



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **44.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **55.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003*

---

*Punto 4.13 del orden del día provisional*

CD44/16 (Esp.)

16 julio 2003

ORIGINAL: ESPAÑOL

### **RESULTADOS LOGRADOS EN RELACIÓN CON LAS ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS DURANTE EL PERÍODO 1999-2002**

La 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1999-2002, y solicitó que la Secretaría informara a los Cuerpos Directivos sobre el progreso en el cumplimiento de las metas regionales, la aplicación de las Orientaciones Programáticas y hasta qué punto los países tuvieron en cuenta las OEP al formular sus planes o políticas nacionales de salud. Dicho informe fue presentado a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la cual lo examinó y resolvió solicitar a la Dirección que presentara un nuevo informe al Consejo Directivo en 2003 en el que se actualizara el cumplimiento de las metas regionales.

En cumplimiento de ese mandato, se presenta este documento que incluye la información actualizada sobre el progreso de los países en relación con las metas establecidas. En algunos casos, además, se presentan las dificultades para recabar y analizar la información respectiva y los factores asociados que favorecen o impiden el avance en el logro de las metas.

Finalmente se derivan una serie de lecciones de este ejercicio y de los previos que ha llevado a cabo la Oficina con el fin de evaluar las orientaciones de política de la OSP. El Subcomité de Planificación y Programación durante su 37ª sesión y el Comité Ejecutivo en su 132ª sesión, revisaron versiones previas de este documento.

Se presenta a la consideración de los delegados al Consejo Directivo este informe de acuerdo con lo solicitado por la Conferencia Sanitaria Panamericana.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Metodología .....	3
Las Metas de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) 1999-2002.....	4
Resultados de la evaluación final de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002 .....	6
Lecciones aprendidas .....	21
Intervención del Consejo Directivo .....	23

## **Introducción**

1. La Oficina Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta la Resolución de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que aprobó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1999-2002, elaboró un informe sobre el progreso en el cumplimiento de las Metas Regionales, la aplicación de las Orientaciones Programáticas y hasta qué punto los países tuvieron en cuenta las OEP al formular sus planes o políticas nacionales de salud. Este informe fue presentado a la 36.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación y con las sugerencias de modificación propuestas por los delegados, se presentó posteriormente a la 130.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo, durante 2002.

2. La 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana examinó el informe correspondiente y resolvió solicitar a la Dirección que presentara un nuevo informe al Consejo Directivo en 2003 en el que se precisaran los aspectos asociados al cumplimiento de las Metas Regionales. En cumplimiento de ese mandato de la Conferencia, se presentaron versiones previas de este documento a la sesión 37.<sup>a</sup> del Subcomité de Planificación y Programación y a la sesión 132.<sup>a</sup> del Comité Ejecutivo, y se presenta este informe al Consejo Directivo en el que se incluye información actualizada sobre el progreso de los países en relación con las metas establecidas y, cuando es posible, sobre algunos factores relacionados con el avance o no en el cumplimiento de las metas.

## **Metodología**

3. En 2001 se realizó una evaluación intermedia de las OEP mediante un estudio muestral (por muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 8%) entre personal profesional de la Oficina, no solo de la sede sino de las oficinas de representación en los países, e involucró tanto a personal vinculado por el régimen de las Naciones Unidas como de contratación nacional. El estudio tuvo tres objetivos: a) indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios de la Oficina en relación con el proceso de formulación de las OEP y su utilización posterior; b) estimar el grado de avance en el cumplimiento de las metas regionales; y c) determinar la aplicación de las Orientaciones Estratégicas en la programación de la cooperación técnica. Este estudio mostró que, en el área técnica, el 87% de los profesionales estudiados conocían las OEP, todos las utilizaban en su trabajo, el 85% las consideraba orientadoras de la cooperación técnica, pero solo la mitad conocía el proceso que se llevó a cabo para su elaboración. Además, se encontró que los proyectos de cooperación técnica tenían una concordancia con las Orientaciones Programáticas de las OEP, de alrededor de un 90%.

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

5. El procedimiento utilizado y los hallazgos principales se presentaron a la 36.<sup>a</sup> reunión del Subcomité de Planificación y Programación. Con los resultados de esta evaluación intermedia y las sugerencias del SPP se estableció el enfoque para la evaluación final de las OEP.

