

122.^a sesión
Washington, D.C.
Junio de 1998

Punto 4.2 del orden del día provisional

CE122/8 (Esp.)
24 abril 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1999-2002

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) constituyen los lineamientos de política para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en cada período cuatrienal. Representan el análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas y están dirigidas al logro de la meta mundial de Salud para Todos. Además, representan la respuesta de la Oficina a la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI y a la transición del Noveno Programa al Décimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

En este documento se presenta un resumen de lo más relevante de las condiciones generales de vida —políticas, económicas, ambientales y sociales— que determinarán e incidirán en las condiciones de salud de las personas durante el período 1999-2002. Se reconoce que la inequidad, en general, y en salud, en particular, continúa siendo la condición fundamental a enfrentar y se percibe que, a pesar de los logros alcanzados, hay que hacer enormes esfuerzos para superarla.

Además, se establecen los más importantes factores del entorno que será fundamental afrontar en la búsqueda de solución a las necesidades de los habitantes de la Región, y se describen las OEP en que se concentrará la OSP, en su cooperación técnica con los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, durante el período 1999-2002. Cada una de las OEP representa, pues, los esfuerzos específicos de la Secretaría para buscar la equidad en salud en este período.

En esta versión que se pone a consideración del Comité Ejecutivo, de acuerdo con sugerencias surgidas durante las consultas nacionales y la 30.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación, se condensó la parte diagnóstica y se agregaron y revisaron las Orientaciones Programáticas para evitar su duplicación. También, se hace referencia al cumplimiento de las actuales OEP y se ajusta lo relativo a los retos y oportunidades del entorno.

Se espera que los Miembros del Comité Ejecutivo hagan comentarios y sugerencias que permitan mejorar esta propuesta antes de ser presentada a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	6
2. Situación actual	7
2.1 Situación general	7
2.2 Situación de salud	8
2.3 Situación del ambiente	15
2.4 Situación demográfica	17
2.5 Situación política	18
2.6 Situación socioeconómica	19
3. Retos y oportunidades para el cuatrienio	21
4. Respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana	26
4.1 Metas regionales para el período	27
4.2 Orientaciones Estratégicas y Programáticas	28
4.3 Cooperación técnica y coordinación internacional	40
Referencias	44

RESUMEN EJECUTIVO

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) constituyen los lineamientos de política para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en cada período cuatrienal. Representan el análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas y están dirigidas al logro de la meta mundial de Salud para Todos. Además, representan la respuesta de la OSP a la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI y a la transición del Noveno Programa al Décimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

Utilizando como referencia la publicación *Salud en las Américas*, edición 1998, y otras fuentes, en el presente documento se detallan las condiciones generales de vida — políticas, económicas, ambientales y sociales— que determinan e inciden en las condiciones de salud que afectan a las personas. Así mismo, se describen las condiciones de salud que caracterizan a la población de la Región. Además, se establecen los problemas específicos que será fundamental afrontar en la solución a las necesidades de los habitantes de la Región, y se describen las estrategias que empleará y las orientaciones programáticas en que se concentrará la OSP en su cooperación técnica con los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

Se reconoce que la Región de las Américas ha visto un significativo progreso en varios aspectos de la salud, como la erradicación de la poliomielitis, el avance en la inmunización infantil contra diferentes agentes patógenos, y las reducciones importantes en las tasas de mortalidad y en la incidencia de varias patologías. Sin embargo, además de tener que enfrentar algunos problemas de salud acumulados, la Región debe hacer frente ahora a nuevas dificultades y riesgos planteados por el deterioro del medio ambiente, la continua urbanización, el envejecimiento de la población, el incremento de la violencia, el deterioro y contaminación del ambiente, la aparición de nuevas enfermedades y la reemergencia de otras.

Los aspectos políticos y socioeconómicos relevantes se destacan y se analizan, como parte de los determinantes de las condiciones de vida y salud de la población de la Región, haciendo mención a los avances significativos en la democratización de las sociedades, los incrementos sustantivos en el crecimiento económico, así como las enormes inequidades que se presentan en el acceso a los beneficios económicos y sociales. Del examen de los resultados relacionados con la situación de pobreza, desigualdades en la distribución del ingreso, desempleo, salario real y amplitud de las brechas de las remuneraciones, se concluye que el crecimiento económico en la Región, en especial de América Latina y el Caribe, no ha aportado a la superación del subdesarrollo humano que aún persiste con caracteres graves.

Además, se muestra que el mejoramiento general en el estado de salud de la población no oculta las diferencias entre los países y entre los diferentes grupos de la población, disparidades que se acentúan entre quienes están privados de los beneficios sociales y quienes tienen el mayor acceso a los bienes y los servicios.

También se hace un análisis del entorno, de los aspectos externos a la salud que inciden no solo sobre las condiciones de salud de la población, sino que afectan el desempeño de las instituciones y organizaciones internacionales.

Con el fin de establecer el aspecto principal que guíe las acciones de la OSP durante el período 1999-2002, se analiza la situación imperante y se devela el reto central de salud del período, considerándose que, a pesar de registrarse importantes logros en salud como el aumento en la esperanza de vida, así como en el control de enfermedades transmisibles con la consiguiente reducción en la mortalidad infantil, principalmente debido a avances en el control de la poliomielitis, el sarampión y la difteria, las tres evaluaciones de la OMS sobre el alcance de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 indican que aún hay enormes esfuerzos por realizar ya que grandes grupos de población no tienen acceso a los servicios básicos de salud.

En este sentido, las metas y los propósitos promulgados en las OEP para el período 1995-1998 en gran medida no se han alcanzado. Las diferencias de grupos específicos de población con relación a los beneficios que ofrecen los sistemas de salud son aún enormes y es preciso llevar a cabo grandes reformas a la operación de los servicios para garantizar el acceso universal. Esta situación justifica el buscar, con un vigor renovado, la Salud para Todos como lo ha propuesto la OMS.

La Región de las Américas exhibe una persistente situación de desigualdades que diferencian el acceso a los beneficios de la sociedad por la población según el nivel de educación, de ingresos, lugar de residencia, origen racial o étnico, sexo, edad y ubicación laboral, que se expresan en la capacidad de participación en la vida política, en el nivel de satisfacción económica de sus necesidades, en las posibilidades de alcanzar niveles de educación básica o superior y, en cuanto a salud, en la probabilidad de sobrevivir o de morir, en el riesgo de contraer enfermedades y en el acceso a ser beneficiado por los sistemas y servicios de salud. Es así como las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1995-1998 asumieron la lucha contra la inequidad como desafío central. La inequidad en el acceso a y la cobertura por los sistemas y servicios de salud sigue siendo el reto principal a enfrentar también en el cuatrienio 1999-2002 por los países de la Región, a través de sus propios esfuerzos y en conjunto dentro de la Organización Panamericana de la Salud.

Por lo tanto, se propone insistir en reducir gradualmente los obstáculos estructurales internos para el desarrollo humano sostenido a través del abatimiento de la

desigualdad y la atención prioritaria a las necesidades humanas esenciales, entre ellas la salud y la lucha frontal contra la pobreza extrema.

Luego, se plantea la respuesta de la OSP en concordancia con la meta de Salud para Todos, de forma que se logre, en un esfuerzo continuado, el máximo grado de bienestar físico, mental y social para todos los habitantes de la Región, reduciendo, hasta su eliminación, las inequidades existentes en salud. Como uno de los marcos de acción se toma la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI, en proceso de aprobación por la OMS, la cual es el resultado de la renovación del compromiso con la meta de Salud para Todos.

Como parte de la respuesta, se sugieren metas regionales para el período, relacionadas con resultados de salud, con acciones intersectoriales sobre los determinantes de la salud y con las políticas y los sistemas de salud.

Se describen las Orientaciones Estratégicas y Programáticas y, finalmente, las acciones de cooperación técnica y coordinación internacional que propone adelantar la OSP para contribuir a que los países alcancen las metas señaladas y se reduzcan las inequidades de salud en la población. En este sentido, se propone mantener 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, las cinco orientaciones estratégicas y programáticas adoptadas para el período 1995-1998, para guiar la acción de la OSP en el próximo cuatrienio. Estas cinco orientaciones se consideran vigentes ya que el desafío que las inspira no ha sido aún superado, por lo cual se recomienda que conduzcan la labor de la OSP durante el cuatrienio 1999-2002, solo que enfocando más precisamente los temas que se prevé que van a ser el objeto de los esfuerzos en la Región.

1. Introducción

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Estados Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos (*1*).

Para que los países progresen en alcanzar el más alto grado de salud en sus poblaciones, la OSP coopera técnicamente con ellos, estimula la cooperación técnica entre ellos y facilita la coordinación internacional en salud. Para guiar las acciones de la OSP, se han desarrollado orientaciones de política que sirvan de marco de referencia para la programación de la cooperación técnica, al mismo tiempo que puedan ser un adecuado referente para los países, si lo consideran apropiado.

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) constituyen los lineamientos de política para la OPS en cada período cuadrienal. Representan el análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas y están dirigidas al logro de la meta mundial de Salud para Todos (SPT). Además, representan la respuesta de la OSP a la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI (SPT21) y a la transición del Noveno al Décimo Programa General de Trabajo (PGT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La elaboración de las OEP para el período 1999-2002 ha sido un proceso eminentemente participativo, habiéndose efectuado consultas nacionales y discusiones técnicas regionales sobre su estructura, contenido y alcance. Este proceso de construcción se ha enriquecido con el movimiento de renovación de SPT, así como con la dinámica generada en la preparación de la publicación cuadrienal de *Salud de las Américas*, antes llamada *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Se ha tenido en cuenta la experiencia, tanto en los países como en la OSP, de las anteriores Orientaciones Estratégicas y Programáticas.

A continuación se presentan las condiciones generales de vida, políticas, económicas, ambientales y sociales que determinan e inciden en las condiciones de salud que afectan a las personas, así como el estado previsto para el período 1999-2002. Además, se establecen los problemas específicos que será fundamental afrontar en la solución a las necesidades de los habitantes de la Región, y se describen las estrategias que empleará y las orientaciones programáticas en que se concentrará la OSP, en su cooperación técnica con los Estados Miembros de la OPS.

2. Situación actual¹

2.1 Situación general

La Región de las Américas ha visto un significativo progreso en varios aspectos de la salud, como la erradicación de la poliomielitis, el avance en la inmunización infantil contra diferentes agentes patógenos, y las reducciones importantes en las tasas de mortalidad y en la incidencia de varias patologías. Sin embargo, además de tener que enfrentar algunos problemas de salud acumulados, la Región debe hacer frente ahora a nuevas dificultades y riesgos planteados por el deterioro del medio ambiente, la continua urbanización, el envejecimiento de la población, el incremento de la violencia, la aparición de nuevas enfermedades y la reemergencia de otras.

El mejoramiento general en el estado de salud de la población no esconde diferencias entre países y entre los diferentes grupos de población al interior de éstos, disparidades que se acentúan entre quienes están privados de los beneficios sociales y quienes tienen el mayor acceso a los bienes y los servicios.

La situación de salud de los países de la Región es producto de la interacción de otros componentes del desarrollo socioeconómico. A su vez, la salud no solo ha demostrado impactar a los componentes económicos, sociales y políticos del desarrollo humano examinados por separado sino también al desarrollo humano en general.

La vida de los habitantes de la Región se desenvuelve en un contexto cada vez más globalizado e interdependiente con lo transnacional, no solo desde el punto de vista económico sino también del social y político, habiéndose producido una redistribución del poder entre el Estado, la sociedad civil y el mercado. A pesar del fuerte protagonismo del mercado, la sociedad civil mediante sus organizaciones resurge en la construcción de nuevas opciones para el desarrollo de la salud. El surgimiento y expansión de este nuevo paradigma productivo no solo implica sustituciones en las funciones de los estamentos de las naciones, sino que se ha manifestado en las cadenas tecnológicas que mantenían la supremacía, por otras basadas en los avances ocurridos en el área de la computación, la telemática y la biotecnología. También, implica impactos en otras actividades humanas, como los avances en las comunicaciones que producen cambios en los patrones de consumo, urbanización, estilos de vida, representaciones sociales y valores que tienden hacia la homogeneización cultural de las sociedades. Estos avances tecnológicos se reflejan de manera importante en la socialización de la información.

