



# Boletín Epidemiológico

Organización Panamericana de la Salud:  
Celebrando 100 Años de Salud

Vol. 25, No. 2

Junio 2004

## Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes mundiales de 189 estados adoptaron un conjunto de objetivos y metas cuantificables y delimitadas en tiempo para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente, la discriminación contra la mujer, y comprometiéndose con los principios de los derechos humanos, la gobernanza responsable y la democracia. Se esbozaron en la Declaración del Milenio, y desde entonces se han resumido y operacionalizado como un paquete de 8 objetivos generales, 18 metas y 48 indicadores, comúnmente denominado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a alcanzarse para el año 2015 (Recuadro 1).

La apropiación del proceso de ODM por los países es esencial y en las Américas se abordó en una conferencia de alto nivel en Brasilia en noviembre 2003<sup>1</sup>. La Declaración de Brasilia es una llamada a la acción y ejecución que refuerza el principio de asociación inherente a la Declaración del Milenio y los convenios previos de las anteriores Cumbres de las Américas.

Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud: reducción de la mortalidad infantil y materna, y combate contra el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades. Aún más, siete de las 18 metas están directamente relacionadas con las responsabilidades del sector de la salud – la meta dos con la desnutrición, la cinco con la mortalidad durante la niñez, la seis con la mortalidad materna, la siete con el VIH/SIDA, la ocho con la malaria y otras enfermedades, la 10 con el agua potable y la 17 con los medicamentos esenciales. Estas 18 metas también pueden ser vistas como factores macrodeterminantes de diferentes capas que tradicionalmente se han definido que impactan en la salud a diversos niveles, desde el proximal a uno más distal. Esto otorga a la salud un papel preponderante dentro de la agenda de desarrollo mundial y brinda al sector de la salud grandes oportunidades para el compromiso político de fomentar la salud y el bienestar social de las poblaciones del mundo.

### Situación en la región

El mundo ha hecho avances hacia los ODM pero este progreso ha sido muy desigual y, en muchos países,

demasiado lento para alcanzar las metas de 2015. En las Américas, algunos de los mayores retos se encuentran dentro del área de salud. Actualmente, la situación varía notablemente entre los países de la Región y los diferentes grupos de población, así como entre los indicadores de las metas. Como los datos abajo sugieren, es difícil predecir que la Región alcanzará en su totalidad las ambiciosas metas de salud.

En 2003 en la Región, la mortalidad infantil osciló entre 5,3 por 1.000 nacidos vivos en Canadá a 80,3 por 1.000 en Haití<sup>2</sup>. Aunque este indicador ha mejorado durante la última década, un estudio de caso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha revelado que si continúan las tendencias actuales, la reducción de la mortalidad infantil y de los menores de cinco años en la Región alcanzaría 54%, muy por debajo de los dos tercios establecidos en la Meta 4<sup>3</sup>. La situación de otro indicador para la Meta 4, cobertura de vacuna antisarampionosa, también es muy variante, con un promedio regional de 91%. Estimaciones para los indicadores de la Meta 5 reflejan que la situación de la mortalidad materna es también sumamente variada. En 2000, la razón de mortalidad materna fue estimada en 34,1 por 100.000 nacidos vivos en Cuba y 523,0 por 100.000 nacidos vivos en Haití. Además, durante el último decenio, algunos países observaron un aumento en la mortalidad materna y algunos otros una disminución significativa. Más aún, otras estimaciones muestran que la reducción anual necesaria entre 2000 y 2015 para alcanzar la meta varía de 1,6% en Uruguay a 15,1% en Panamá<sup>4</sup>.

La epidemia de infección por VIH/SIDA está bien establecida en las Américas, con una prevalencia nacional de por lo menos 1% en 12 países, todos ellos en el Caribe, y una prevalencia de infección por VIH entre mujeres embarazadas superior a 2% en seis de ellos<sup>5</sup>. En la mayoría de los otros países de la Región, la epidemia está más concentrada en ciertas áreas o grupos poblacionales. La desaceleración necesaria para detener y revertir la epidemia para 2015 y alcanzar la Meta 6 no se ha visto actualmente en la Región. La incidencia de malaria también varía enormemente en los países de la Región, pero se estima que en 2002, 31% de la población de las Américas vivía en áreas con algún riesgo

### EN ESTE NÚMERO...

- *Análisis de Salud:*
  - Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas
  - Situación de la mortalidad infantil en las Américas, 1990-2002: monitoreando el progreso hacia las metas del milenio
  - Perfiles de salud Ecuador, Guatemala y Paraguay

- *Normas y estándares en epidemiología:*
  - Definiciones de caso: Esquistosomosis
- *Anuncios*
  - La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, 2003 en CD-ROM

**Recuadro 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio, Metas e Indicadores.**

[http://www.developmentgoals.org/About\\_the\\_goals.htm](http://www.developmentgoals.org/About_the_goals.htm)