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

### **Las Metas de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999 – 2002**

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

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

- La esperanza de vida al nacer aumentará al menos dos años en todos los países que en 1998 tengan una esperanza de vida inferior a los 70 años;
- En todos los países la tasa de mortalidad infantil disminuirá 10%;
- La mortalidad perinatal disminuirá 20%;
- La mortalidad neonatal tardía disminuirá 30%;
- La mortalidad en la niñez disminuirá 40% y será menor de 50 por 1.000 nacidos vivos;
- La mortalidad materna disminuirá 25%;

- Al menos 60% de las mujeres de 15 a 44 años de edad tendrán acceso a los anticonceptivos;
- En todos los países, menos del 20% de los niños menores de 5 años padecerán retraso del crecimiento;
- Menos del 10% de los recién nacidos pesarán menos de 2.500 gramos al nacer;
- Se habrán eliminado las enfermedades por carencia de yodo;
- La prevalencia de hipovitaminosis A subclínica en los niños menores de 5 años estará por debajo del 10%;
- La prevalencia de carencia de hierro entre las mujeres de 15 a 44 años de edad y las embarazadas habrá disminuido 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 a nivel distrital (municipal, cantonal, etc.);
- La prevalencia de lepra estará por debajo de 1 por 10.000 habitantes;
- La prevalencia de caries dental endémica se reducirá en un 50%;
- Se habrá eliminado la transmisión de la rabia humana por los perros;
- La transmisión de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans* se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur;
- La fiebre aftosa se habrá eliminado de todos los países del Cono Sur.

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

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

10. Y un tercer grupo en relación con políticas y sistemas de salud:

- Todos los países habrán adoptado políticas para promover la Salud para Todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad;
- Toda la sangre para transfusión se examinará para detectar la infección por el virus de la hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH;

- Todos los bancos de sangre estarán participando en programas de control de la calidad;
- Todos los países habrán adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por los niños y adolescentes;
- Todos los países contarán con un sistema de información sanitaria que proporcione datos básicos de salud que respondan a criterios de validez y confiabilidad;
- En coordinación con las entidades pertinentes, se habrá logrado que las defunciones sin registrar estén por debajo del 20%;
- Menos del 10% de las defunciones registradas se asignarán a "causas mal definidas".

### **Resultados de la evaluación final de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002**

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

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

13. A continuación se presenta la más reciente situación sobre el avance en el cumplimiento de las Metas Regionales.

#### ***Esperanza de vida al nacer***

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

14. Según cálculos del Programa Mundial de Población de las Naciones Unidas, en todos los países de la Región con una esperanza de vida inferior a 70 años, con excepción de Granada, la esperanza de vida aumentó entre 1998 y 2002. El número de países con una Esperanza de Vida menor de 70 años pasó de 16 en 1998 a 10 en 2002. El aumento de la esperanza de vida durante dicho período fue de 0.9 años en promedio para todos los

países. En San Kitts y Nevis, se excedió la meta de aumentar la esperanza de vida en 2.0 años, registrándose un aumento de 2.8 años.

15. El progreso en este indicador es la síntesis de los logros en diferentes causas de muerte de todos los grupos de edad, pero en la Región, se relaciona en particular con ganancias en los primeros años de vida.

### ***Mortalidad infantil***

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

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

17. El progreso en la mortalidad de menores de un año estuvo determinado principalmente por la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, principalmente por diarrea y neumonía, y en menor grado por la reducción en las causas perinatales.

### ***Mortalidad perinatal***

**Meta:** *La mortalidad perinatal disminuirá 20%.*

18. El subregistro de la mortalidad fetal intermedia y de la mortalidad fetal tardía es considerable en la Región y éstos son datos imprescindibles para la estimación de las tasas de mortalidad perinatal, por lo que, en la práctica, muy pocos países llegan a estimar esta tasa.

19. Los datos disponibles más recientes en relación con esta meta, para la mayoría de los países, corresponden a 1995, publicados en 1997 conjuntamente por la OMS y el Banco Mundial, los cuales están disponibles en la página de Internet del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). El hecho de haber sido publicados un año antes de la aprobación de las OEP y que en muy pocos países hay datos posteriores que permitan hacer una comparación y establecer cambios, no permite, por lo tanto, determinar la medida en que se haya alcanzado esta meta.

20. La carencia de información se relaciona con la baja cobertura de parto institucional, la falta de registro de las muertes fetales por encima de la semana 28 de gestación, aún en nacimientos que ocurran en instituciones de salud, la baja cobertura de atención al recién nacido y barreras de acceso al Registro Civil en algunos países.

### ***Mortalidad neonatal tardía***

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

21. En la mayoría de los países de la Región, el subregistro de la mortalidad en las edades más tempranas es considerable por lo que las tasas de mortalidad no son rutinariamente estimadas, en especial para grupos de población como el de neonatos (menos de 28 días de nacimiento), grupo en el cual se ubica la mortalidad neonatal tardía (7 a 28 días).