¹ Esta sección destaca los hallazgos más importantes de salud de la Región de las Américas y su fuente principal es la publicación *Salud de las Américas*, edición 1998. Para tener información más detallada referirse a esa publicación.

En la mayoría de los países de la Región, el impacto del crecimiento del comercio internacional de bienes y servicios de salud se ha manifestado tanto en el subsector público como el privado, aunque en el primero se ha concentrado, hasta el presente, en el ramo de bienes: equipos, medicamentos, productos biológicos y material médico-quirúrgico.² En el subsector privado, el impacto se expresa, también, en el volumen de gastos realizados en el exterior por personas que viajan con el propósito de solicitar atención médica y en la adquisición de servicios de salud a empresas transnacionales instaladas en los países. En ambos subsectores y en el futuro inmediato, la venta de servicios de telemedicina comenzará a ocupar una parte del mercado.

La fuente dinamizadora es de naturaleza exclusivamente económica, vinculada a la globalización y al crecimiento del mercado. Uno de los campos donde se pone de manifiesto la modificación de patrones de consumo-salud es el de la alimentación y la nutrición, del consumo de bebidas alcohólicas y los accidentes de tránsito asociados al alcohol, y del consumo de tabaco, especialmente en el incremento de su uso por mujeres y jóvenes.³

El impacto diferencial de los procesos estructurales sobre la salud está mediado por la cantidad de recursos disponibles en los países y por las políticas sociales que se dirijan a redistribuir el producto del desarrollo económico nacional y mitigar los efectos sobre la vida de las personas.

Estos procesos generales que se observan en la Región se prevé que continúen y se hagan más patentes y extendidos.

2.2 Situación de salud

Las condiciones de salud medidas por las tendencias de mortalidad y esperanza de vida siguen mejorando en forma global, pero las brechas sanitarias entre países y entre grupos poblacionales definidos por ubicación geográfica, sexo, ingreso, educación o etnia son constantes y tienden a aumentar (2).

² En la Región, comienza a producirse un importante mercado internacional de servicios de salud. Ya se están vendiendo contratos de utilización de equipos que continúan siendo propiedad de las empresas. Estos contratos incluyen el mantenimiento preventivo y correctivo e insumos, cuando corresponde.

³ El consumo del tabaco y el alcohol presenta diferencias entre los países desarrollados y los en vía de desarrollo, que obedecen a la naturaleza de las políticas públicas que se adoptan. En los Estados Unidos de América, como consecuencia de programas tales como el ASSIST y la difusión de información sobre los peligros del tabaco, se viene produciendo una reducción significativa del consumo.

Las políticas públicas de modernización y reforma del Estado y de privatización de los servicios esenciales, en la Región, ya se expresan en el sector salud. Así, los servicios ambientales y de saneamiento básico, incluyendo la provisión de agua en áreas urbanas, se encuentran en un proceso avanzado de privatización. Muchos países han formulado o están implementando reformas sectoriales en salud, que incluyen esquemas para la descentralización de los servicios de salud pública, mayor participación del sector privado en la provisión de servicios de atención médica y en los modelos de financiamiento de la salud.

Al mismo tiempo, la Región está en transición demográfica y con patrones de morbilidad cambiantes que afectan la demanda de atención de salud y por lo tanto la educación y capacitación del personal de atención primaria de salud. Así, aunque las enfermedades infecciosas y reemergentes siguen siendo un problema significativo en la Región, simultáneamente se incrementan las enfermedades crónicas y no transmisibles. Esto genera demanda de recursos para curar y para promover conductas y ambientes saludables que contribuyan al desarrollo óptimo de la salud y bienestar del ser humano, y a un envejecimiento saludable.

Hay una tendencia creciente de la proporción del producto interno bruto (PIB) que se destina a la salud en los países, pasando del 5,7% del PIB de la Región en 1990, hasta alcanzar el 7,3% en 1995. El mayor crecimiento se hace a expensas del gasto privado de las personas, ya que el gasto público que era el 43% del gasto total en 1990 pasó a ser el 41,5% del total en 1995. Esto ha llevado a un incremento de los proveedores privados de servicios de atención, relegando al Estado las funciones de regulación, conducción y control de los sistemas, y manteniendo éste la responsabilidad de cobertura de la población de menores ingresos en la mayoría de los casos. Novedosas formas de aseguramiento, financiación y provisión de servicios se están instaurando, producto de estos cambios.

Por otra parte, persisten diferencias marcadas entre los países. En los de más alto ingreso el gasto nacional en salud representa más del 10% del PIB y en términos per cápita supera los US\$ 1.600 por año, mientras que en los de mediano y bajo ingreso éste es inferior a los \$90 y \$35, respectivamente, representando cerca del 6% del PIB. En términos generales, los países con mayor ingreso por habitante gastan 45 veces más en salud que los de menores ingresos.

Además, se observa que tanto la accesibilidad como la cobertura y la disponibilidad de atención médica disminuyen al reducirse el PIB per cápita. Esta situación es también apreciable en las diferencias respecto de la residencia de la población. Así, mientras que el 84% de los pobladores urbanos de las Américas tienen acceso al agua potable, solo el 41% de los rurales lo tiene, pues la inversión financiera en sistemas de provisión de servicios de saneamiento e higiene sigue siendo predominantemente urbana. En algunos países en desarrollo solo 5% a 10% de los

trabajadores tienen acceso a los servicios de salud ocupacional, en comparación con 20% a 50% en los países industrializados.

También se observa que la tasa de mortalidad infantil aumenta a medida que el PIB per cápita es menor. Un recién nacido en un país del grupo de mayores ingresos tiene alrededor de 10 veces más probabilidades de sobrevivir el primer año de vida que uno nacido en un país del grupo de menores ingresos. Este patrón de desigualdad se reproduce al interior de cada país. Situación similar se presenta con la proporción de defunciones por enfermedades diarreicas agudas de niños menores de 5 años, ya que cobran más vidas en los países donde el PIB per cápita es más bajo.

En síntesis, cerca de 105 millones de personas de la Región carecen de acceso regular a los servicios de atención, más de dos millones de mujeres por año dan a luz sin asistencia profesional y en ocho países el 40% de la población carece de acceso a los servicios más básicos de salud.

El avance de los esfuerzos renovadores es lento y todavía no se perciben los resultados expresados en los objetivos de las reformas sectoriales. Es así que las tasas de utilización de la infraestructura y los recursos disponibles siguen siendo bajas, a pesar que en todos los países ha habido un incremento de la disponibilidad de médicos, enfermeros y odontólogos; y las instituciones hospitalarias padecen una crisis de financiamiento y gerencia que no les permite cumplir con compromisos contractuales o con el pago de mejores remuneraciones, y pone en riesgo la garantía para la provisión de insumos, y el mantenimiento o la adquisición de equipos, elementos esenciales en la prestación de servicios de salud de calidad.

2.2.1 *Mortalidad*

Los indicadores de mortalidad han mejorado a lo largo de los últimos siete quinquenios, con raras excepciones, en todos los grupos de edad y en todos los países de las Américas. Sin embargo, hay enormes disparidades entre y dentro de los países, al observar los diferenciales de mortalidad por grupos de edad y causa en un país determinado, en comparación con otros con desarrollo económico similar, según su ingreso por habitante corregido por el poder adquisitivo de la moneda. En relación con los menores de 1 año, las brechas de mortalidad entre países han tenido una tendencia estable o levemente descendiente para el grupo de países de ingreso intermedio, pero se mantienen altas y con tendencia a aumentar para el grupo de más bajos ingresos. Cuando se comparan los índices de mortalidad por grupos de edad entre países de similar ingreso, se aprecian las brechas reducibles y muertes evitables.⁴

⁴ En la metodología desarrollada por la OSP y actualmente en revisión, se considera que los valores más bajos observados en un grupo de países pueden ser tomados como metas

Es posible afirmar que en el país de más alto ingreso por habitante se hubiera podido evitar el 4,7% de las defunciones en el grupo de 45 a 64 años, mientras que en el país de más bajos ingresos se hubiera podido evitar hasta el 62% de las muertes en los menores de 65 años. Esto indica que aún es posible y es necesario hacer esfuerzos intencionados para evitar la muerte previsible y reducir las diferencias entre los grupos de edad y entre los países. La inversión deliberada de los países, la apropiación y efectiva utilización de recursos y el establecimiento de políticas y programas específicos tendientes a reducir el riesgo de morir en grupos específicos de población y por causas determinadas en particular, aseguran el camino hacia la reducción o eliminación de dichas brechas y muertes evitables.

En cuanto a los diferenciales del riesgo de morir en los menores de 1 año, bajó para todos los países entre 1960-1964 y 1990-1994, y solo en muy pocos la diferencia con relación al país con la menor tasa también disminuyó. En general, los valores del riesgo relativo de morir antes del año de vida, en relación con el mínimo de la Región, presentaban cierto grado de homogeneidad. Sin embargo, gradualmente se han ido pronunciando tendencias, de manera que los que tenían los peores riesgos empeoran y los que tenían los mejores riesgos mejoran.

También hay brechas reducibles de mortalidad por causas específicas, de manera que es posible reducir el número de defunciones por enfermedades transmisibles. Así, en el grupo de menores de 1 año de edad se podría disminuir hasta en un 80%, en comparación con los países en los cuales se han obtenido mejores logros en la prevención de la muerte por esas mismas causas.

Se estima que, si entre 1990 y 1994 cada país de las Américas hubiera logrado reducir las tasas de mortalidad, en cada grupo de edad por debajo de los 65 años, hasta los niveles más bajos logrados por algún país de nivel económico comparable en esta Región, y en el caso de los Estados Unidos de América y Canadá, hasta los niveles logrados por Suecia y Japón, se podrían haber evitado alrededor de 1.100.000 muertes en edades menores de 65 años cada año. Esto representa el 47% de las muertes estimadas ocurridas en la Región en esas edades en dicho período. La tasa de mortalidad infantil de las Américas para 1998 estaría alrededor de 10 por 1.000 nacidos vivos, y la esperanza de vida al nacer estaría entre las más altas del mundo, por encima de 75 años.

La violencia, como causa de muerte en la Región, es responsable de entre el 7% y el 25% de las defunciones en los países, y su comportamiento indica que es un problema en incremento, alcanzando en algunos países proporciones epidémicas.

alcanzables y las diferencias relativas porcentuales entre lo observado y el mínimo (del grupo o de la Región) se denominan “brechas reducibles” de mortalidad.

Las defunciones asociadas a la ocupación adquieren cada día más importancia, de manera que la mortalidad por ocupación llega a tener la misma magnitud que la atribuida al uso del tabaco. En América Latina y el Caribe, el promedio de mortalidad e incapacidad por accidentes de trabajo se calcula cuatro veces mayor que el número notificado por los países desarrollados, estimándose 300 muertes diarias de trabajadores.

2.2.2 Morbilidad

Se han obtenido grandes progresos en la lucha contra las enfermedades en los países de la Región. La poliomielitis continúa erradicada desde 1991, hay enormes avances en la erradicación del sarampión y del tétanos neonatal y se aprecia una disminución en los episodios de enfermedad diarreica aguda, así como reducciones significativas en la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y por las infecciones respiratorias agudas.

Los programas nacionales de inmunización en la Región están teniendo un gran impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación. Las coberturas de inmunización de menores de 1 año contra difteria, tétanos, tifoidea, poliomielitis, sarampión y tuberculosis han superado el 80%.

A pesar de estos progresos, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición continúan siendo las principales causas de defunción en la población menor de 5 años en la mayoría de los países de mediano y bajo ingreso de la Región. La epidemia de cólera se hizo endémica en muchos de los países y hasta la fecha suma más de 1,3 millones de casos con más de 11.500 de ellos fatales. La subnutrición crónica ha reemplazado a la desnutrición aguda en la infancia, y junto con las deficiencias de micronutrientes caracteriza el panorama nutricional en los países con ingresos menores. Además, se mantienen altos los niveles de deficiencia de hierro, de anemia y los niveles de deficiencia de vitamina A. Paralelamente, se incrementan el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas dependientes de la dieta, en forma consistente con los procesos de urbanización y los cambios en los estilos de vida.

También, nuevas enfermedades transmisibles han emergido en la Región, ha habido una reemergencia de algunas enfermedades que se pensaba que estaban bien controladas y se ha incrementado la resistencia a los antibióticos de algunos organismos infecciosos.