OBJETIVOS y METAS (de la Declaración del Milenio)	INDICADORES - para medir los progresos
<b>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	
<b>Meta 1:</b> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población
<b>Meta 2:</b> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Porcentaje de menores de 5 años con peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
<b>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal</b>	
<b>Meta 3:</b> Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años
<b>Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer</b>	
<b>Meta 4:</b> Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional
<b>Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años</b>	
<b>Meta 5:</b> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
<b>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</b>	
<b>Meta 6:</b> Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
<b>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</b>	
<b>Meta 7:</b> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años 19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA 20. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años
<b>Meta 8:</b> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES)
<b>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</b>	
<b>Meta 9:</b> Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PIB) 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agota la capa de ozono (toneladas de PAO) 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
<b>Meta 10:</b> Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
<b>Meta 11:</b> Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios (barriadas o áreas marginadas)	32. Proporción de hogares con derecho asegurado a la tenencia de la tierra
<b>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</b>	
<b>Meta 12:</b> Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. (Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional)	<b>Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)</b> 33. La AOD neta, total para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE 34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento) 35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada 36. La AOD recibida en los países sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto 37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto
<b>Meta 13:</b> Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. (Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza)	<b>Acceso a los mercados</b> 38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos 39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y del vestido procedentes de países en desarrollo 40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (PIB) 41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial
<b>Meta 14:</b> Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo. (Mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)	<b>Sostenibilidad de la deuda</b> 42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo) 43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (en dólares de E.U.) 44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios
<b>Meta 15:</b> Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	
<b>Meta 16:</b> En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo	45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total
<b>Meta 17:</b> En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable
<b>Meta 18:</b> En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes 48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes

potencial de transmisión de la enfermedad, y 80% de los casos notificados se originan en los nueve países que comparten el bosque lluvioso en la Amazonia en América del Sur<sup>6</sup>. Dadas las amplias variaciones en la incidencia durante el último decenio, es difícil decir si la meta de reversión de la epidemia, como está definida en la Meta 6, se encuentra en marcha. En 2002, había 223.057 casos de tuberculosis en las Américas, 50% de ellos en Brasil y Perú. El total de casos en la Región ha disminuido 11% entre 1999 y 2002<sup>7</sup>.

La evaluación de agua y saneamiento llevada a cabo por la OPS indicó que la cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento en América Latina y el Caribe eran de 84,6% y 79,2%, respectivamente, alrededor de 2000. En total en la Región, más de 76 millones de personas no tienen acceso al abastecimiento de agua, y 103 millones están sin ningún servicio sanitario para la eliminación de aguas residuales y excretas. En 1995, sólo 23 países notificaron que los abastecimientos de agua en las zonas urbanas cumplieron con las normas de seguridad de la OMS, pero esto no se aplica a las zonas rurales. En la Región se encuentran graves desigualdades en el acceso al agua, generalmente vinculadas a los ingresos y lugar de residencia<sup>8</sup>.

Por último, sólo cinco países (Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua y Panamá) tienen políticas que tratan específicamente con los farmacéuticos. Veintiún países tienen listas básicas de medicamentos y han incorporado el concepto de medicamentos esenciales. Sin embargo, el acceso a los medicamentos continúa siendo limitado, por ejemplo, en Brasil sólo 31% de la población lo tiene<sup>6</sup>. En las Américas, sólo 53% de la población que necesita tratamiento para el VIH/SIDA tiene acceso a él.

#### **La función de la OPS en el logro de los ODM**

Como se mostró antes, para las Américas el énfasis en la reducción de las desigualdades, en particular las de salud, es de especial importancia para lograr los ODM. De hecho, alcanzar las metas no está limitado a lograr un nivel de indicadores a nivel regional o promedio nacional, sino que es necesario ver que está sucediendo en los niveles subnacionales. Esto es particularmente importante y relevante en una Región tan desigual como las Américas, donde algunos de los coeficientes de Gini para evidenciar la desigualdad de ingresos en 1999 fueron 0,5 en Perú, 0,6 en Bolivia, 0,59 en Nicaragua y 0,64 en Brasil<sup>9</sup>, y donde el coeficiente de Gini regional para la mortalidad infantil en 1997 fue 0,33<sup>6</sup>.

En este contexto, la OPS ha decidido poner los ODM como base de su cooperación técnica, y ha definido una serie de objetivos estratégicos para ayudar a los países a alcanzarlos. En el centro de esta acción se encuentran las dimensiones estratégicas definidas como los principios orientadores de la Organización para: reducir las desigualdades al abordar la agenda de salud inconclusa en la Región, preservar el progreso logrado hasta el presente y reaccionar a retos de salud nuevos y emergentes. La estrategia de la OPS depende de: la abogacía para concientizar sobre las prioridades de salud fijadas por los ODM; el apoyo al progreso hacia los ODM mediante iniciativas de políticas sanitarias en el contexto del desarrollo sanitario nacional; la integración de los ODM con otras metas de salud existentes a nivel nacional y regional; la mayor cooperación con socios ministeriales, legislativos y otros diferentes que estén involucrados en el trabajo para alcanzar las metas; el asegurar que las

comunidades tengan poder de decisión y se involucren en los procesos implantados para llegar a los ODM, particularmente entre grupos étnicos, poblaciones indígenas y mujeres; monitoreo del progreso hacia los ODM; e inicio de investigaciones para fortalecer la base científica y generar nuevo conocimiento para alcanzar las metas.