22. Los registros que se realizan a través de la base de datos del Centro Latinoamericano de Perinatología, son registros de establecimientos de atención de salud y no alcanzan el panorama del nivel nacional. Sin embargo, se dispone de registros de solo cinco países, pero no son coincidentes en los años de registro. Por lo tanto, no hay suficientes datos sobre las tasas de mortalidad neonatal tardía en la Región como para determinar la medida en que se ha alcanzado esta meta. Los factores asociados son los mismos de la meta anterior.

### ***Mortalidad de menores de cinco años***

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

23. En los países de América para los que se dispone de información, las tasas estimadas de mortalidad en la niñez registraron una reducción media del 9,5%, lo que representó un descenso de la tasa de 3,7 por 1.000 nacidos vivos. Los avances en la reducción de la mortalidad en este grupo de edad se asocian al control de las enfermedades infecciosas (60%) y a la disminución de la mortalidad por afecciones perinatales.



24. Con relación a la meta establecida de reducir un 40% la tasa de mortalidad de menores de cinco años durante el período, 19 países registraron una disminución de entre el 7% y menos del 20%, en cuatro países la disminución fue de entre el 20% y el 27%, y en un país, la República Dominicana, los datos no permiten evaluar este indicador debido a inconsistencias en la información.

25. Las estimaciones disponibles para 2002 indican que, de los siete países que tenían una tasa de mortalidad en menores de cinco años superior a 50 por 1.000 nacidos vivos al inicio del período, cuatro continúan con tasas superiores a esta cifra, es decir tres lograron la meta de reducir esta tasa por debajo de 50 por 1.000 nacimientos.

26. Como en el caso de la mortalidad de menores de un año, el avance en relación a esta meta está relacionado con la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas y neumonía en los primeros años de vida.

### ***Mortalidad materna***

**Meta:** *La mortalidad materna disminuirá 25%.*

27. El subregistro de la mortalidad materna en la Región es significativo y está relacionado con varios aspectos: el subregistro de la mortalidad en general, la mala clasificación de las muertes maternas por certificación inadecuada y la falta de comparabilidad de los datos por cambios en la metodología de estimación. Además, hay enorme disparidad en los años de registro o de estimación de las tasas, y en muchos países los datos disponibles no permiten hacer comparaciones dentro del mismo país.

28. De acuerdo con los datos disponibles para 35 países en los Indicadores Básicos de la OPS, para el periodo 1998 -2001, se observa, en general, poco progreso en la reducción de la mortalidad materna. En cinco países la tendencia se mantiene sin cambios y se observa un aumento significativo de la razón de mortalidad materna en cinco países, e incremento mínimo o moderado en siete países. Seis países presentan un solo dato en el período y uno no presenta información. En once países la tendencia de la razón de mortalidad materna es decreciente.

29. Las causas de la mortalidad materna en la Región, reflejan las tendencias globales, correspondiendo alrededor del 75% a causas obstétricas directas, relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, entre las que se destacan las hemorragias, eclampsia, sepsis y complicaciones del aborto.

30. Por ello, la cooperación técnica está promoviendo una nueva estrategia regional para la reducción de la mortalidad materna, enfocada en la promoción de intervenciones

efectivas basadas en evidencia, la provisión de servicios de cuidado obstétrico esencial de calidad, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, la asistencia del parto por personal calificado, y la interacción permanente con estrategias de empoderamiento de las mujeres, la familias y las comunidades.

### ***Acceso a anticonceptivos***

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

31. No hay información disponible para el año 2002 en relación con esta meta. Sin embargo, de acuerdo con los Indicadores Básicos de la OPS, entre 1998 y 2000, de 35 países, 11 han cumplido la meta de alcanzar 60% o más de cobertura de uso de métodos anticonceptivos, con un promedio aproximado del grupo de 70%. También durante el período, 12 países mantuvieron la misma proporción de cobertura, con un promedio de 50% de prevalencia de uso de anticonceptivos, y finalmente 10 países disminuyeron su prevalencia entre 4% y 32 % logrando en promedio una proporción de 38%. De los dos países restantes uno presenta información para un solo año y otro no informa datos.

32. Además, los datos no son necesariamente comparables entre países ya que en algunos casos se trata de la proporción de mujeres en edad fértil (15 y 49 años) y en otros casos se refiere a las mujeres en relación de pareja estable y en algunos casos solo se determina la proporción de mujeres de las zonas urbanas.

### ***Retraso en el crecimiento***

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

33. El retraso en el crecimiento es posible medirlo con respecto a la adecuación de la talla para la edad, el peso para la edad o el peso para la talla. Por lo general se emplea el número de desviaciones estándar con relación a la talla o a la edad.