La prevención de las enfermedades transmitidas por transfusiones sanguíneas ha mejorado. Casi todo los países de la Región cuentan con leyes y reglamentos al respecto. Todos los países examinan la sangre para detectar la sífilis y la infección por el VIH, y la mayor parte hacen lo propio para la hepatitis B. Al mismo tiempo continúa la difusión de la epidemia del SIDA y de la infección por el VIH.

La incidencia del SIDA siguió aumentando en la Región durante el último cuatrienio, pero a un ritmo más lento que el observado en África, Asia y Europa oriental. Todos los países tienen ahora programas nacionales y sistemas de vigilancia. El reemplazo del Programa Mundial sobre el SIDA por el ONUSIDA ha dado lugar a una disminución de los recursos externos destinados a los países, y se ha necesitado mucho tiempo y esfuerzo para restablecer las estructuras, los procedimientos, las funciones y las relaciones de trabajo. Entretanto, las investigaciones de gran envergadura llevadas a cabo han dado por resultado tratamientos prometedores, pero costosos.

Se calcula que las demás enfermedades de transmisión sexual (ETS) afectan a unos 40 a 50 millones de personas en todo el mundo cada año. Los sistemas de vigilancia respectivos no están tan bien desarrollados como los de la infección por el VIH/SIDA.

La malaria ha expandido sus fronteras y la población de alto riesgo se ha incrementado. Las tasas de morbilidad comenzaron a aumentar constantemente a mediados del decenio de 1970, con una caída en 1993 y posterior incremento en 1994 y 1995, para alcanzar tasas que son más del doble de las registradas hace dos décadas.

La Región ha puesto en práctica la resolución de la OMS para eliminar la lepra como un problema de salud pública (prevalencia por debajo de 1 caso por 10.000 habitantes) para el año 2000. Con la excepción de Brasil, Colombia, Paraguay y Venezuela, los demás países ya han alcanzado esta meta. La prevalencia ha disminuido más de 75% desde que la iniciativa empezó.

El compromiso contraído por varios países permitió reducir en 90% la infestación de las casas con *Triatoma infestans* —el vector principal del mal de Chagas— en los países del Cono Sur. La transmisión se ha interrumpido en Uruguay y puede interrumpirse en Chile antes del año 2000, y en Argentina y Brasil dentro de pocos años.

La incidencia de tuberculosis en la Región ha permanecido estable, con aproximadamente 250.000 casos notificados cada año y una incidencia de 400.000 casos por año.

El dengue ha reaparecido como un problema sanitario importante en la Región, pues en los tres últimos años se han notificado anualmente más de 250.000 casos. El vector, *Aedes aegypti*, está ahora presente en todos los países de la Región excepto Bermuda, Canadá y Chile, y los cuatro serotipos del virus circulan ampliamente en la Región.

Algunas enfermedades transmitidas por los alimentos, si bien son conocidas, se consideran emergentes porque están ocurriendo con mayor frecuencia y han ocasionado, en los últimos 10 años, brotes epidémicos en varios países. La salmonella continúa

siendo una causa principal de brotes por alimentos contaminados principalmente en los países de menores ingresos.

Por otra parte, se ha logrado la erradicación de la fiebre aftosa de Argentina, Paraguay y Uruguay, y algunos estados de Brasil y Colombia. También, ha disminuido significativamente la incidencia de rabia humana y rabia canina. La mayor parte de los casos humanos ocurren actualmente en las ciudades con alrededor de 50.000 habitantes. Entretanto, la incidencia de rabia en murciélagos sigue aumentando a un ritmo constante.

Los brotes recientes de encefalitis equina venezolana han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar los programas de vacunación en las zonas de riesgo y de seguir fortaleciendo la capacidad de diagnóstico de laboratorio para apoyar la vigilancia epidemiológica en la Región.

Aun cuando las enfermedades infecciosas siguen siendo una amenaza importante para la salud, cada vez se reconoce más la carga de las enfermedades no transmisibles, ya que representan casi tres cuartas partes de la mortalidad y la morbilidad en América Latina y el Caribe. Las causas principales son las enfermedades cardiovasculares (45%), el cáncer (20%), las lesiones (10%) y la diabetes.

Cada año mueren más de 25.000 mujeres por cáncer del cuello uterino en la Región. La diabetes representa un problema de salud cada vez más serio en la Región, a pesar de que la incidencia y las consecuencias de esta enfermedad generalmente pueden prevenirse. La violencia es un grave problema de salud pública, de manera que los programas de prevención de las lesiones deben recibir atención especial.

Hay un cambio notable en el estilo de vida de la población de la mayoría de los países, por urbanización, sedentarismo y presencia de estrés. Además, en todos los países se observa una alta prevalencia de los trastornos mentales, alcanzando, en el grupo de 4 a 16 años de edad, una cifra de 17 millones afectados por enfermedades psiquiátricas severas o moderadas.

La coexistencia de un doble patrón de producción, con formas tradicionales y nuevas formas como la biotecnología, la microelectrónica, la automatización y la mecanización, están generando un doble perfil de morbilidad y mortalidad de los trabajadores. Junto a las antiguas enfermedades ocupacionales todavía no controladas, como las intoxicaciones por plomo o mercurio, las asbestosis, silicosis, la sordera ocupacional, dermatitis ocupacionales y los altos índices de accidentalidad, emergen o reemergen problemas como la malaria, la tuberculosis, las zoonosis, y se extienden el cáncer ocupacional, asma ocupacional, nuevos problemas ósteomusculares, reproductivos y mentales asociados a las nuevas condiciones y riesgos ocupacionales, incluyendo el desempleo y el subempleo.

De acuerdo con la OMS, la Universidad de Harvard y el Banco Mundial, la "ocupación" se sitúa en el segundo lugar para años de vida con incapacidad en la Región. Se estima que ocurren cinco millones de accidentes ocupacionales anualmente, es decir, 36 accidentes por cada minuto de trabajo.

2.3 *Situación del ambiente*

El ambiente físico en el cual las personas viven condiciona en gran medida la calidad y la duración de la vida. Diferentes ambientes se relacionan con la vida y la salud de las personas, en los cuales se incluyen la vivienda, el trabajo, la educación, la recreación y el ambiente público o ambiente natural.

En la actualidad, los procesos de análisis y decisión subestiman significativamente el impacto real de los factores ambientales en la salud humana. Por ejemplo, es muy diferente el resultado de ver los problemas de salud ambiental desde el punto de vista de carga de la muerte, de la enfermedad e invalidez, y establecer la importancia relativa de los distintos factores ambientales.

Las condiciones de la vivienda y los servicios de saneamiento básico relacionados con ella tienen la mayor trascendencia, ya que allí transcurre una buena proporción de la vida de la población. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (3) calcula que en América Latina y el Caribe el déficit habitacional total es de alrededor de 50 millones de viviendas. De estas, se requieren 19 millones de construcciones nuevas. Además, de las existentes, 23% no tienen condiciones de habitabilidad saludable pero son mejorables y un 14% son irrecuperables. Las condiciones más inadecuadas de vivienda se presentan en las zonas rurales y en las áreas marginadas de las ciudades. Al mismo tiempo, en los países que concentran la mayoría de la población indígena de la Región, cerca del 100% de esta población habita en viviendas insalubres.

Así, un aspecto sobresaliente en la Región es la calidad del aire interior de las viviendas. En las áreas urbanas existe una rápida tendencia a utilizar el gas como combustible doméstico, reduciendo así la exposición a humos de combustión. Mientras tanto, en las áreas rurales sigue siendo significativa la exposición a humos de combustión de maderas o carbón. Se estima que aproximadamente el 60% de la carga total de infecciones respiratorias agudas (IRA), está asociado con la polución del aire interior y otros factores ambientales.

El 73% de la población de la Región tiene agua intradomiciliaria. Sin embargo, en las zonas rurales solo el 41% dispone de agua potable, mientras en las zonas urbanas el 84% de los habitantes tienen este beneficio. De esta población, solo el 59% recibe agua debidamente desinfectada. El 13% de los países informa tener desinfección menor del 40% en las zonas urbanas y el 45% de los países tiene desinfección menor del 40% en las zonas rurales.

Con respecto a los servicios de disposición de aguas servidas, el 69% de la población total tiene acceso a ellos, con un 80% de la población urbana y un 40% de la rural cubierta. Esto representa un crecimiento muy moderado de este tipo de servicio, ya que en 1980 la cobertura global era del 59%, con 78% en las zonas urbanas y 28% en las rurales (4).

De todas las basuras producidas diariamente en la Región, se estima que un 70% de ellas se recolectan, mientras que solo un 30% se dispone adecuadamente, a través de diferentes métodos, aunque el más utilizado es el relleno sanitario.

La contaminación es un problema creciente, en especial la derivada de las actividades productivas, del uso de combustibles y del transporte, afectando de forma general a toda la población, pero con diferentes grados de exposición y riesgo, siendo las áreas de pobreza las más susceptibles, por una mayor exposición a residuos industriales y domésticos. En las zonas urbanas, el uso de combustibles fósiles en la generación de energía, calefacción de las viviendas, vehículos automotores y procesos industriales, originan las principales fuentes de emisión de contaminantes atmosféricos.

Durante la Conferencia de Kioto (5), realizada en diciembre de 1997, se indicó que los países industrializados aunque solo tienen el 20% de la población mundial, han producido el 90% de las emisiones globales de carbono a la atmósfera desde la revolución industrial, y continúan produciendo dos tercios de las emisiones globales en la actualidad.

La OMS estima que aproximadamente entre el 30% y el 50% de los trabajadores están expuestos a más de 100.000 productos químicos, 200 agentes biológicos y agentes físicos, económicos y psicosociales con efectos nocivos sobre la salud de los trabajadores, la de sus familiares y la sociedad en general. De estos, 200 a 300 son riesgos con efectos mutagénicos, carcinogénicos, alergénicos, entre otros, que en forma continua son desechados a las aguas, el suelo, el aire y la biota (6).

Alrededor de 80.000 sustancias químicas son comercializadas actualmente en la Región, y entre 1.000 y 2.000 nuevas sustancias se incorporan al mercado anualmente. Resulta extremadamente difícil evaluar con precisión las consecuencias, en términos de la salud humana, derivadas de la exposición a aquellas sustancias que son tóxicas. Sin embargo, las intoxicaciones agudas son causa frecuente de la hospitalización y las intoxicaciones crónicas representan una amenaza mayor a la salud. Sus efectos están relacionados no solo con envenenamientos, sino también con anomalías congénitas, cáncer, infertilidad, así como con desórdenes del comportamiento e inmunológicos (7).

Un aspecto sobresaliente en la Región es la contaminación por el uso de plaguicidas en la agricultura, habiendo países que en los últimos cuatro años han triplicado los volúmenes que emplean. Igualmente importante es la contaminación con

metales pesados, especialmente por su utilización en la actividad de la minería, y por su adición a los combustibles del transporte, calculándose su persistencia residual en el ambiente entre 70 y 200 años.

Se estima que de cinco millones de accidentes de trabajo previsible, anualmente ocurren 100.000 muertes. El costo total asociado a estos accidentes alcanza entre el 10% y el 15 % del PIB de la Región, sin incluir los accidentes ocurridos en el sector informal.

Considerando que industrias tales como la minería, la construcción y el transporte deberán adquirir mayor importancia con el desarrollo económico, se espera la emergencia de problemas severos de salud ocupacional en la Región, a no ser que se tome medidas preventivas con urgencia.

Esto es particularmente importante en los países menos desarrollados ya que los trabajadores no solo sufren las consecuencias de las enfermedades y accidentes ocupacionales, sino que padecen simultáneamente de enfermedades infecciosas, malnutrición, y demás problemas derivados de la pobreza.

2.4 Situación demográfica

La población de las Américas se calcula en alrededor de 800 millones de personas para 1998, representando el 13.5% de la población mundial (8). Para el año 2003 la población sobrepasará los 850 millones de habitantes y la distribución por país no tendrá una modificación sustancial.