Estas líneas de acción reflejan que el proceso de ODM requerirá apoyo de sistemas epidemiológicos confiables, en particular en la medición del progreso hacia las metas. Igual que los objetivos, los países deben adoptar y conducir las metas, el proceso y el producto del monitoreo. Esto incluye la definición de cómo se aplican los ODM a la situación actual del país, y cómo debe abordarse su logro mediante estrategias de desarrollo, políticas y programas nacionales. En muchos países de la Región, el seguimiento de los ODM relacionados con salud requiere el desarrollo de sistemas estadísticos sostenibles y de destrezas para analizar y usar los datos para la formulación de políticas y la programación. La Iniciativa de Datos Básicos de la OPS y otras estrategias de cooperación para apoyar el desarrollo de sistemas de información sanitaria nacionales harán grandes aportes al esfuerzo de monitoreo. La medición y el seguimiento de los ODM también reflejan la importancia especial de datos desagregados de buena calidad, en los niveles regional, subregional y de país.

Los ODM subrayan la necesidad de tener metas claras y cuantificables para los retos mundiales y dar un mensaje claro de la prioridad necesaria para invertir en las poblaciones mediante la salud y otras dimensiones del desarrollo. La OPS está comprometida a enfrentar el reto para garantizar más equidad entre los pueblos de la Región de las Américas.

#### **Referencias:**

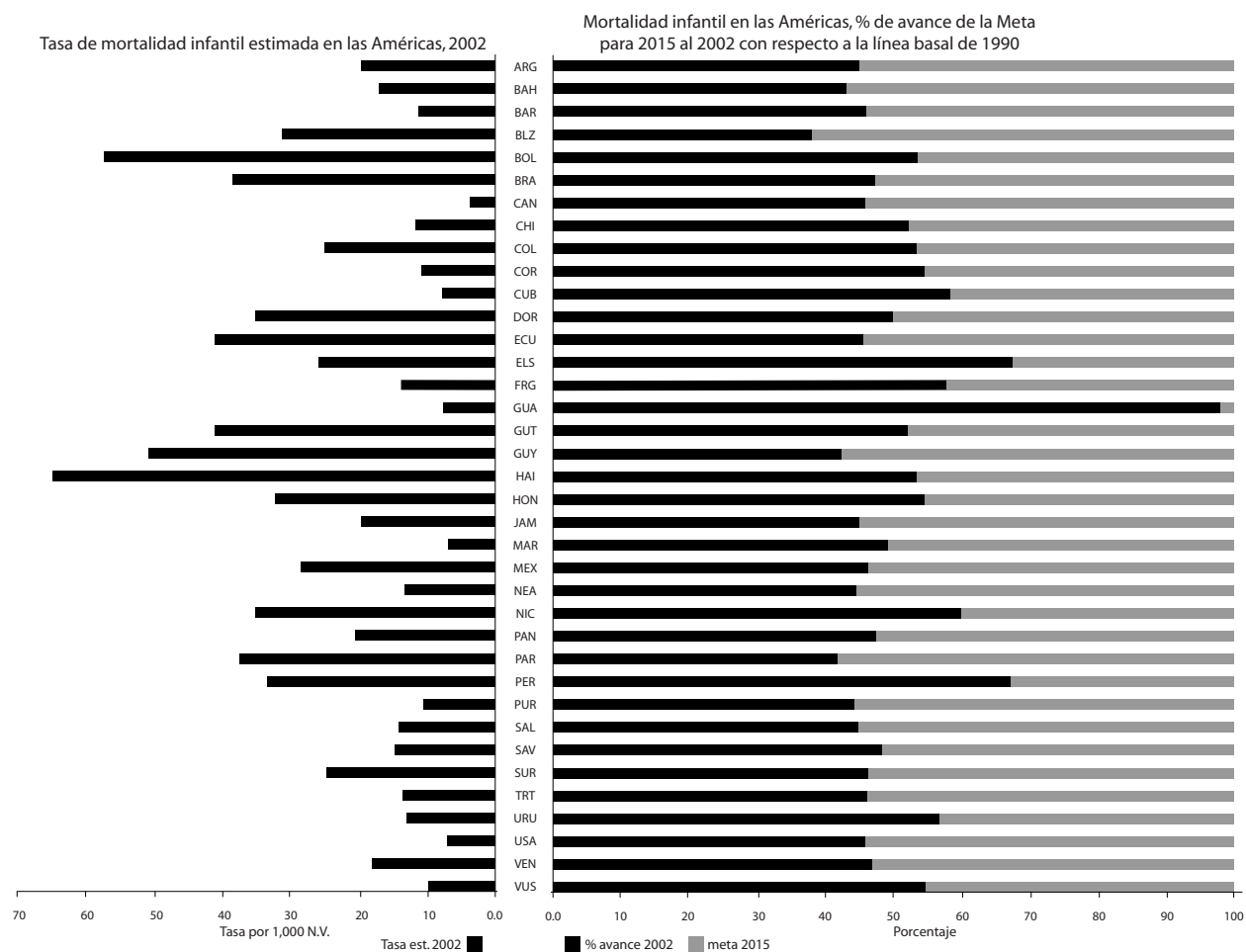
- (1) Inter-American Development Bank, United Nations Development Program, Government of Brazil, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, World Bank. Brasilia Declaration: Proposal for Implementing the Millennium Development Goals, 17 November 2003.
- (2) Pan American Health Organization. Core Health Data System 2003.
- (3) Torres C., Mujica O. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 15(6): 430-439; 2003.
- (4) Inter-American Development Bank. Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos, acciones y compromisos. Washington, DC: IDB; 2004.
- (5) UNAIDS/PAHO. HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future. Meeting of Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Epidemiology Network for Latin America and the Caribbean (EPINET), Cuba, 7-12 of April 2003.
- (6) Pan American Health Organization. Health in the Americas: 2002 Edition. Washington, DC: PAHO; 2002. (Scientific and Technical Publication No. 587).
- (7) PAHO. Area of Disease Prevention and Control. Epidemiological and operational situation of the TB in the Americas. Presentation in Tegucigalpa in May 2004 in the V Stop TB Inter Agency Meeting.
- (8) Pan American Health Organization. Division of Health and Environment. Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Agua y Saneamiento, estado actual. Washington, DC 2001.
- (9) Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Instituto de Investigación Económica Aplicada, United Nations Development Program. Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean. 2002. (Libros de CEPAL No. 70).

