua de datos, sino en el procesamiento y disponibilidad de información actualizada.

Con miras a mantener el estímulo necesario para participar en la ejecución de las políticas, no solo en la Oficina sino entre las entidades interesadas en el campo de la salud de la Región y fuera de ella, una adecuada información y retroalimentación son necesarias, por medio de los mecanismos institucionales que existan o se creen para este efecto, no solo acerca de la implantación, ejecución, progreso y éxito, sino también respecto de las limitaciones que se encuentren.

Finalmente, una característica que determina el entusiasmo y el compromiso en el cumplimiento de las OSP es el conocimiento mismo que de ellas se tenga. De igual manera, un condicionante para establecer alianzas y redes de cooperación para la implementación de las políticas es el grado de conocimiento que de ellas se tenga, dentro y fuera de la Oficina. Por esto, parece altamente deseable y necesario que se difundan y promuevan las OEP, no solo entre el personal de la Oficina sino entre todas las entidades que tengan relación con la salud pública.