La mortalidad general, con raras excepciones, sigue presentando una tendencia a la disminución, mientras se mantiene el incremento continuo de la esperanza de vida al nacer. Las estimaciones indican que para el próximo milenio se mantendrán estas tendencias positivas. El porcentaje de muertes de menores de 1 año desciende en todos los países y, en términos relativos, las disminuciones más relevantes ocurren en los países con mayores ingresos. En el grupo de 65 años y más, los aumentos más significativos en el número de muertes han ocurrido en el grupo de países de menores ingresos per cápita, manteniéndose relativamente estables en los países de altos ingresos y con aumentos relativos intermedios en los demás.

La tasa de natalidad, que entre 1960 y 1970 era en promedio de 40 nacimientos por cada 1.000 personas en la Región, en 1998 se calcula en 19,2 por 1.000. La fecundidad también ha registrado un descenso notorio en todos los países. Se prevé que tanto la natalidad como la fecundidad continúen descendiendo, de manera que el crecimiento total de la población seguirá siendo lento en la Región, a pesar de las reducciones en la mortalidad.

La estructura etárea de la población no solo mantiene el incremento de la población mayor de 65 años de edad, con tasas promedio de crecimiento mayores al 3% anual, sino se espera que esta tendencia se mantenga de manera que la sobrevivencia de la población mayor continúe dando prominencia a este grupo poblacional.

La población trabajadora constituye entre el 40% y el 60% de la población de la Región. La población económicamente activa (PEA) fue estimada para 1995 en 357,5 millones y llegará a 399 millones en el año 2000. Además se estima que 19 millones de menores están incorporados a la fuerza laboral de la Región. Durante la década de los años noventa, la PEA en Latinoamérica aumentará en 25,9% y en Norteamérica en 11,1%. Si se considera el trabajo informal y el trabajo en los hogares, la mayor parte de la población de la Región está expuesta a los riesgos y condiciones de trabajo, que en forma creciente tienen un impacto negativo sobre la salud.

La distribución espacial de la población mantiene una tendencia de mayor crecimiento de las zonas urbanas y una reducción del crecimiento de las áreas rurales, pero con una modificación importante en cuanto a la concentración en las zonas metropolitanas, las cuales manifiestan una desaceleración en sus ritmos de crecimiento. El fenómeno observado indica un crecimiento más acelerado de las ciudades intermedias, con capacidad aún de responder a las nuevas demandas y una disminución de la presión excesiva sobre las grandes urbes de la Región.

Los flujos migratorios internacionales, la mayoría de los cuales tuvieron origen principal en los conflictos bélicos en las décadas anteriores, actualmente son de carácter principalmente laboral. Se estima que estas corrientes migratorias han recrudecido, ejerciendo una presión importante sobre los servicios de salud de los países receptores, y todo indica que, por el momento, no habrá cambios sustantivos en estos patrones de migración, tanto en el ámbito nacional como en el ámbito internacional.

2.5 Situación política

Es notoria la expansión de las fronteras de la democracia en el continente. El mejoramiento de la calidad de vida necesita un clima de libertades para las personas, donde la confianza y seguridad en un futuro cada vez más equitativo formen parte del sistema de valores de la democracia. Sin embargo la estabilidad y continuidad de ella dependen en mucho de la eficacia de sus instituciones y la credibilidad por el sistema político que logren desarrollar en la población (9). Esto atañe al impacto que producen las políticas económicas y las políticas sectoriales sobre la gobernabilidad.

Las reformas del Estado en los países de las Américas son muy variadas, pero implican básicamente la búsqueda de la eficiencia, responsabilidad y participación. Es a través de estas reformas que algunas responsabilidades han sido transferidas al sector privado y a niveles locales, a través de procesos de descentralización que han facilitado

una creciente participación y voz a las regiones y gobiernos locales. Esto ha impactado la formulación de políticas sociales y sistemas de protección social en los países. Una de las características del momento es la modificación de autonomía de los gobiernos nacionales (10) en relación con los procesos internacionales en que se han insertado, así como las modificaciones en el interior del Estado relacionadas, por un lado, con el desplazamiento de sus funciones en el terreno de la economía —en el marco de la extensión de las economías de mercado— y, por el otro, con el fortalecimiento de la sociedad civil.

2.6 Situación socioeconómica

Durante los años transcurridos en la presente década, los países ejecutaron políticas económicas dirigidas a recuperar el crecimiento económico pero, además, luego pusieron en práctica modelos de crecimiento con equidad social. Esto marcó una diferencia significativa entre el esfuerzo anterior de obtener el equilibrio macroeconómico y buscar el crecimiento con progreso social.

En el último quinquenio se aprecia una mejora general de los índices macroeconómicos. La tasa de crecimiento promedio del PIB fue de 1,1% en la década anterior, aumentando a 3,1% entre 1991 y 1996. En este último período ha oscilado entre un 3,4% y un 5,3%. El PIB per cápita promedio mostró en la década anterior un 0,9% de crecimiento negativo, mientras entre 1991 y 1996 (excluyendo 1995), ha crecido entre el 1,7% y el 3,5%. Al mismo tiempo la inflación se redujo del 887,4% al 19,3%. El análisis del gasto social también es positivo. En un muestreo de 15 países, 11 aumentaron su gasto social entre 1990 y 1994 y 7 de ellos superaron los índices de los años ochenta. Entre 1990 y 1995 el gasto social per cápita aumentó en la Región cerca del 27,5%. Es notable además que este progreso ha sido más pronunciado en los países en que han emprendido procesos más profundos de reforma. Sin embargo, dentro de este crecimiento se otorgó más preferencia al sector educación y a la seguridad social que a la salud (11).

Esto se expresa en el notorio progreso en el alfabetismo en las Américas. Pero estos logros son heterogéneos ya que mientras que unos países han logrado reducir el analfabetismo al 1%, se mantienen otros con tasas del 57,4% de la población general, con desventajas para la población rural, la población indígena y las mujeres en todos los contextos (12). Además, se han producido progresos cuantitativos en el ingreso al aparato escolar de un mayor número de niños por año (13). Sin embargo, mientras algunos países han alcanzado la incorporación del 100% de los niños en edad escolar, en otros solo lo logra el 30%. También, se observan altos niveles de repitencia y deserción escolar y bajos niveles de rendimiento: para 1995, solo 66% de la población en edad escolar logró completar el cuarto grado del ciclo primario y el número de años promedio de escolaridad de la fuerza de trabajo no excedió los seis años (14).

A pesar del crecimiento del PIB real de América Latina y el Caribe durante los años noventa, no se alcanzan todavía las tasas logradas en las décadas anteriores a la de los ochenta (15,16,17). Así, el PIB de 1996, ponderado en función de la población y expresado en dólares de 1990 en 14 países de la subregión, resultó inferior al de 1980, y la inversión resultó el componente más importante del crecimiento (18). En este sentido, es considerable el comportamiento decreciente de la inversión pública (19,20) mientras la inversión extranjera directa pasó de \$6.599 millones en 1990 a \$21.288 millones en 1995.

Al mismo tiempo, se aprecia un aumento del gasto social real del 22% en la subregión. El comportamiento del gasto social en salud ha sido diferente: si bien comenzó a crecer en 1989 al igual que todo el gasto social, se revirtió durante 1991 y 1992 hasta volver a situarse en los niveles alcanzados en 1981. A partir de 1993, inicia un nuevo incremento que lo coloca en cifras 22% superiores en 1995 (21).

Una de las características que presenta la evolución del comercio exterior en la subregión es la expansión del comercio intrarregional (22), lo que para el sector salud representa una condición a su operación internacional. Además, por la importancia que reviste respecto de la disponibilidad de bienes potenciales para el sector social y la salud en particular, merece destacarse que la carga de la deuda continuó reduciéndose (23).

Al analizar la evolución de la pobreza, la distribución del ingreso dentro de los países, el desempleo y la generación de empleo, los salarios reales y las remuneraciones, se puede apreciar el impacto que han producido los niveles de crecimiento alcanzados y, en general, el comportamiento de la economía sobre las condiciones de vida.

El número de personas que se encontraba por debajo de la línea de pobreza en 1990 era de 197 millones, remontándose a 209 millones en 1994; de éstos, 65% estaba en las zonas urbanas, aún cuando la proporción de pobres en la población rural continuó siendo mayor (24). En algunos países, donde a pesar de haber crecido proporcionalmente el PIB por habitante y haberse reducido la magnitud relativa de la pobreza en el lapso 1990-1994, ella resultó mayor que lo que representaba en 1980. Además, la desigualdad en la distribución del ingreso ha aumentado en la mayoría de los países de la Región (25). En efecto, la participación en el ingreso total del 10% de los hogares más ricos ha aumentado (aunque varía por país), en tanto que la del 40% más pobre se ha mantenido o ha disminuido.

Los pobres no pertenecen únicamente a las filas de los desocupados; también están presentes en el sector formal. En 1994, en 7 de 12 países de América Latina, el porcentaje de pobres ocupados del total de asalariados del sector privado, excluidos los que trabajaban en microempresas, se situaba entre 30% y 50%; en tres países, estaba entre 10% y 20%, y en dos países, entre 5% y 6% (26).

La tasa media anual de desempleo urbano en América Latina y el Caribe viene creciendo sin interrupciones desde finales de la década de los ochenta a pesar de la recuperación de su economía (27) y el impacto mayor del desempleo es entre mujeres y jóvenes (28). Esto se ha acompañado de un crecimiento significativo del sector informal.⁵ Así, 84 de cada 100 empleos creados en América Latina y el Caribe durante el período 1990-1995 provenían del sector informal, convirtiéndose en el principal generador de empleo (29). Además, ha habido una real disminución del poder adquisitivo de los salarios (30), incluso, entre un 20% y un 40% de los trabajadores a jornada completa reciben ingresos inferiores al umbral mínimo para lograr el bienestar (31).

Los cambios en la estructura y composición de la fuerza laboral, la disminución del ingreso real de las familias, así como cambios en la estructura familiar, hacen recaer sobre las mujeres y los niños el desarrollo de estrategias de subsistencia para enfrentar la pobreza reflejado en la incorporación masiva de la mujer a trabajos precarios, y la inserción precoz de adolescentes y de menores a la fuerza de trabajo.

Del examen de los resultados relacionados con la situación de pobreza, desigualdades en la distribución del ingreso, desempleo, salario real y amplitud de las brechas de las remuneraciones, se puede concluir que el crecimiento económico en la Región, en especial de América Latina y el Caribe, no ha aportado a la superación del subdesarrollo humano que aún persiste en estas sociedades con caracteres graves.

3. Retos y oportunidades para el quadrienio

La realidad de los últimos años del Siglo XX se caracteriza por algunos fenómenos generalizados que se viven en prácticamente todos los países del mundo y de la Región. Sus efectos son múltiples y tienen impacto en la vida económica, social y política, no solo de los países sino de las personas mismas, incluyendo los aspectos de su salud. Estos fenómenos tienen implicaciones en términos de las nuevas posibilidades de mercado, en las economías nacionales, en la cooperación entre los países, así como también en los patrones de consumo. Las instituciones internacionales no son ajenas a estas realidades y también se ven impactadas por los cambios en los países.

Quizá los fenómenos actualmente más trascendentes son la globalización y la revolución tecnológica de las comunicaciones.

⁵ La ampliación del sector informal de la economía tiene efectos sobre las condiciones de vida pues, dada la característica de la mayoría de los regímenes de seguridad social del continente, los trabajadores y sus grupos familiares quedarían excluidos de los beneficios de la seguridad social, entre ellos, de la prestación de servicios de salud. Estos grupos poblacionales tendrían que trasladar sus demandas a los servicios del Estado. A su vez, tiene también un efecto sobre la crisis financiera de los sistemas de seguridad social pues estos dejan de percibir los aportes de los trabajadores que resultan excluidos del sector formal.

Algunos de los efectos de la globalización se refieren al fortalecimiento de la democracia, la generalización del modelo económico, la formación de bloques regionales y subregionales, la revisión del papel del Estado y la participación social.

En cuanto al fortalecimiento de la democracia, se produce una generalización de las aspiraciones y se transforman sus mecanismos. El número de países cuyos alcaldes son electos popularmente aumentó de 3 a 17 y el de países con gasto público descentralizado en algún grado pasó de 0 a 16 (32). Sin embargo, se trata de un proceso paulatino, que, en algunos casos, se limita a los aspectos formales de participación en elecciones.