*Fuente:* Preparado por Ilona Kickbusch, Asesora para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Objetivos de Salud y Anne Roca, Oficial Técnico, DPM; basado en el documento CE134/10 que será presentado en la 45ª sesión del Consejo Directivo de OPS.

## *Situación de la Mortalidad infantil en las Américas, 1990-2002: monitoreando el progreso hacia los ODM*

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la tasa de mortalidad infantil es un indicador de reducción de la mortalidad de menores de cinco años entre 1990 y 2015. Es un indicador que rutinariamente evalúan los países. El análisis de la información de este indicador muestra que la tasa por 1.000 nacidos vivos para 2002, varía entre 5,3 para Canadá y 63,2 para Haití. Al revisar el progreso del indicador respecto a

su meta en 2015 a nivel de país, se observa que 21 de 37 de ellos han avanzado menos de 50% de la meta entre 1990 y 2002 (que es alrededor de la mitad del periodo de observación). Los avances han fluctuado entre 38,1% en Belice y 98,2% en Guadalupe, sugiriendo que algunos países deberán hacer esfuerzos especiales para alcanzar la meta.



**Nota:** Argentina (ARG), Bahamas (BAH), Barbados (BAR), Belice (BLZ), Bolivia (BOL), Brasil (BRA), Canadá (CAN), Chile (CHI), Colombia (COL), Costa Rica (COR), Cuba (CUB), República Dominicana (DOR), Ecuador (ECU), El Salvador (ELS), Guayana Francesa (FRG), Guadalupe (GUA), Guatemala (GUT), Guyana (GUY), Haití (HAI), Honduras (HON), Jamaica (JAM), Martinica (MAR), México (MEX), Antillas Neerlandesas (NEA), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Paraguay (PAR), Perú (PER), Puerto Rico (PUR), Santa Lucía (SAL), San Vicente y las Granadinas (SAV), Suriname (SUR), Trinidad y Tabago (TRT), Uruguay (URU), Estados Unidos de América (USA), Venezuela (VEN), Islas Vírgenes EUA (VUS)

**Fuente:** Sistema regional de datos básicos en salud - Generador de tablas. <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

### *Perfiles de País*

Desde la década de los 50's, la publicación de Salud en las Américas, pretende dar un panorama general de lo que acontece en la Región, tradicionalmente se incluye un capítulo de país donde se destacan los principales logros y avances, así como, los problemas que ha enfrentado el país. Tomando como base este capítulo de país se realiza un resumen con la información más importante y se incluye en el Web de la OPS, con el nombre de Perfiles de Salud de País. Dentro de la programación estratégica de la Organización se contempla

que la cooperación técnica tenga un mayor énfasis en los países prioritarios y clave y dado la diseminación que tiene el Boletín Epidemiológico, el año pasado se decidió que, por este medio, se publicaran los perfiles de salud de país de los países prioritarios: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. En este número se publican los primeros tres países clave, Ecuador, Guatemala y Paraguay. En el siguiente número se publicarán Perú y Venezuela.