34. No se hacen registros sistemáticos de estos parámetros nutricionales, por lo que es necesario recurrir a estudios o encuestas específicas que no se pueden realizar con periodicidad por su elevado costo. Los datos disponibles de estudios de 14 países, indican una tendencia continua de disminución general del retraso del crecimiento desde 1978, e individualmente considerados, 5 países muestran una proporción menor de 20% de retraso en el crecimiento. Sin embargo, estos datos no son suficientes para establecer el cumplimiento regional de la meta, ya que de los 14 países, 12 tienen más de un dato pero

de ellos, únicamente 3 exhiben información para el período de evaluación de las metas de las OEP.

### ***Bajo peso al nacer***

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

35. De acuerdo con la información disponible en la página de Internet del Centro Panamericano de Perinatología, la meta regional se cumplió alrededor del año 2001 cuando se estimó un 8.48% de bajo peso al nacer para 38 países de la Región en su conjunto. Sin embargo 5 países continúan teniendo cifras mayores de 10%, aunque ninguno sobrepasa el 15% de bajo peso al nacimiento.

### ***Carencia de yodo***

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

36. La carencia de yodo es posible determinarla por diferentes medios, unos de los cuales son la proporción de población con Bocio y la concentración de yodo en la orina. No hay suficientes datos en la Región para informar sobre la consecución de la meta regional. Los datos disponibles de 18 países sobre carencia de yodo son todos anteriores a 1998 y no hay datos posteriores para esos mismos países.

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

38. Los costos que representa recabar sistemáticamente esta información no han permitido que se disponga de los datos necesarios en toda la Región, de forma actualizada.

### ***Hipovitaminosis A***

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

39. No se recoge información sobre esta deficiencia de manera sistemática por lo que es necesario recurrir a estudios específicos de alto costo que no pueden llevarse a cabo frecuentemente.

40. Hay información disponible de distintas fuentes para 16 países de la Región que no es suficiente para determinar la medida en que se ha alcanzado esta meta regional durante el período comprendido en la evaluación. La mayoría de los datos son anteriores a 1998 y solo Nicaragua reporta para 2000 una prevalencia de hipovitaminosis subclínica de 8%. Ningún otro país presenta datos posteriores a 1998. Otros estudios más recientes incluyen: los niveles de suplementación de vitamina A en algunos países de la Región, el efecto de los programas de fortificación en períodos comprendidos entre 1965 y 1996, y estudios de la concentración de retinol en el suero realizados entre 1991 y 2000, pero estos estudios no son comparables entre sí.

#### ***Carencia de hierro en mujeres en edad reproductiva y en embarazadas***

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

41. Los datos más recientes para 24 países son anteriores a 1998, con excepción de Perú y Haití que muestran datos para 2000, y no hay otros posteriores para determinar si se ha alcanzado la meta regional. La dificultad mayor para disponer de esta información se origina en que la fuente común para obtener estos datos son estudios de investigación, que no siempre tienen el mismo ámbito de cobertura, o se basan en estimaciones sobre estudios locales.

#### ***Poliomielitis***

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

42. El último caso de poliomiélitis causado por polio virus salvaje ocurrió en América en 1991. En 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) declaró que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. No se han notificado más casos en nuestro continente después de la epidemia de República Dominicana y Haití, la cual ocurrió entre los años 2001 y 2002, tuvo 21 casos, y que fue causada por un poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna.

43. La vigilancia de las parálisis flácidas agudas ha estado siempre cumpliendo con los estándares exigidos por la Comisión Global para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis.

#### ***Sarampión***

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

44. En abril de 2002, Venezuela era el único país de las Américas donde continuaba la transmisión autóctona del sarampión. A esa misma fecha se registraron casos en cuatro

países más, todos ellos importados. Se tomaron importantes medidas en Venezuela para controlar ese brote y no ha habido notificación de casos en la Región de las Américas debidos a la transmisión autóctona del virus desde noviembre 16 de 2002. Sin embargo hasta la semana 16 de 2003 se han presentado 11 casos, 7 en Canadá, 1 en Chile y 4 en los Estados Unidos, todos ellos casos importados de fuera de la Región.

### ***Tétanos neonatal***

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

45. En las Américas, entre 1998 y 2002, la incidencia del tétanos neonatal se mantuvo inferior a 1 por 1.000 nacidos vivos en el 99.4% de los 14.285 distritos de los países de Latinoamérica. Desde que se intensificó la vacunación de mujeres en edad fecunda en 1988, los casos de tétanos neonatal notificado han disminuido en un 92%. La comparación de los casos notificados en 1998 y 2002, indica que ha habido una disminución de 39% en los casos, que pasaron de 199 en 1998 a 122 en 2002.