En el campo económico, se traduce en una homogeneización de la macroeconomía resultando en una mejora de los índices económicos generales, aunque sin haber logrado, en el campo social, disminuir significativamente las inequidades existentes en la distribución y el acceso a los bienes y servicios, así como el desempleo y el subempleo (33). Como consecuencia de este crecimiento con distribución regresiva y con demandas insatisfechas se produce una natural fatiga en los sectores postergados, la que representa una amenaza clara a la relativa prosperidad y progreso logrados en los últimos años (34). Esto ha llevado al reconocimiento político de la necesidad de concentrar esfuerzos en el sector social, e incluso a la reorientación en las instituciones financieras internacionales, las que están interviniendo cada vez más en el sector social.

La globalización se refleja de manera directa en el plano comercial, y consecuentemente en el político, en los procesos de integración regional y subregional en las Américas. La Asociación de Libre Comercio de las Américas (ALCA), aunque de forma lenta, continúa su avance, y la integración subregional ha tomado fuerza. Se destacan entre otros el Tratado de Libre Comercio de Norte América (NAFTA), el MERCOSUR, el Sistema Andino de Integración, el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y el CARICOM. Aunque la principal motivación de estos procesos es comercial, la salud representa un factor importante de negociación, tanto desde el punto de vista ambiental y de saneamiento, de la protección alimentaria, de la circulación de productos farmacéuticos, como de la protección a los trabajadores y los transeúntes.

Además, la actividad hemisférica iniciada en 1994 con la Cumbre de las Américas de Miami ha mantenido un ritmo acelerado en la implementación del Plan de Acción, donde se destaca la colaboración de las distintas agencias del Sistema Interamericano, como la OPS, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el BID. La importancia de salud ha sido reconocida en este proceso. También en el ámbito regional, las Conferencias de las Esposas de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas han apoyado y continuarán apoyando una serie de iniciativas de salud (35).

Dentro de la concertación hemisférica iniciada por las Cumbres de las Américas, la OSP ha propuesto la iniciativa “Tecnologías de Salud Uniendo las Américas”, que incluye vacunas, medicamentos esenciales, tecnologías de información en salud, sistemas de vigilancia de la salud, y tecnologías apropiadas de saneamiento básico.

También, este fenómeno de interrelación política trasciende las fronteras regionales como en el caso de las Cumbres Iberoamericanas de Presidentes y Jefes de Estado, durante las cuales, en dos ocasiones, la salud ha sido objeto de análisis, adopción de propuestas e implementación de iniciativas regionales.

La globalización también incide en el sector financiero, aumentando la disponibilidad de recursos de inversión en América Latina y el Caribe. En efecto, como resultado de un marco regulador más propicio, la inversión extranjera neta aumentó entre 1990 y 1996, de \$6,6 a \$30,8 mil millones (36).

Con respecto a la reforma del Estado, se han iniciado una serie de modificaciones a la naturaleza de sus funciones en casi todos los países, aunque estas propuestas rara vez han sido generadas con una perspectiva de desarrollo social o de salud, y más bien ha habido una actitud reactiva del sector. Estas reformas expresan el grado de complejidad necesario para la negociación de recursos en las condiciones actuales y futuras. En efecto, el sector salud se enfrenta a una negociación con los sectores financieros para obtener sus recursos, los que también son requeridos por otros sectores sociales en una competencia para la que el sector salud no siempre está muy bien preparado.

Esto se acompaña del traspaso de funciones de salud a niveles regionales (provincia, estado, departamento) o locales, los que, con algunas excepciones en las Américas, requieren de grandes ajustes y preparación para asumir estas nuevas responsabilidades y para lograr el impacto esperado (37).

En la reforma del sector salud, se reconoce que todos los miembros de la sociedad son interesados directos en la salud y la asistencia sanitaria, y que sus intereses son muy diversos. Por esto, casi todos los procesos en la Región están demandando un enfoque gradual y transparente, de modo que puedan ser comprendidos tanto por los involucrados directos como por la población. A medida que los planes se comienzan a aplicar, las asociaciones y la cooperación entre los gobiernos, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y los individuos involucrados se vuelven cruciales.

Hay un profundo proceso de reforma de las instituciones internacionales multilaterales y bilaterales de cooperación al desarrollo. En el Sistema de las Naciones Unidas se busca un trabajo más coordinado en el ámbito global y especialmente en los países. En efecto, todas las reformas persiguen que el diálogo sobre desarrollo, aunque no necesariamente el sectorial, entre la comunidad internacional y los gobiernos sea mantenido entre los entes de coordinación respectivos, tanto interagenciales como

nacionales. Difícilmente será el sector salud quien cumpla esta función de coordinación. Las reformas también pretenden una mayor interacción con las instituciones financieras internacionales (38). En el ámbito bilateral, se destaca una tendencia a la descentralización de la toma de decisiones sobre asignación de recursos de cooperación para el desarrollo a las representaciones de país y a las embajadas locales (39). El sector salud deberá desarrollar nuevas habilidades para utilizar positivamente estas realidades.

El extraordinario desarrollo tecnológico actual, no solo ha llegado a límites sin precedentes, sino que impregna cada día la vida de las sociedades y de las personas. La comunicación sin fronteras, la biotecnología y la telemática impulsan fantásticos cambios en la ciencia y en la cultura. En el campo de la salud, además de los efectos en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, crean las condiciones para modificar y homogeneizar substantivamente patrones de consumo, formas de comportamiento, estilos de vida, valores y conceptos, que tienen enorme impacto en la salud de la población (40). Así, apoyados por la globalización, se dan el consumo y la comercialización de productos tales como el alcohol y el tabaco, con grandes repercusiones en el campo de la salud.

Esto incide en las instituciones nacionales de investigación y desarrollo tecnológico en salud y las que formulan las políticas nacionales de ciencia y tecnología, que han tenido que modificar sus papeles y misiones en vista de las nuevas funciones de los gobiernos y la correspondiente emergencia del sector privado, la diversificación de las fuentes internas y externas de recursos, y el establecimiento y consolidación de nuevos canales para el acceso y la transferencia del conocimiento científico y técnico, en particular por las nuevas tecnologías de información que se encuentran distribuidas en forma desigual entre países y entre grupos al interior de los países.

Por lo tanto, es necesario incorporar nuevos tópicos, disciplinas, enfoques y métodos en la investigación en salud, así como establecer mejores medios para la disseminación del conocimiento y las tecnologías necesarias para aumentar la efectividad y el impacto de la práctica de la salud pública. Entre estas nuevas disciplinas está la bioética, la cual se ha constituido en un área creciente de estudio y preocupación en vista de la emergencia de nuevos dilemas éticos derivados del rápido avance científico y tecnológico en salud, así como por las dimensiones éticas de los derechos de los pacientes y la justicia en la asignación de recursos en el sector salud.

Por esto, recientemente se ha hecho prominente la demanda de transparencia en el manejo de los asuntos públicos. El efecto neto sobre el sector es una creciente necesidad de que los Estados justifiquen y rindan cuentas sobre su quehacer en salud, frente a una población más informada y mejor educada, tanto en sus derechos, como en el nivel de atención que esperan.

De lo anterior se puede concluir que el sector salud deberá adaptarse a esta nueva realidad nacional, hemisférica y mundial y por tanto las Orientaciones Estratégicas y

Programáticas de la OSP deberán adaptarse a estas condiciones del entorno, a fin de hacer el proceso de búsqueda de la Salud para Todos más exitoso.

De acuerdo con la situación descrita en los capítulos precedentes, sigue vigente la necesidad expresada cuando se aprobaron las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el período 1991-1994 (41). Estas insistían en reducir gradualmente los obstáculos estructurales internos para el desarrollo humano sostenido a través del abatimiento de la desigualdad y la atención prioritaria a las necesidades humanas esenciales, entre ellas la salud, y la lucha frontal contra la pobreza extrema.

Así como se constata un cambio en el sistema de valores, existe un proceso de conformación de un código moral de derechos comunes y responsabilidades compartidas en torno a lo que comienza a denominarse “la ética global” (42). Entre ellos, puede mencionarse el derecho a una vida segura, al trato equitativo, a igual acceso a la información, a los bienes comunes de la humanidad, a la libertad, a la consideración del impacto de las acciones individuales sobre el bienestar de los demás, a la promoción de la equidad —incluyendo la equidad de género— y a la protección de los intereses de las futuras generaciones por alcanzar un desarrollo humano sostenible.

En este sentido, la Región de las Américas exhibe una persistente situación de desigualdades que diferencian el acceso a los beneficios de la sociedad por la población según el nivel de educación, de ingresos, lugar de residencia, origen racial o étnico, sexo, edad y ubicación laboral. Estas diferencias se expresan en la capacidad de participación en la vida política, en el nivel de satisfacción económica de sus necesidades, en las posibilidades de alcanzar niveles de educación básica o superior, y en cuanto a salud, en la probabilidad de sobrevivir o de morir, en el riesgo de contraer enfermedades y en el acceso a ser beneficiado por los sistemas y servicios de salud. Es así como las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1995-1998 asumieron la lucha contra la inequidad como desafío central. La inequidad en el acceso a y la cobertura por los sistemas y servicios de salud sigue siendo el reto principal a enfrentar también en el cuatrienio 1999-2002 por los países de la Región, a través de sus propios esfuerzos y en conjunto dentro de la Organización Panamericana de la Salud.

A pesar de registrarse importantes logros en salud, como el aumento en la esperanza de vida, así como en el control de enfermedades transmisibles con la consiguiente reducción en la mortalidad infantil, principalmente debido a avances en el control de la poliomielitis, el sarampión y la difteria, las tres evaluaciones de la OMS sobre el alcance de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 indican que aún hay enormes esfuerzos por realizar ya que grandes grupos de población no tienen acceso a los servicios básicos de salud.

En este sentido, las metas y los propósitos promulgados en las OEP para el período 1995-1998 en gran medida no se han alcanzado. Si se valora el cumplimiento de

las metas adoptadas para ese período, se aprecia que: las disparidades en las condiciones de salud no se han reducido, no se ha logrado el acceso universal a ambientes y condiciones de vida saludables y seguras, no se ha alcanzado la cobertura universal de los servicios de provisión de agua y eliminación de desechos y aún persisten estilos de vida y comportamientos no saludables.⁶ Estos eran los términos referidos para las metas a lograr en el cuatrienio, mediante la acción de los países, con la cooperación de la Oficina. Esta situación justifica el buscar, con un vigor renovado, la Salud para Todos como lo ha propuesto la OMS, manteniendo la lucha contra la inequidad en salud, con las mismas cinco Orientaciones Estratégicas definidas, hasta alcanzar estos encomiables fines.

4. Respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana

La OPS tiene entre sus propósitos fundamentales prolongar la vida, combatir las enfermedades y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes del Hemisferio Occidental, mediante la coordinación y la promoción de los esfuerzos de los países. Además, reconoce que el goce del grado máximo de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (43). Sobre estas bases y reconociendo las diferencias de acceso, cobertura y beneficio de la salud de la población en la Región, los países han acordado renovar el compromiso de alcanzar la meta de Salud para Todos. Los mayores esfuerzos de la OSP se dirigirán, primordialmente, hacia esa meta en el próximo cuatrienio y en los venideros, hasta que se logre el máximo grado de bienestar físico, mental y social para todos los habitantes de la Región, reduciendo, hasta su eliminación, las inequidades existentes en salud.

Uno de los marcos de acción es la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI, en proceso de aprobación por la OMS, la cual representa esta renovación de la meta de SPT, y se fundamenta en los siguientes valores:

- el reconocimiento del más alto nivel alcanzable de salud, como un derecho fundamental;
- la continua y fortalecida aplicación de la ética a las políticas de salud, la investigación y la provisión de servicios;
- la implantación de políticas orientadas por la equidad y estrategias que hagan énfasis en la solidaridad;

⁶ Para mayor ampliación al respecto, ver la publicación de las OEP 1995-1998, OPS, Documento Oficial No. 269, y el documento CD40/24, de agosto 4 de 1997, *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud para Todos en el año 2.000*.

- la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y las estrategias de salud.

La nueva política global de salud se propone alcanzar:

- incrementar la expectativa y la calidad de la vida para todos;
- mejorar la equidad en salud entre y dentro de los países;
- proporcionar acceso para todos a sistemas y servicios de salud sostenibles.