# Ecuador

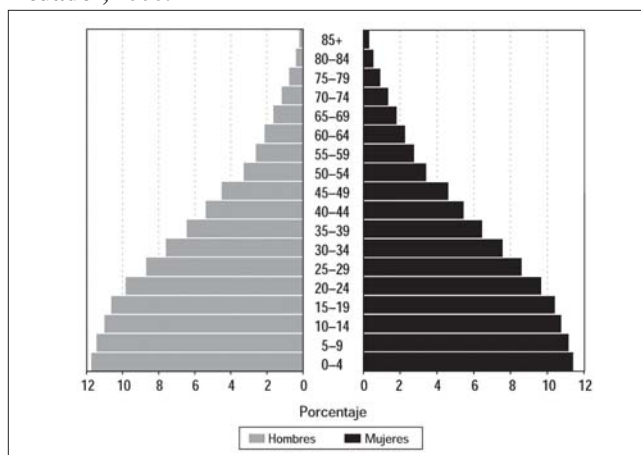
## Situación general y tendencias

En el año 2000 la población estimada fue 12.645.495 habitantes (hab), con densidad promedio de 49,3 hab/km<sup>2</sup>. El país está conformado por 22 provincias, 215 cantones y 1.149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) y circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley. En zonas urbanas vive 63% de la población; de ésta, 46% se concentra en Quito y Guayaquil. La profundización de la crisis política, económica y social entre 1997 y 2000, el impacto económico del fenómeno El Niño en 1997-1998 y la caída brusca del precio del petróleo en 1999 afectaron negativamente el alcance de las metas de modernización del estado, descentralización de la gestión pública, democratización política y equidad social.

La tasa de crecimiento poblacional anual 1995-2000 fue 1,9%. En 2000, 34% de la población era menor de 15 años (39% en 1990) y 4,7% mayor de 64 años (4,1% en 1990) (Figura 1). La tasa global de fecundidad bajó de 4,0 hijos por mujer en 1985-1990 a 3,3 en 1994-1999 (2,6 urbana; 4,4 rural; 5,5 en mujeres sin instrucción formal). Desde 1997 se verifica movimiento migratorio intenso hacia la ciudad y al exterior.

El crecimiento del PIB cayó de 3,4% en 1997 a -7,3% en 1999, subiendo a 2,0% en 2000 (Figura 2). En 1999, la hiperinflación (63%) condujo a una grave recesión económica y caída de los ingresos reales de la población. Entre 1997 y enero de 2000 la moneda se devaluó más de 800% respecto del dólar americano, estableciéndose la dolarización del sistema monetario. En diciembre de 2000 la inflación cerró en 96%. El desempleo urbano aumentó de 9% en 1998 a 17% en 1999; en diciembre 2000 bajó a 9%, caída atribuida en parte a la emigración masiva de población desempleada. En 1999 la población en condición de pobreza llegó a 69% (55% de la población urbana; 88% de la rural). Entre 1995 y 1999 el índice de Gini aumentó de 0,54 a 0,59. En 1998 el decil más rico de población acumuló 41% del ingreso nacional, 68 veces lo acumulado en el decil más pobre (0,6%). En 1999, el analfabetismo fue 8% en varones y 12% en mujeres; 30% en población indígena.

**Figura 1: Estructura de la población por edad y sexo, Ecuador, 2000.**



En 1999 la tasa de mortalidad general fue 5,9 por mil hab (6,8 en varones; 4,9 en mujeres). La última estimación disponible indica que en 1995 hubo un subregistro de 25% en la mortalidad general, 13% de defunciones no tiene certificación médica y 14% consigna signos/síntomas mal definidos como causa básica de muerte. En 1999 la mortalidad (por 100 mil hab) por enfermedades circulatorias fue 155; cáncer 85; causas externas 82; infecciosas 79; perinatales 28. En la figura 3 puede verse la distribución por sexo. La esperanza de vida al nacer para 1995-2000 se estimó en 69,9 años; 67,3 en varones y 73,5 en mujeres.