46. Aunque la situación general actual es de progreso, hay situaciones disímiles importantes ya que la mayor incidencia se concentra en cuatro países (Haití, Brasil, Colombia y México) y solo 11 países todavía están por encima de la meta, ya que tienen distritos con tasas mayores de 1 por 1.000 nacidos vivos, de los cuales solo dos (Costa Rica y Paraguay) tienen entre 1% y 2% de distritos con tasas mayores a 1 por 1.000, mientras que los demás mantienen menos del 1% de sus distritos en esa condición. En Haití, que en 2002 reportó el 26% del total de casos de Latinoamérica, y donde 49 (37%) de sus 133 municipios tuvieron tasas superiores a 1 por 1.000 nacidos vivos en 2001, se ha iniciado la ejecución del Plan de Eliminación del Tétanos Materno-Neonatal, el cual contempla entre sus objetivos el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud.

### ***Lepra***

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

47. Según la información disponible en 2001 se logró eliminar la lepra como problema de salud pública en 14 países donde en 1992 todavía no se había eliminado. Todos los países de Latinoamérica tienen tasa de prevalencia menor de 1 por 10.000 habitantes. Solo persiste un país con prevalencia mayor, Brasil (4.24 por 10.000) donde existe el 88.7% de los casos de la subregión.

48. Desde el advenimiento de la poliquimioterapia como medida de tratamiento, la lepra es una enfermedad curable y su adopción ha redundado en los resultados que se observan en la Región.

### ***Caries dental***

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

49. Las estimaciones de la prevalencia de la caries dental abarcan períodos de alrededor de 10 años, y no se puede calcular la prevalencia correspondiente al período comprendido en la evaluación. Sin embargo y aunque la fecha de los datos varía según el país, durante el período de 1977 a 2001, en 11 países se logró reducir la caries dental 50% o más. La reducción correspondiente a todos los países durante este período fue de alrededor de 49%, en promedio.

### ***Rabia humana***

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

50. La tendencia decreciente del número de casos de rabia humana, se mantuvo durante el período con una reducción de 75% en los últimos 10 años. De 1998 a 2000, los casos de rabia humana disminuyeron 28%, pasando de 89 en 1998 a 64 en 2000. Entretanto, de 1998 a 2002 los casos disminuyeron en 68.5%, con un total de 28 casos en 9 países de la Región. Para 2000 ya se había eliminado la rabia humana en 19 de las 21 capitales de América Latina.

51. En el año 2001, el perro fue la fuente de infección de 71,2% (37 casos), de los 52 casos humanos notificados, con información sobre el animal transmisor. Estos casos ocurrieron en 7 países, que representan el 38% de la población humana de la Región, de los 48 países y territorios que constituyen las Américas.

52. La rabia en perros sigue una tendencia similar a la rabia humana transmitida por el perro. En los últimos 10 años el número de casos se redujo en un 76%. En 2001 fueron notificados 1.652 casos. En 2002, datos parciales indican que fueron notificados 432 casos de rabia en perros. Este impacto está asociado al esfuerzo realizado por los gobiernos de los países de América Latina principalmente en la vacunación masiva de perros.

### ***Enfermedad de Chagas***

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

53. De los seis países del Cono Sur, en el año 2002, Chile y Uruguay tuvieron certificación que en el 100% de su territorio había interrupción de la transmisión del *Tripanosoma Cruzi* por *Triatoma Infestans*. Entretanto, Brasil obtuvo el 85% de su territorio certificado de haber logrado interrumpir la transmisión por este vector, Argentina logró una certificación del 21% y Paraguay el 6%. Bolivia es el único país que no posee áreas certificadas de interrupción de la transmisión vectorial por *T. Infestans*.

54. Estos resultados se han alcanzado por el alto compromiso político con las medidas de control en los países, reflejado por una asignación continua de recursos humanos y financieros por un período de más de 10 años.

### ***Fiebre aftosa***

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

55. La situación actual de la fiebre aftosa en los países del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) se ha mantenido en control con relación al año 1998, aunque con altibajos en el transcurso de los cuatro años del período.

56. Hasta mediados del año 2000 la región del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) y gran parte de los estados brasileños que componen los circuitos pecuarios Sur, Centro Oeste y Este, se mantuvieron libres de fiebre aftosa con una área de aproximadamente 6,2 millones de Km<sup>2</sup> y con una población de 140 millones de bovinos (49% de la población bovina de América del Sur). Argentina, Chile y Uruguay ya habían alcanzado el reconocimiento internacional de libres sin vacunación, y Paraguay y regiones de Brasil el estado de libres con vacunación. Esta situación epidemiológica favorable representó un beneficio económico para los países del Cono Sur. Eliminaron las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, ahorraron el costo de vacunaciones y tratamientos, iniciaron nuevas exportaciones de carne a Norteamérica y ampliaron su comercio con países de Europa y el Oriente.