4.1 *Metas regionales para el período*⁷

Los Estados Miembros de la OPS han suscrito, a través de la OMS y otros foros internacionales, diferentes compromisos globales que deberán ser alcanzados mediante la combinación de los esfuerzos nacionales, los regionales y los globales. La asimilación de estos compromisos a nivel nacional corresponde a la acción soberana de los Estados Miembros, mediante la definición de sus políticas y planes nacionales de desarrollo y de salud. En el ámbito regional, se trata de expresarlos de manera que se adecuen al estado de desarrollo de la Región, a las características, necesidades y posibilidades de los países en conjunto. A continuación, se presentan las metas más relevantes para la Región de las Américas, expresadas en los términos que corresponden a las condiciones del hemisferio, las metas que adoptará la OSP, en su compromiso de cooperar técnicamente con los países, para contribuir a que aquellos alcancen las metas por ellos asumidas.

4.1.1 *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%, y al menos 60% de las mujeres de 15 a 44 años de edad tendrán acceso a los anticonceptivos.
- En todos los países, menos de 20% de los niños menores de 5 años padecerán retraso del crecimiento; menos de 10% de los recién nacidos pesarán menos de 2.500 g 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

⁷ Algunas de las metas correspondientes a la nueva política global de Salud para Todos en el Siglo XXI han sido adaptadas a las condiciones específicas de la Región de las Américas.

por debajo de 10%; la prevalencia de carencia de hierro entre las mujeres de 15 a 44 años de edad y las embarazadas habrá disminuido 30%.

- Se mantendrá la eliminación de la transmisión del poliovirus salvaje; en todos los países se habrá eliminado la transmisión del sarampión; la incidencia de tétanos neonatal estará por debajo de 1 por 1.000 nacidos vivos; la prevalencia de lepra estará por debajo de 1 por 10.000 habitantes; se habrá eliminado la transmisión de la rabia humana por los perros, y la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans* se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur.

4.1.2 *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%.

4.1.3 *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, y 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 sanitarios básicos comprobados; y, en coordinación con las entidades pertinentes, se habrá logrado que las defunciones sin registrar estén por debajo de 20% y menos de 10% de las defunciones registradas se asignen a causas mal definidas.

4.2 *Orientaciones Estratégicas y Programáticas*

Durante el cuatrienio 1995-1998, la OPS estableció cinco Orientaciones Estratégicas y Programáticas para guiar la acción de los países y la OSP al establecer sus planes nacionales y programar las acciones: 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. Estas cinco orientaciones abarcan el ámbito natural de la salud y se consideran vigentes ya que el desafío que las inspira no ha sido aún superado, por lo cual guiarán la labor de la OSP durante el cuatrienio 1999-2002, solo que enfocando más precisamente los temas que se prevé que van a ser el objeto de los esfuerzos en la Región.

4.2.1 *Salud en el desarrollo humano*

Es preciso desarrollar y fortalecer la capacidad nacional y regional para analizar y hacer seguimiento a la situación de salud y las relaciones recíprocas entre salud, crecimiento económico y equidad en el contexto de la globalización. Ello permitirá que, como resultado del diálogo entre las autoridades del sector social, el sector salud y el sector económico, sea posible establecer la relación entre crecimiento económico, salud y desarrollo humano y así disminuir el impacto negativo de las políticas macroeconómicas sobre las condiciones de vida de la población y sobre la situación de salud. Para lograr esto, la cooperación técnica de la OSP se concentrará en:

- Definir los aspectos conceptuales relacionados con las inequidades en salud, desarrollar instrumentos para su medición y vigilancia, a nivel nacional y regional, y desarrollar la capacidad analítica nacional para documentar y evaluar las inequidades en salud y su relación con el impacto de los programas de ajuste estructural, los procesos de globalización/integración y la privatización de las acciones de salud, entre otros factores determinantes.
- Apoyar estudios e investigaciones sobre perfiles de salud de los grupos poblacionales postergados, con el propósito de orientar las intervenciones en salud con criterios basados en el impacto que éstas producen sobre las inequidades sociales y, en particular, las de salud.
- Actualizar los recursos humanos en salud sobre el análisis de la situación de salud y las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población, las inequidades sociales —en particular las de salud— y sus relaciones con el desarrollo humano.
- Apoyar la formación de redes intersectoriales locales, nacionales, subregionales y regionales, que contribuyan a la definición de políticas, elaboración de planes, proyectos y programas orientados a superar las brechas en salud.
- Promover la investigación y documentación, en forma sistemática, sobre la necesidad de la inversión en salud para la formación del capital humano, la actividad económica y el desarrollo de su potencial como mecanismo redistributivo de ingreso.

Con el propósito de 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 aumentar la participación de los principales actores sociales y políticos del sector, así como de otros sectores del Estado y de la sociedad civil, en la valoración del tema salud en las agendas políticas locales,

subnacionales, nacionales, subregionales y regionales, así como en la definición de políticas de salud, la cooperación técnica hará énfasis en:

- Difundir el conocimiento del impacto de las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales sobre las condiciones de vida y la situación de salud de la población de la Región y contribuir al uso de esta información, tanto dentro del sector como en los gabinetes sociales, económicos, consejos de ministros, parlamentos y jefes de Estado.
- Fortalecer la capacidad de las instituciones legislativas para la elaboración de leyes que permitan el ejercicio efectivo de la participación de los actores sociales y políticos en la formulación de políticas, planes y programas de salud y en la elaboración de proyectos nacionales de desarrollo humano que integren las políticas económicas y sociales a una estrategia cuyo propósito común sea el bienestar de la población.
- Desarrollar las capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en el desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud.
- Documentar la magnitud del comercio internacional de capitales, bienes y servicios de salud que se realiza en la Región.
- Promover la discusión y análisis de la salud en el desarrollo humano en las agendas de las cumbres presidenciales y en las de los organismos de los procesos de integración subregionales y regionales, fomentando la participación de los ministerios de salud, agricultura, ambiente, familia, trabajo y desarrollo social en su elaboración previa.
- Analizar y documentar la importancia de los cambios que la globalización ha producido en la cultura de la salud y, en particular, al impacto que ellos han producido en las demandas de salud de los actores sociales y en los apoyos o rechazos de éstos hacia las políticas de salud.
- Identificar a los actores sociales y políticos que juegan un papel relevante en la gobernabilidad del sector salud, dentro del Estado y en la sociedad, y promover su participación en el debate sobre los asuntos de naturaleza ética presentes en la temática de la salud en el desarrollo humano.

El desarrollo de la salud pública como disciplina, la investigación relacionada, así como la difusión del conocimiento generado, requieren proveer respuestas adecuadas a

las necesidades de salud de la población, en especial a las de los grupos más postergados y excluidos. Con este fin, la cooperación técnica hará referencia específica a:

- Fomentar y difundir nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos de la investigación en salud.
- Contribuir a la formación y capacitación de recursos humanos involucrados en la producción de conocimientos y en la ejecución de acciones de salud pública, así como recursos humanos de otros sectores.
- Apoyar la definición de políticas nacionales e institucionales de investigación y tecnología en salud que permitan el desarrollo de los conocimientos y tecnologías necesarias para la ejecución de acciones eficaces de salud pública.
- Difundir conocimientos e información científico técnica entre los diversos actores involucrados en la formulación de políticas y en la ejecución de actividades de salud.

4.2.2 *Promoción y protección de la salud*

Por ser la salud el componente central del desarrollo humano es que su promoción tiene que involucrar un ámbito de acción mucho más amplio que el usualmente compuesto por los sistemas y servicios de salud. La mayoría de los aspectos relativos a la salud de las personas están relacionados con sus condiciones de vida, su nivel de satisfacción de necesidades básicas, la calidad del ambiente en que se desenvuelven, la cultura a la que pertenecen, así como sus conocimientos, actitudes y prácticas hacia la salud. Dadas las condiciones que aún persisten en la Región, la promoción y protección de la salud se entiende como una poderosa estrategia en el concepto y la práctica de la salud pública, eje de un nuevo paradigma tendiente a impactar los factores condicionantes.

Con el fin de crear, conjuntamente con los países, una nueva cultura de promoción y protección de la salud, donde ésta se constituya en un valor social, situación que implica la preparación de los individuos, las comunidades y las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas, para que hagan suya y ejerzan, en forma individual y colectiva, la responsabilidad de preservar y mejorar en forma continua su estado de salud y bienestar, se cooperará técnicamente para:

- Valorizar el papel de la promoción de la salud como herramienta de empoderamiento difundiendo su importancia en los foros regionales de Presidentes y Jefes de Estado y Primeras Damas de la Región.

- Fomentar la formulación de políticas, planes, programas, normas e instrumentos sobre promoción de la salud y la adopción de políticas públicas saludables.
- Apoyar la investigación operativa, y cooperativa sobre promoción de la salud, a través de la red de Centros Colaboradores y difundir los resultados.
- Proseguir el diseño y fortalecimiento de metodologías y modelos de evaluación de programas e intervenciones en promoción de la salud, así como con 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.
- Desarrollar estrategias de trabajo intersectorial, movilizar recursos técnicos, científicos, políticos y financieros en apoyo a la promoción de la salud y conformar redes de apoyo técnico, político y social en todos los niveles, incluyendo alianzas estratégicas de la Organización Panamericana de la Salud con la comunidad internacional y con las organizaciones relevantes de los países.
- Promover el uso de la comunicación social en salud, especialmente a través de los medios masivos de comunicación.

En virtud de que la operacionalización de las estrategias y programas de promoción y protección de la salud son relativamente recientes en la mayoría de los países y de que, sin embargo, existen indicaciones sólidas de que es una estrategia absolutamente indispensable que debe formar parte y estar inmersa en todas las acciones de salud, la OSP dedicará esfuerzos especiales para:

- Difundir la información técnica y científica sobre la promoción de la salud, entre la mayor cantidad y variedad de involucrados en salud pública de la Región y desarrollar las capacidades nacionales de análisis y utilización de esta información.
- Estimular procesos de evaluación, tanto de los insumos como de los procesos y los efectos a corto y largo plazo, del uso de las estrategias de promoción de la salud, y documentar, analizar y diseminar las experiencias nacionales de promoción de la salud, destacando la relación costo-efectividad de estas estrategias en comparación con las acciones de recuperación y rehabilitación en salud.
- Promover la adopción de estilos de vida saludables y de prevención de los riesgos, mediante conductas anticipadoras.

- Promover la utilización de enfoques de ciclo de vida, ciclo familiar y de género.
- Promover que en la reestructuración de los servicios se incorporen intervenciones de promoción de la salud y hacer realidad la atención integral en salud.

Para aportar a la consolidación del desarrollo humano y la prevención de la enfermedad, a través de todo el ciclo de vida, se dará primacía a la cooperación en los siguientes aspectos:

- Salud de la familia y población, que privilegia la estimulación y evaluación del crecimiento y desarrollo en las distintas edades, incluyendo los programas de salud del adolescente, la salud reproductiva y la salud del adulto mayor.
- 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.
- Estilos de vida saludables y salud mental, especialmente la prevención del uso de tabaco, alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar y el maltrato de los niños y niñas, incluyéndose para toda la Organización los aspectos de comunicación social en salud y de educación en salud y participación comunitaria, área donde se contemplan las iniciativas de escuelas, municipios y entornos saludables.

4.2.3 *Protección y desarrollo ambiental*

Para avanzar en el cumplimiento de los objetivos y metas adoptadas que conforman la Agenda 21 y los Planes de Acción de las reuniones cumbres de los Jefes de Estados 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, la OSP dará prioridad a la cooperación técnica tendiente a:

- Fomentar la aplicación de estrategias nacionales de movilización comunitaria y de coordinación intersectorial en el área ambiental.
- Contribuir a la formación y especialización de recursos humanos en epidemiología y toxicología ambientales.
- Fortalecer las capacidades de los ministerios de salud para desempeñar las funciones de liderazgo y las funciones asesoras en el manejo de las cuestiones de salud ambiental en los planes y proyectos de desarrollo, y desarrollar las capacidades locales para operación y mantenimiento de sistemas y servicios.

- Promover la implantación de programas y proyectos conjugados en la “Acción del Ambiente sobre la Salud de los Niños”, tendientes a identificar y remover o minimizar aquellos factores ambientales que tienen un efecto particular sobre la salud de los niños.
- Apoyar la promoción e implantación de acciones de atención primaria ambiental en el contexto de Salud para Todos, que proporcionen, a las comunidades, ambientes que promuevan el desarrollo y con su participación activa en la identificación de sus necesidades y en la definición de las correspondientes soluciones.
- Promover la actualización de normas y reglamentos relativos a la calidad de los servicios y de los productos en el área ambiental.
- Promover la implantación de sistemas y mecanismos que permitan captar, analizar y utilizar datos e indicadores relativos a la calidad ambiental.