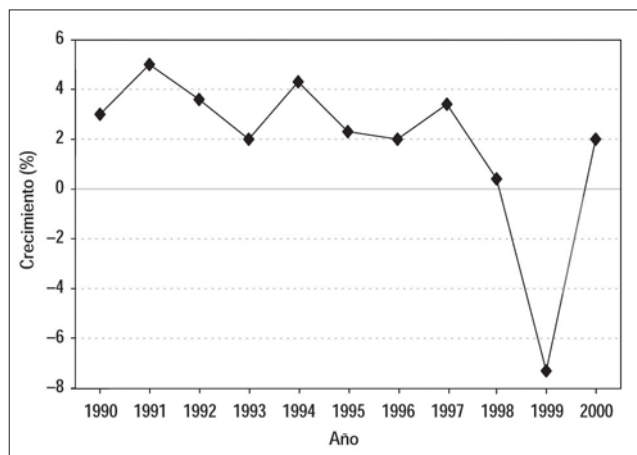
## Problemas específicos de salud

### POR GRUPO DE POBLACIÓN

**La salud del niño (0-4 años) y los escolares (5-9 años):** La tasa de mortalidad infantil estimada fue 30 por mil nacidos vivos (22 urbana; 40 rural); 63% en su componente neonatal; 26% por causas transmisibles, 1994-1999. La prevalencia de bajo peso al nacer fue 16% (rural 19%). En 1999, la mortalidad en niños de 1 a 4 años fue 354 por 100 mil; 47% por causas transmisibles. La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue 26% en 1998. En el grupo de 5 a 9 años, la mortalidad fue 92 por 100 mil en 1999.

**La salud de los adolescentes (10-14 y 15-19 años):** En el grupo de 10 a 19 años las causas externas ocupan el primer lugar de mortalidad 340 (10-14 años) y 634 (15-19 años) por 100 mil hab. En 1994-99, 25% de las mujeres de 15 a 19 años reportó actividad sexual (edad media de inicio: 16,6 años) y 11% refirió empleo de anticonceptivos. La tasa específica de fecundidad en este grupo fue 91 por mil. La prevalencia de uso de drogas ilícitas fue 6% a nivel nacional en 2000. De la población de 20 a 59 años, 63% reportó usar algún método anticonceptivo. En 1999, 81% de las embarazadas tuvo al menos un control prenatal (5 métodos de controles: 43%); la cobertura institucional del parto fue 69% (86% urbana; 49% rural); la mortalidad materna se estimó en 91,7 por 100 mil nacidos vivos.

**Figura 2: Crecimiento anual del producto interno bruto, Ecuador, 1990-2000.**



*La salud de los adultos (20-59 años) y adultos mayores (60 años y más):* En los adultos predomina la mortalidad por causas externas (107 por 100 mil), en especial agresión y accidentes de transporte. En los adultos mayores predomina la mortalidad por neoplasias (685 por 100 mil). La prevalencia de discapacidad 1994-96 fue 13%.

#### POR TIPO DE ENFERMEDAD O DAÑO

*Enfermedades prevenibles por vacunación:* Desde fines de 1998 se ha extendido una epidemia de rubéola en menores de 1 año y escolares en todas las provincias. Desde 1997 el país está libre de sarampión. La vigilancia de parálisis flácida aguda se mantiene activa. El tétanos neonatal bajó de 24 casos en 1998 a 6 en 2000. Desde la epidemia de difteria en 1994-95 no se confirmó nuevos brotes. Entre 1999 y 2000 hubo brotes de tos ferina en menores de 5 años de comunidades indígenas, incluyendo más de 80 casos en menores de 6 meses. Las coberturas nacionales de inmunización en 2000 fueron 100% para BCG, 83% para OPV3 y 89% para DPT3 en menores de un año y 89% para anti-sarampión en población de 12 a 23 meses (Figura 4).

*SIDA/VIH y otras infecciones de transmisión sexual:* En 2000 Ecuador acumuló 1.561 casos de SIDA y 1.559 de VIH; en 2000 se notificó 315 y 348 casos, respectivamente. La incidencia por sexo se puede ver en la Figura 5. En 95% se reportó transmisión sexual (62% heterosexual); 64% en población de 20 a 39 años; 20% en mujeres.

*Enfermedades transmitidas por vectores:* La malaria pasó de 11.991 a 104.598 casos, incluyendo 50 mil casos de *P. falciparum* en 1999 (letalidad 3,2 por 10 mil), siendo asociado al fenómeno El Niño. El área de riesgo malarístico comprende 133 cantones y 6,6 millones de hab. En 2000 se reportó 22.958 casos de dengue, frente a 6 mil casos anuales entre 1997 y 1999, incluyendo casos sugestivos de fiebre hemorrágica. Circulan los 4 serotipos de dengue. La fiebre amarilla bajó de 31 casos en 1997 a 4 en 1998 y 2 en 2000, asociada a vacunación antiamarilica en áreas endémicas.

*Zoonosis:* En el 2000 se reportó 3 casos de rabia humana y 82 de rabia canina, frente a 65 y 1.175, respectivamente, en 1996. Luego de 12 años sin peste, se reportó 13 casos en 1998 y 8 en 1999 en Chimborazo. En enero de 1998 ocurrió un brote con 160 casos de leptospirosis en Guayas (letalidad 10%).