57. A partir del segundo semestre del año 2000, se registraron brotes en el sur de Brasil y Uruguay. Argentina presentó una grave epidemia, a partir de febrero del 2001, que se extendió por el país, excepto la zona libre de la Patagonia. Chile, Paraguay y el resto de los estados de Brasil del área libre mantuvieron la condición de libres. En octubre de 2002, Paraguay ha tenido un foco de aftosa y perdido su condición de área libre.

58. Actualmente, Argentina tiene más de un año sin presentar casos y debe esperar un año más para obtener la certificación de área libre de aftosa. Chile está libre de la enfermedad. Uruguay ha completado dos años sin reportar casos y está tramitando la certificación de área libre con vacunación. Paraguay no reporta casos desde fines de 2002. Bolivia continúa con regiones específicas endémicas para la fiebre aftosa, y Brasil no ha presentado registro de la enfermedad en todo su territorio durante el año 2002.

### ***Saneamiento básico***

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

59. Los datos más recientes recopilados en la Región son de 1998. Sin embargo, en vista de las tendencias regionales de los últimos 40 años, se calcula que, para 2000, aproximadamente 79% de la población de las Américas tenía suficiente acceso a servicios de saneamiento, se estima que la cobertura superó el 80% al final de 2002.

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

### ***Agua potable para consumo***

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

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

61. Los datos más recientes recopilados en la Región son de 1998. Sin embargo, en vista de las tendencias regionales de los últimos 40 años, se calcula que ya para 2000, aproximadamente 85% de la población de las Américas tenía suficiente acceso a servicios de agua potable, superando la meta esperada para 2002.

62. Aunque se trata de un logro importante para la Región, cabe señalar que la población rural que no dispone de suficiente acceso a agua potable para consumo (38,8%) es más del quintuplo de la población urbana que carece de este servicio (7%) en América Latina y el Caribe. Se calcula que los países que en 1998 tenían un acceso de 75% no aumentaron la cobertura 10%. Sin embargo, lograron un aumento más acorde con la realidad, situado entre 2% y 3%, durante el período.



63. El avance, tanto en el acceso al agua potable para consumo, como a los servicios de saneamiento básico es producto del compromiso político institucional en los países, y de la inversión sostenida en la última década en las zonas urbanas, en los asentamientos de los estratos medios y altos. Esfuerzos continuos se requieren en los estratos bajos urbanos y en las áreas no urbanas.

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

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

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

### ***Transfusión de sangre***

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

65. En 2002, 20 países de América Latina notificaron un tamizaje de 100% para VIH, hepatitis B y C, y sífilis en comparación con 10 en 1998. Al mismo tiempo, 15 países informaron practicar tamizaje entre 90% y 99% de la sangre para esas mismas enfermedades. Esto indica que 35 países tuvieron entre 90% y 100% de tamizaje en 2002 para las cuatro patologías mencionadas, en contraste con 15 países en 1998.

66. Al comienzo del período, en 1998, hubo 29 países que no reportaron sus coberturas de tamizaje mientras que en 2002 solo 8 no lo hicieron.

67. En relación con el Tripanosoma Cruzi, en 1998 4 países informaron 100% de tamizaje de sangre y seis países entre 5.6% y 99%. En el año 2002, seis países reportaron un tamizaje de 100% y 11 países informaron entre 27% y 99%. Hay un cambio apreciable en el progreso del tamizaje de sangre en la Región para la enfermedad de Chagas, con un incremento del 70%, de 10 a 17 países.

68. Los países avanzaron en el tamizaje de sangre usando como referencia la Resolución CD41.R15 del Consejo Directivo, para definir políticas nacionales y adoptar medidas para inversión en reactivos de laboratorio. No se ha logrado un tamizaje de 100% en todos los países por los altos costos de estos reactivos, falta de donantes voluntarios y exceso de Bancos de Sangre compitiendo.

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

69. En 1998 solo 16 de 43 países y territorios de la Región (37%) participaban en programas de control de calidad en relación con las enfermedades transmitidas mediante transfusiones y en 2002 se incrementó a 37 (86%) el número de países participantes.

70. En relación con los programas de control de calidad en inmunohematología, en 1998 había 18 países participantes (42%) y en 2002 fueron 41 países (95%) lo que indica que solo un país no participa en estos programas de control de calidad. Hay un solo país sobre el cual no hay información y actualmente 37 países participan en ambos programas, mientras en 1998 eran solo 15 países.