Para contribuir a que los países actúen 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, la cooperación técnica de la OSP focalizará su acción en:

- Promover la actualización de la legislación y la reglamentación en el campo de la salud de los trabajadores y la implantación de programas dirigidos a mejorar la calidad del ambiente ocupacional.
- Fomentar programas de promoción y prevención en salud ocupacional.
- Promover el fortalecimiento de los servicios de atención de salud para la población trabajadora.
- Apoyar programas que promuevan la protección del trabajador infantil expuesto a riesgos ambientales y ocupacionales.

En cuanto al abastecimiento de agua y saneamiento, concentrándose en la expansión de la cobertura de los servicios, la mejoría de la calidad bacteriológica del agua para consumo humano, y la intensificación de las acciones tendientes a mejorar el abastecimiento de agua y la disposición sanitaria de excretas en las áreas rurales y para los pueblos indígenas, se cooperará con los países en:

- Difundir tecnologías adecuadas de bajo costo.

- Promover la participación comunitaria, la participación de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado en la expansión de los servicios urbanos y rurales.
- Participar en los estudios sectoriales, en la reforma y modernización del sector y de sus instituciones, y en la formulación de proyectos prioritarios, así como en la movilización de recursos.
- Desarrollar los aspectos reguladores, técnicos y tecnológicos que contribuyan a la mejor desinfección del agua en los sistemas y en los domicilios.

Para contribuir a mejorar el manejo de residuos sólidos municipales, y teniendo en cuenta la acelerada descentralización y privatización, la OSP cooperará en:

- Promover el fortalecimiento institucional y con esto la capacidad reguladora y ordenadora del sector.
- Desarrollar estudios sectoriales para manejo de residuos sólidos incluyendo los residuos de hospitales.
- Identificar necesidades y oportunidades de inversiones financieras.

4.2.4 *Desarrollo de los sistemas y servicios de salud*

La cooperación técnica de la OSP continuará apoyando los procesos de reforma sectorial de los países de la Región. En este campo se hará énfasis en el fortalecimiento de la capacidad rectora sectorial, la organización de sistemas y servicios y el financiamiento de las acciones del sector. Para ello usará como estrategias fundamentales el intercambio sistemático y periódico de las experiencias nacionales, el desarrollo y diseminación de metodologías e instrumentos que apoyen el fortalecimiento de las capacidades institucionales para análisis, formulación de políticas, implementación y evaluación de programas de reforma sectorial, y la puesta en marcha de un sistema regional de seguimiento de las dinámicas, los contenidos y el impacto de las reformas emprendidas.

En el área del fortalecimiento de la capacidad rectora sectorial, la cooperación técnica se centrará en:

- Fortalecer la capacidad sectorial para formular políticas y estrategias, elaborar planes maestros y diseñar proyectos específicos de inversión en salud, así como de coordinar integralmente la ayuda externa.

- Desarrollar la capacidad de análisis de la organización y el funcionamiento del sector para redefinir los papeles de los gobiernos centrales, regionales y locales en la organización y gestión de los servicios de salud pública y de atención a las personas en el marco de los procesos de descentralización.
- Establecer modelos de atención que apoyen la reorientación de servicios con criterios de promoción y prevención, mejoren la calidad e integralidad de las intervenciones y fortalezcan la capacidad operativa y resolutive de los servicios en sus distintos niveles de atención.
- Fomentar y apoyar el desarrollo de programas nacionales de garantía de calidad de los servicios de atención a la salud.
- Fortalecer el desarrollo normativo y operativo de programas y servicios de salud oral, de atención a los discapacitados, de salud ocular y de atención a la salud de los pueblos indígenas.
- Fortalecer las capacidades nacionales y subregionales de planificación, gestión y regulación del desarrollo de los recursos humanos del sector.
- Desarrollar indicadores del desempeño de los sistemas y servicios de salud que contribuyan a la toma de decisiones informadas en el sector.
- Apoyar los mecanismos subregionales y regionales de armonización reguladora de medicamentos e insumos esenciales.
- Fortalecer y desarrollar los programas de planificación, operación, mantenimiento y renovación de las infraestructuras físicas y tecnológicas del sector salud.
- Promover la adopción de normas básicas de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación a nivel nacional.

En el ámbito de la organización y gestión de los sistemas y servicios de salud la OSP concentrará sus esfuerzos de cooperación técnica en:

- Desarrollar las capacidades nacionales, subregionales y regionales para la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias.
- Apoyar el desarrollo de programas dirigidos a mejorar el desempeño de funciones por parte del personal de salud.

- Apoyar la reorientación de la formación de profesionales de salud y a la educación permanente de los trabajadores del sector, al mismo tiempo que se fortalecen las instituciones y procesos integrales de enseñanza de la salud pública.
- Fortalecer la capacidad institucional en el sector para la definición e instrumentación de sistemas de información de programas y servicios.
- Promover el desarrollo de programas de telemedicina para una mayor cobertura de la población.
- Fortalecer y desarrollar servicios farmacéuticos eficientes y de calidad.
- Apoyar el desarrollo de sistemas de suministros que controlen costos y aumenten la disponibilidad de insumos.
- Fomentar y desarrollar programas de garantía de calidad en radio-medicina.
- Desarrollar y fortalecer los laboratorios de salud pública y las redes nacionales subregionales y regionales de laboratorios diagnósticos.
- Apoyar el mejoramiento de la seguridad y calidad de las operaciones de los bancos de sangre.

En materia de financiamiento de las acciones del sector, la OSP se abocará durante el próximo cuatrienio al desarrollo de actividades de cooperación técnica que permitan:

- Mejorar la capacidad nacional de análisis del gasto en salud y de la asignación de recursos con criterios de equidad, eficiencia y efectividad.
- Efectuar análisis comparativos y disseminar las experiencias de las diversas formas de pago a proveedores utilizados en la Región.

4.2.5 *Prevención y control de enfermedades*

Para hacer frente a los retos regionales y para reducir y controlar las enfermedades, los programas de servicios sanitarios deben incluir componentes de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para lograr buenos resultados harán falta la participación comunitaria y el cambio de comportamiento individual. Estos cambios habrán de guiarse por políticas y procedimientos sensatos, apoyados en evidencia científica.

La cooperación técnica de la OSP, en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, se orientará a:

- Mejorar los criterios para la adopción de políticas relativas a los programas de inmunización.
- Expandir y mejorar la vacunación por los sectores público y privado, incluyendo las ONG.
- Fortalecer y apoyar los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, en conjunción con adecuados sistemas de apoyo de laboratorio, mediante la expansión de la Red Regional de Laboratorios de diagnóstico y de control de calidad.
- Determinar la carga de las enfermedades y asegurar la incorporación costo-efectiva de las vacunas contra *Haemophilus influenzae*, MR o MMR en el esquema básico de vacunación.
- Promover el consorcio de los laboratorios públicos productores de vacunas, la adopción de buenas prácticas de manufactura y continuar el proceso regional de certificación de productores de vacunas.

Los países necesitarán fortalecer la capacidad nacional a fin de controlar, reducir o erradicar determinadas enfermedades. La OSP concentrará las actividades de cooperación técnica en:

- Apoyar a los países en la investigación aplicada, la planificación y la gestión de programas en materia de enfermedades tropicales, enfermedades infecciosas, enfermedades emergentes y reemergentes, incluyendo la utilización de nuevas estrategias de control y de tratamiento.
- Alentar a los países a ampliar el tamizado de la sangre, así como promover las medidas de control de calidad internas y externas.
- Promover la aplicación de nuevas técnicas para mejorar la vigilancia regional de las enfermedades y establecer redes electrónicas que permitan mejorar la rapidez de la notificación y confirmación de los casos presuntivos.
- Ayudar a los países a aplicar el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, que será aprobado por la OMS en 1999.

- Difundir la información y los conocimientos sobre la resistencia a los antibióticos y promover en los países la normalización de los métodos de las pruebas de laboratorio, mejorar el control de la calidad, y utilizar los resultados de las pruebas de resistencia a los antibióticos.
- Apoyar a los países para que 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.
- Promover la vigilancia y los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual.
- Promover la aplicación ampliada de la estrategia mundial contra la malaria y, debido a la existencia de *Plasmodium falciparum* fármacorresistente, un sistema de vigilancia para vigilar la fármacorresistencia en los países amazónicos.
- Apoyar la adopción de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), que abarca las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la malnutrición, el sarampión y el dengue, en determinados países.

Es posible lograr enormes ganancias con relación a las enfermedades no transmisibles si hay compromiso, políticas y programas basados en evidencia científica y adopción de éstos por las comunidades, las personas y los clínicos. Es importante que las organizaciones sanitarias dediquen recursos humanos y financieros para poder beneficiarse de estas posibilidades. Con respecto a las enfermedades no transmisibles, la cooperación técnica de la OSP se concentrará en lo siguiente:

- Establecer una red regional de los países que usan un método integrado de control de las enfermedades no transmisibles, que se centre al principio en las enfermedades cardiovasculares y adapte el modelo elaborado en Europa.
- Divulgar la información acerca de los proyectos de demostración para reducir la mortalidad por cáncer del cuello uterino, y apoyar a los países para adoptar métodos homogéneos.
- Apoyar a los países a elaborar políticas y modelos eficaces; establecer alianzas de trabajo entre los médicos, los laboratorios y los establecimientos de tratamiento; ayudar a que los programas de control del cáncer cérvicouterino comprendan las

actitudes y las necesidades de las mujeres; y evaluar los proyectos de demostración y planificar su ampliación sensata basada en los resultados.

- Promover la aplicación de la Declaración de las Américas sobre la Diabetes en los países.
- Documentar la información y los recursos existentes para dar apoyo a los programas que se ocupan de la prevención de lesiones.
- Establecer alianzas regionales y nacionales para la prevención y las prioridades con respecto a las lesiones intencionales y no intencionales.

La salud pública veterinaria es y seguirá siendo un área muy importante para el adelanto de los países en materia de seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos. Por lo tanto, la cooperación técnica se orientará a lo siguiente:

- Prevenir nuevos brotes en los países libres de la fiebre aftosa, y ampliar las zonas de erradicación en los países andinos y el norte del Brasil, prestando atención especial a las zonas fronterizas.
- Promover la protección de alimentos en conformidad con las líneas de acción sugeridas por la OSP.
- Promover las actividades de prevención de la rabia junto con el establecimiento de una red de laboratorios en la que participen los centros colaboradores de la OMS/OPS.
- Promover el desarrollo de la capacidad de diagnóstico de laboratorio para la vigilancia epidemiológica en las zonas de riesgo de encefalitis equina venezolana.
- Promover la eliminación de la tuberculosis bovina y la brucelosis.
- Apoyar la erradicación de la equinococosis/hidatidosis en los países del Cono Sur.

4.3 Cooperación técnica y coordinación internacional

La cooperación técnica de la Secretaría de la OPS y sus Estados Miembros, junto con su acción de coordinación en asuntos de salud internacional, son responsabilidades constitucionales. Para efectos de construcción de una cooperación técnica efectiva en el período 1999-2002, es fundamental tener en cuenta que la cooperación técnica es el producto principal de la labor de la OSP y que ésta se basa en las prioridades de sus Estados Miembros enmarcadas en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la

Organización, aprobadas por los mismos Estados Miembros. La cooperación técnica se plantea, ejecuta y evalúa en un ambiente social, económico y político en constante proceso de evolución y cambio. Es, por lo tanto, un proceso dependiente que la OSP revisa permanentemente.