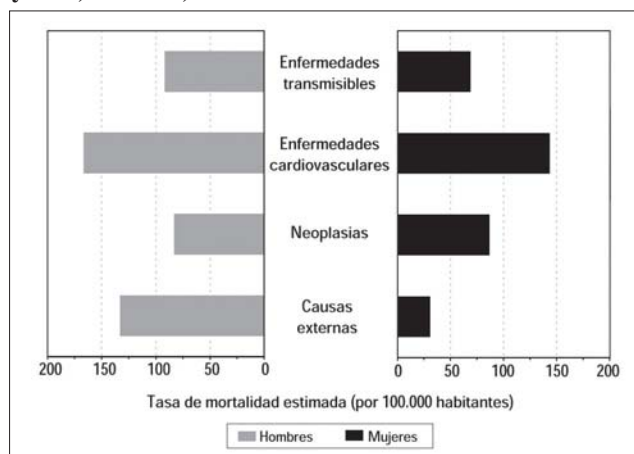
*Enfermedades crónicas transmisibles:* El número de casos de tuberculosis captados y tratados bajó de 7.214 en 1997 a 5.064 en 2000. En el 2000 se reportó 194 casos incidentes de lepra, frente a 129 en 1997.

*Enfermedades nutricionales y metabólicas:* En 1999 la mortalidad por diabetes mellitus fue 27 por 100 mil (30 en mujeres); 19% de escolares de Quito eran obesos y 22% presentaron dislipidemias.

*Enfermedades cardiovasculares:* La mortalidad (por 100 mil) por enfermedades cerebrovasculares fue 36, isquémica del corazón 31 e hipertensiva 23, son más altas en varones.

*Accidentes y violencia:* Los accidentes de transporte produjeron una tasa de mortalidad de 19 por 100 mil, homicidio 20 y suicidio 6,5 por 100 mil.

**Figura 3: Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Ecuador, 1999.**



*Salud Oral:* En 1996, la prevalencia de caries en niños de 12 años fue 85%; el índice CPO-D fue 3,0 frente a 5,0 en 1988.

*Desastres naturales:* Los daños asociados al fenómeno El Niño, oscilación sur, se estimaron en US\$ 2.869 millones (17% del PIB de 1997). La actividad volcánica del Pichincha provocó la caída de 1.131.000 toneladas de ceniza sobre Quito en 1999 y la del Tungurahua la evacuación de 25.000 personas entre 1999 y 2000. La ruptura del oleoducto en Esmeraldas (1998) y en Sucumbíos (2000) provocaron pérdidas humanas y considerables daños materiales y ecológicos.

#### Respuesta del sistema de salud

##### POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD

La consulta nacional de 1997 estableció cuatro roles del Estado en salud: rectoría, promoción de la salud, garantía de acceso equitativo a la atención y provisión descentralizada de los servicios; y tres niveles de acción política: intersectorial (promoción de la salud y participación social); sectorial (sistema y seguro de salud, regulación sectorial, asignación y uso de recursos, práctica médica, ciencia y tecnología y reforma legal); e institucional (funciones esenciales de salud pública y coordinación de la cooperación externa). En lo jurídico, la descentralización se ampara en la Ley especial de descentralización del Estado y de participación social, vigente desde octubre de 1997, que establecen pautas para la transferencia de competencias y recursos a los municipios y consejos provinciales, en los ámbitos social y económico.

##### LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Desde 1994 la reforma sectorial se centró en el desarrollo de un modelo de provisión, financiamiento y gestión descentralizada de servicios que combine equidad con eficiencia y en un plan de acción común entre proveedores.

##### EL SISTEMA DE SALUD

El sector salud tiene funciones de conducción, regulación, planificación y aseguramiento, formación de recursos humanos y prestación de servicios; esta última función se realiza por medio del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas, los municipios y las instituciones privadas, ya sea con fines sociales o lucrativos. La falta de coordinación es más acentuada entre las instituciones proveedoras de servicios,

que se rigen por políticas, modelos de atención y esquemas de financiamiento diversos, con la consiguiente duplicación de inversiones.

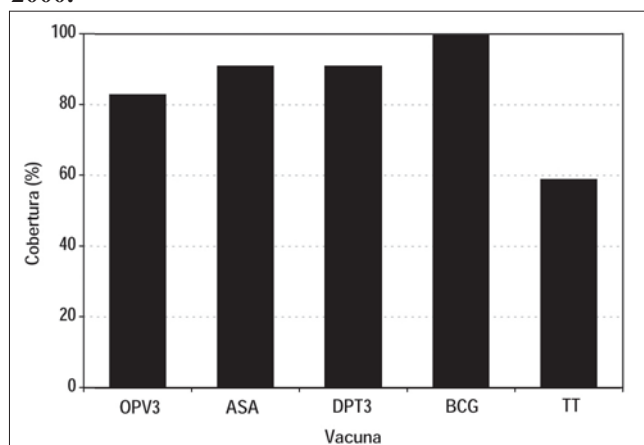
#### REGULACIÓN SANITARIA

La prestación de programas y servicios de salud está regulada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), incluyendo atención, infraestructura y equipamiento. Las disposiciones y acciones de regulación sanitaria están contenidas en el Código de Salud. El Ministerio de Industria y Comercio regula el precio de medicamentos y el MSP su registro sanitario, control de calidad, comercialización y expendio. El Ministerio de Comercio Exterior regula el control de calidad de los alimentos; el MSP ejerce el control sanitario de su producción y consumo.