71. El progreso en esta meta se explica con la selección de Bancos de Sangre de referencia en los países, esfuerzos en la reducción de bancos innecesarios, el desarrollo de amplios procesos de capacitación a distancia y la conformación de redes de expertos alrededor de centros académicos por subregiones.

### ***Consumo de tabaco***

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

72. En muchos países de la Región se han adoptado políticas de gran alcance en materia de control del tabaquismo. Para 2001, en tres países de la Región (Brasil, Canadá y Estados Unidos) se habían adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por los niños y adolescentes.<sup>1</sup>

73. El análisis de las medidas y políticas adoptadas por 35 países de la Región, y que están vigentes actualmente, indica que 25 países exigen el despliegue de mensajes y

---

<sup>1</sup> Los criterios utilizados para las políticas eficaces de control del tabaquismo en los jóvenes fueron el aumento real del precio del tabaco y sus derivados mediante aumentos de los impuestos al tabaco, la eliminación de la promoción del tabaco y la institución de entornos sin humo de tabaco. Estas políticas se basan en la resolución CD43.R12 del 43<sup>er</sup> Consejo Directivo de la OPS “Convenio marco para la lucha antitabáquica”.

advertencias sobre los efectos nocivos del tabaco para la salud en los artículos de venta y tienen prohibiciones o restricciones para fumar en lugares de trabajo, educación, salud, transporte, restaurantes o lugares públicos.

74. En 18 países se transmiten mensajes públicos por los medios de comunicación masiva informando sobre los riesgos para la salud del hábito de fumar y en 26 países hay programas de educación y promoción contra este hábito.

75. En 19 países se prohíbe de manera específica la venta de cigarrillos a los menores de edad y en 23 países se prohíbe el anuncio de cigarrillos en determinados medios de comunicación social masiva. Además, 10 países han adoptado medidas para prohibir la venta de cigarrillos por unidad.

76. Todas estas medidas requieren de un mayor esfuerzo restrictivo y de promoción de la salud, ya que encuestas realizadas en diversos países de la Región muestran que el consumo de cigarrillos entre adolescentes todavía constituye un serio problema y varía entre 13,5% y 39,5%.

### ***Sistemas de información sanitaria***

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

77. La información en salud es crítica para que los países puedan tomar decisiones e implementar medidas tendientes a lograr progresos en el mejoramiento de la salud de la población y en la calidad del medio ambiente. Los países son la fuente de los datos y por lo tanto el progreso debe ser buscado a ese nivel con el fin de obtener la información más actualizada y confiable posible. Como no es posible registrar todos los eventos que atañen a la salud de forma sistemática, por esto, desde comienzos de la década de 1990, la Oficina ha realizado un esfuerzo extraordinario para definir, mantener y publicar un conjunto de indicadores básicos de salud, y en este esfuerzo se ha involucrado a los países de la Región.

78. Entre 1998 y 2002 se ha casi triplicado el número de países que publican datos básicos sobre salud proporcionados por los sistemas nacionales de información sanitaria. En 1998 eran 8 países y en 2002 se elevó a 22 los que publicaron al menos dos folletos al año con datos básicos sobre salud.

79. Este avance está relacionado con la adopción de la iniciativa de “Datos Básicos” en la Oficina y en los países, el apoyo político sostenido a esta iniciativa y la cooperación con los países para su adopción y ejecución.

### ***Registro de defunciones***

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

80. Los países requieren de datos vitales oportunos y confiables para poder planificar acciones en salud. Uno de ellos es la mortalidad, la cual en todos los países es de obligatoria notificación. Sin embargo, el subregistro de la mortalidad es uno de los hechos de mayor trascendencia para mantener las tendencias demográficas actualizadas.

81. Según las estimaciones basadas en la información disponible en la base de datos de mortalidad de la OPS, en 1998 había siete países con subregistro de mortalidad superior a 20% y en 2000 en esos siete países la situación se mantuvo, pero se agregaron tres países más, para un total de 10 con un subregistro de defunciones de más de 20%.

82. El escaso progreso en relación con esta meta está derivado de la falta de prioridad que se otorga en los países a las estadísticas vitales y a las estadísticas de salud en particular.

83. Este es uno de los campos donde se requieren grandes esfuerzos nacionales y de la cooperación técnica para avanzar desde la base de la recolección misma de los datos y su procesamiento oportuno. Además, es preciso considerar que las estimaciones pueden presentar fluctuaciones de algunos puntos porcentuales de un año a otro, dependiendo de la revisión de población de las Naciones Unidas que se utilice, sin que ello signifique necesariamente un deterioro del registro de mortalidad. Adicionalmente, las estimaciones se hicieron empleando la codificación de la 10.<sup>a</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y algunos países no habían hecho el cambio de la 9.<sup>a</sup> a la 10.<sup>a</sup> revisión y pueden aparecer en la base sin datos actualizados.