El marco de política para la cooperación de la OSP lo constituyen las OEP, que se definen y aprueban para el período 1999-2002. Este marco está íntimamente articulado a tres influencias globales:

- El Noveno Programa General de Trabajo de la OMS, actualmente en ejecución ya que cubre el período 1996-2001, cuyas orientaciones contemplan la integración de la salud y el desarrollo humano en las políticas públicas; asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud; promover y proteger la salud; y prevenir y controlar problemas de salud específicos.
- La política global de Salud para Todos en el Siglo XXI, que promueve la identificación y acción sobre los determinantes de la salud al ubicarla como núcleo central del desarrollo humano, y el desarrollo de sistemas de salud sostenibles que respondan a las necesidades de las personas.
- El Décimo Programa General de Trabajo de la OMS, ya en elaboración y a ejecutarse en el período 2002-2007, que incluye entre sus temas el fortalecer la capacidad política para lograr la SPT en todos los niveles de la OMS y en sus Estados Miembros; la promoción de acción para la salud global; la protección y promoción de la salud, incluyendo el control de enfermedades y la salud ambiental, y el desarrollo y mantenimiento de sistemas y servicios de salud sostenibles.

Estas influencias globales establecen correspondencias con las OEP, tanto en sus objetivos como en las metas que se plantean, dada la situación particular de la Región de las Américas, su desarrollo comparativo en salud y las posibilidades de progreso con respecto a las otras regiones de la OMS.

Las OEP 1999-2002, incorporarán modalidades de cooperación técnica que reflejen las mejores opciones a las tendencias y desafíos identificados. Particular atención se dará a nuestro entendimiento sobre el desarrollo centrado en las personas, por un lado y, sobre la cooperación más efectiva y eficiente para favorecer este desarrollo, por otro. La creciente interconexión e interdependencia entre los países en distintos terrenos, incluyendo la salud, el tomar en cuenta los cambios que está experimentando la sociedad en cada país así como las transformaciones y reformas en el sistema internacional, obligan a buscar que la cooperación técnica actúe en conjunto con las diversas políticas que participan e influyen en el desarrollo.

La presencia cada vez mayor de instituciones y personas distintas de las tradicionalmente involucradas en el quehacer de la salud, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, justifican el incorporar la suficiente flexibilidad e innovación a la construcción de la cooperación técnica, para buscar asociaciones prácticas y efectivas que permitan obtener mejores resultados como producto de la cooperación.

La OSP comprende que la cooperación técnica está influenciada por los criterios y enfoques que se aplican al desarrollo general. Se privilegia el concepto de desarrollo sostenible, cuyos aspectos fundamentales son la formación del capital humano, la participación de todos los sectores incluyendo el privado y la protección del ambiente, todo ello dentro de un marco de equidad y justicia social. Más allá de los aspectos “técnicos” tradicionales como la búsqueda de mejores maneras de investigar, enseñar y aplicar las tecnologías para la salud, la Oficina en su agenda sanitaria internacional se ocupará de la influencia que tiene sobre la salud el desarrollo socioeconómico, el fortalecimiento de la capacidad institucional para la formulación de políticas, la planificación y la abogacía de la salud, así como la organización de programas específicos para un país o conjunto de países.

Se percibe cada vez más claramente la necesidad de alejarse de la cooperación técnica centrada en la índole de los insumos y adoptar un nuevo enfoque basado en la naturaleza del propósito de la cooperación. También hay una tendencia a abandonar el enfoque basado en proyectos de cooperación en favor de un enfoque más programático y de alcance multisectorial, que pone énfasis en la mejor utilización de la pericia técnica nacional. Estos cambios, que se tomarán en cuenta cuidadosamente, permitirán, con los ajustes del caso, un proceso mejor organizado, competitivo y sostenible de cooperación técnica.

Algunos temas importantes en cooperación técnica han sido identificados como sujetos de particular atención en el período de aplicación de las OEP 1999-2002. Esta identificación responde a los esfuerzos de la OSP como parte del proceso permanente de replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud (44):

- Los temas de salud deben estar vinculados al desarrollo social y a las políticas macroeconómicas de los países, incluidas las de inversión de capital, formación de capital humano y desarrollo institucional.
- La cooperación técnica debe construirse sobre la base de prioridades identificadas en y por los países.
- Deberá promoverse la creciente capacidad de los países para emprender iniciativas de salud por cuenta propia y administrar sus propios programas de cooperación técnica, dando así el paso a una mayor confianza en los conocimientos, la experiencia y los recursos nacionales.

- Se adoptarán modalidades alternativas de cooperación técnica, como el establecimiento de redes nacionales e internacionales y se impulsará una mayor cooperación técnica entre países.
- Se procurará la coordinación a todos los niveles mediante la optimización de la capacidad de gestión de las instituciones nacionales para crear consenso intersectorial, fomentar programas multinacionales con esfuerzos conjuntos y recursos combinados.
- Se aprovechará la tecnología moderna de información y comunicaciones al máximo, para mejorar las etapas de planificación, programación, ejecución y evaluación de la cooperación técnica, así como la coordinación y la movilización de recursos.

Durante 1999-2002, la OSP continuará promoviendo intensamente la cooperación técnica entre países, privilegiando la acción panamericana en salud como una poderosa estrategia de cooperación que ya ha dado evidencia de éxito en el pasado y que, sin lugar a dudas, facilitará el avance regional en el complejo entorno de transición hacia el Siglo XXI. Se continuará dando especial énfasis a la cooperación técnica ‘entre países’ y no ‘entre países en desarrollo’ para no discriminar a ningún Estado Miembro por su nivel de desarrollo. El enfoque panamericano constituye uno de los principios rectores de la OSP y se concibe que todos los países de las Américas, sin distinción de tamaño o nivel de desarrollo, pueden participar conjuntamente en la búsqueda de su salud.

Para la mejor comprensión de la estrategia de cooperación de la OSP se han identificado seis enfoques funcionales que sirven de base para clasificar el tipo de actividad programada en los proyectos de cooperación técnica: movilización de recursos (humanos, financieros, físicos, políticos, institucionales); diseminación de información; capacitación; desarrollo de políticas, planes y normas; promoción de la investigación; y, asistencia técnica directa. Se continuará completando la primera fase de un estudio sobre estos enfoques para desarrollar mejores descriptores para identificar en el período 1999-2002 con mayor claridad los resultados esperados de los proyectos de cooperación técnica de la OSP. En una segunda fase y más adelante en el nuevo cuatrienio, se completará la definición de impacto de los proyectos a nivel del propósito de los mismos.

Para la planificación, programación, seguimiento y evaluación de la cooperación técnica, se cuenta con el sistema AMPES, adecuado a la búsqueda y medición de resultados de los proyectos de cooperación. Para el período 1999-2002, se contempla una mayor simplificación de los procesos gerenciales, una mayor flexibilidad y una respuesta más ágil a las necesidades de los países, manteniendo extrema cautela en la transparencia en el uso de los recursos.

La programación de la cooperación técnica, base del programa presupuesto bienal, se centra en la definición de prioridades nacionales de salud, identificación de necesidades de cooperación técnica internacional y en la elaboración de proyectos de cooperación técnica para la OSP, con clara identificación de los resultados esperados y definición de indicadores para medir el progreso. Se continuará la utilización del enfoque lógico para la gestión de proyectos y se progresará en los mecanismos de evaluación de la cooperación técnica.

En cuanto a la coordinación internacional, los esfuerzos de la OSP se orientarán, en el período 1999-2002, a fortalecer su función histórica de liderazgo en salud internacional. Estudios efectuados por la Oficina (45) muestran una proliferación de instituciones y actores que participan en actividades no sólo de cooperación técnica sino en el trabajo en salud en general, que ameritan una posición proactiva de coordinación de la OSP a varios niveles: entre países, en los países y en el ámbito de los organismos internacionales (46). La OSP alentará a los gobiernos nacionales a asumir responsabilidad por la coordinación de esfuerzos por la salud en sus propios países y contribuirá a fortalecer esta capacidad, facilitando la coordinación necesaria entre las partes involucradas con respeto e innovación.

La coordinación entre países, particularmente para la cooperación horizontal, será estimulada para fortalecer la capacidad de obtener recursos externos, además de estimular el potencial del flujo de información y las experiencias de los países participantes, que constituyen la esencia de la cooperación técnica entre países.

En cuanto a la coordinación en el ámbito nacional, la OSP facilitará que los programas de diversos organismos internacionales trabajen armónicamente con sus contrapartes nacionales respectivas. Esta coordinación se basará en una estrategia integral de desarrollo nacional formulada mediante un proceso intersectorial participativo.

La OSP contribuirá a la coordinación entre organismos internacionales, procurando que aunque los organismos apoyen los mismos programas y áreas geográficas, los diferentes organismos apliquen políticas y estrategias concordantes y adopten procedimientos homogéneos, para evitar el derroche de recursos y lograr orientaciones complementarias que favorezcan la Salud para Todos.

Referencias

1. OPS, Misión de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC, 1995.
2. OPS, *Condiciones de salud de las Américas*, edición 1998, Washington DC.

3. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Alojar el desarrollo: una tarea para los asentamientos humanos*, 1996.
4. PAHO, *Mid-decade Evaluation of Water Supply and Sanitation in Latin America and the Caribbean*, 1997.
5. *The Official Web Site of the Third Conference of the Parties*, <http://www.cop3.de>, Internet.
6. WHO, *Health and Environment in Sustainable Development, Five Years after the Summit*, Geneva, 1997, p.119.
7. WHO, *The World Health Report 1997, Conquering Suffering – Enriching Humanity*, Geneva, 1997, p.65.
8. *United Nations World Population Prospects: The 1996 Revision*, Annex I: Demographic Indicators, Population Division, New York, October 1996.
9. Alcántara Sáez M, *Gobernabilidad, crisis y cambio*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1995:233-234.
10. Mathews J, *Power Shift. Foreign Affairs*, 1997 (76)1:51-66.
11. CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1996*, Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1996.
12. UNDP, *Human Development Report, 1995*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1995.
13. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington DC, BID, 1996:250.
14. *Ibid.*, p.251.
15. CEPAL, *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Santiago de Chile, CEPAL, 1997 (LG/C.1954(CONF.86/3):55).
16. BID, *ibid.*, p.32.
17. CEPAL, *ibid.*, p.13.
18. BID, *ibid.*, pp.36-41.

19. CEPAL, *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1995-1996*. Santiago de Chile, CEPAL, 1996:81.
20. BID, *ibid.*, p.61.
21. *Ibid.*, pp.50-51.
22. *Ibid.*, p.108.
23. *Ibid.*, pp.121-125.
24. CEPAL, *La brecha de la equidad*, Capítulo I, p.30.
25. *Ibid.*, p.47.
26. *Ibid.*, p.37.
27. BID, *ibid.*, p.4.
28. CEPAL, *ibid.*, p.64.
29. *Ibid.*, p.65.
30. *Ibid.*, p.49.
31. CEPAL, *Panorama social de América Latina 1996*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1996.
32. Inter-American Development Bank (IDB), *Economic and Social Progress: Latin America After a Decade of Reforms*, Washington DC, 1997.
33. Kliksberg B, *Repensando el Estado para el desarrollo social: más allá de convencionalismos y dogmas*, Reforma y Democracia #8, Revista del CLAD, mayo 1997.
34. IDB, *Economic and Social Progress: Making Social Services Work*, Washington DC, 1996.
35. VII Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas. Iniciativa *Escuelas Siglo 21: Formando para la vida*, Panamá, octubre de 1997.
36. CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1996*, Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1996.

37. Franco R, *Los paradigmas de la política social en América Latina*, Revista de la CEPAL, abril de 1996.
38. *Proposal of the European Union for Reform of the United Nations System in the Economic and Social Areas*. The Nordic UN Reform Project, 1996.
39. United Nations University Millennium Project, *1997 State of the Future Report*, Public Briefing, Washington DC, 1997. Cited in *PAHO of the Future: The Institutional Challenge for the 21st Century*, document in preparation.
40. Ver, por ejemplo, OECD, Development Assistance Committee, Development Cooperation Review Series #14, Norway, OECD, Paris, 1996.
41. OPS, *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994*, Washington DC, OPS, 1991:13 (PNSP/91-22).
42. Tema abordado en un reporte de la Comisión sobre Gobernabilidad Global de las Naciones Unidas realizado en 1995.
43. Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
44. OPS, Informe final, Seminario *Replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud*, DAP, mayo de 1996.
45. Alleyne, G.A.O., Sotelo, J.M., *Technical cooperation among countries in the Americas*. Consulta interregional sobre programación de cooperación técnica de salud entre países, Yakarta, Indonesia, febrero de 1993.
46. PAHO, International technical cooperation in health, PAHO/AD/94.1, Washington, D.C., 1994.