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

84. En 1998, de 35 países de la Región sobre los cuales se tenía información respecto de la asignación de las defunciones a una o unas causas específicas, ocho continuaban notificando que más de 10% de las defunciones se debían a causas mal definidas. En el año 2000, de acuerdo con la información disponible reportada por los países, se

encuentran solo dos países que aún tienen más del 10%. Sin embargo al comparar las dos series no es necesario tener en cuenta que en 2000 solo notificaron 18 países.

### **Lecciones aprendidas**

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

86. En relación con el proceso de elaboración es deseable que éste contemple la mayor participación posible para que el producto final refleje la diversidad de los países y la pluralidad de opiniones, propuestas y puntos de vista en el abordaje de los problemas de salud de la Región, además de constituir la oportunidad de llegar a consensos necesarios y propósitos comunes. El mayor énfasis debe estar centrado en que estas políticas reflejen las necesidades colectivas y sentidas de los países y concuerden con sus principios de acción.

87. Además de la concordancia con las prioridades nacionales, esto se relaciona también con el compromiso de los países con el cumplimiento de las metas. Varios ejemplos en el período 1999-2002 son elocuentes al mostrar cómo cuando hay compromiso nacional y la cooperación se orienta en ese sentido, se logran éxitos notables. La mortalidad infantil se ha reducido alrededor de la meta establecida; no hay más casos de poliomielitis ni de sarampión en la Región; y la lepra, en general, ya no constituye un problema de salud pública en la mayoría de los países. Además, la rabia humana transmitida por perros se eliminó en 19 de las 21 capitales de la Región, y la fiebre aftosa se mantiene bajo control y las acciones de emergencia para controlarla se ponen en operación de inmediato cuando se detecta una situación anómala. También, la cobertura de agua y eliminación de desechos es mayor del 90% en las zonas urbanas y se mantiene este progreso a pesar del continuo crecimiento demográfico urbano.

88. Se destaca el esfuerzo que han hecho los países en el área de control de la transmisión de enfermedades por vía sanguínea, ya que se duplicó el número de países que realizan 100% de tamizaje de sangre para VIH, hepatitis B y C, y sífilis; y el número de países participando en programas de control de calidad para la transmisión de enfermedades por la transfusión de sangre pasó de 37% al comienzo del período a 86% en 2002. Estas son quizá las más fructíferas lecciones de la definición, adopción y ejecución

de metas regionales, porque conllevan el mejoramiento de la salud de la población y el mejoramiento del ambiente.

89. Con relación a la potenciación de la cooperación técnica con los países, es preciso tener en cuenta que hay otras entidades cuya actividad se relaciona con la de la OSP, por lo que sería beneficioso que pudieran participar en las etapas tempranas de la elaboración de las políticas, con el fin de encontrar sinergias o posibles contradicciones desde el comienzo, y tener la oportunidad de actuar en consecuencia para corregir las discordancias y magnificar las coincidencias.

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

91. Es muy importante que la selección de metas y objetivos contemplen la viabilidad de darles seguimiento y evaluarlos al final del período porque se dispone de los datos necesarios o porque los sistemas de información de los países incluyen estas variables de forma permanente. El seguimiento y la evaluación no deberían constituirse en una tarea difícil y compleja, ni en una carga excesiva para las labores cotidianas, sino formar parte de un proceso natural de análisis y evaluación del desempeño institucional.

92. Un aspecto relevante del ejercicio de evaluación de las actuales OEP ha sido, en algunos casos, la dificultad para poder encontrar la información requerida, y con la calidad necesaria para evaluar el cumplimiento de las mismas. Por lo tanto, se percibe la necesidad de considerar como una prioridad, tanto para los países como para la Oficina, los sistemas de información en salud, no solo en los aspectos de producción oportuna y continua de datos, sino en el procesamiento, análisis y disponibilidad de información actualizada.

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

94. Finalmente, una característica que determina el entusiasmo y el compromiso en el cumplimiento de las orientaciones de política, y un condicionante para establecer alianzas

y redes de cooperación para la implementación de las políticas, es el grado de conocimiento que de ellas se tenga, dentro y fuera de la Oficina. Por esto, parece altamente deseable y necesario que se difundan y promuevan, no solo entre el personal de la Oficina sino entre todas las entidades que tengan relación con la salud pública.

### **Intervención del Consejo Directivo**

95. Este informe se presenta al Consejo Directivo de conformidad con la Resolución CSP26.R18 adoptada por la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, con el fin de actualizar la información relativa al cumplimiento de las metas regionales de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1999-2002.

- - -