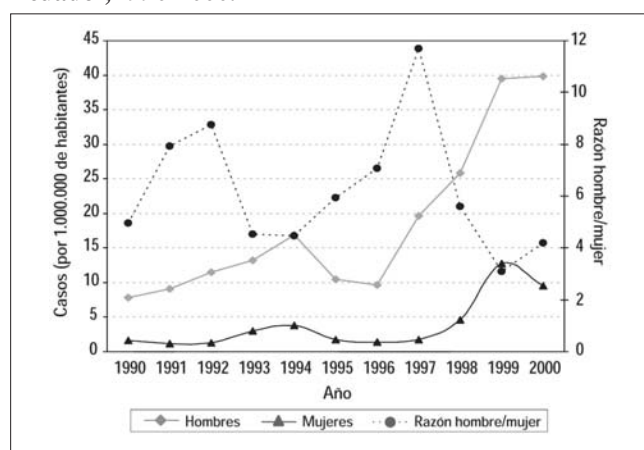
#### ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones han existido y tienen una mayor prioridad en un plan de acción 2001-05. Desde 1997 la estrategia AIEPI se ejecuta a escala nacional y ha servido para integrar redes intergubernamentales en salud infantil. Desde 1995 el MSP ejecuta el programa de control de deficiencias de

**Figura 4: Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Ecuador, 2000.**



**Figura 5: Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Ecuador, 1990-2000.**



micronutrientes. En 1999 se reforzó el control de malaria con financiamiento del Banco Mundial; en 2000 se implementó la estrategia TAES para control de tuberculosis. En 1999 se promulgó la ley que crea el Instituto Nacional del Sida (InSida). Se amplió la red nacional de laboratorios de salud pública para vigilancia de rubéola, sarampión, hepatitis B, influenza, meningitis, neumonía bacteriana, rabia, peste, sífilis congénita, fiebre amarilla, enfermedades de transmisión alimentaria y calidad de agua de consumo humano. No existe un sistema nacional integrado de información en salud y hay escasez de recursos humanos capacitados en análisis estadístico y epidemiológico. La prestación de servicios de agua y saneamiento es responsabilidad municipal. En 1988 existían 214 sistemas de abastecimiento urbano y 3.500 rural; la población sin acceso a servicios de agua fue 30% y eliminación de excretas 42%.

#### ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INDIVIDUAL

En 1999 se contabilizaron 2.825 establecimientos para la atención ambulatoria y 541 para la hospitalaria. El país dispuso de 19.083 camas hospitalarias en 1999 (1,5 por mil hab); ese año hubo 635.766 egresos hospitalarios; el promedio de estancia fue 5,2 días/paciente. Existen 38 bancos de sangre que recolectaron 82.237 unidades de sangre en 2000. En 1996 se estableció el registro de discapacidad y en 2000 el comité nacional del adulto mayor.

#### INSUMOS PARA LA SALUD

En 1998 había 6.903 medicamentos registrados; 28% genéricos; 80% importados. El valor del mercado fue US\$ 344 millones.

#### RECURSOS HUMANOS

En 1999 existían 13,8 médicos, 1,6 dentistas, 5,0 enfermeras, 0,8 obstetras y 10,7 auxiliares de enfermería (por 10 mil hab). En 1999 emigraron del país 2.800 médicos (10% del total afiliado a la Federación Médica Ecuatoriana). Bajos salarios, inestabilidad laboral y desocupación son problemas persistentes entre el personal de salud.

#### GASTO EN SALUD

Entre 1997 y 2000 el gasto en salud per cápita bajó de US\$ 52 a 26. El gasto público en salud cayó de 1,1% del PIB en 1995 a 0,5% en 1999. El quintil más pobre tuvo 7,6% del gasto en salud; 38% el más rico. 88% del gasto privado es de bolsillo.

#### FINANCIAMIENTO SECTORIAL

49% proviene de hogares, 24% del Estado, 13% de empleadores, 9% de cooperación internacional y 5% de la Lotería Nacional y rentas municipales. El aporte de la cooperación internacional equivalió a US\$ 60,5 millones en 1997. 26% de estas contribuciones fue al MSP y sanidad de fuerzas armadas, 25% al sector privado lucrativo, 21% al IESS, 11% a farmacias privadas, 4% a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y 13% a otros proveedores de salud. El mayor volumen está dado por créditos del Banco Mundial: Proyecto Fasbase 1993-2000 (US\$ 70m), Proyecto Modersa 1999-2003 (US\$ 45m), Proyecto Salud y Desarrollo 1998-2001 (US\$ 20,2m) y Proyecto Hacer Retroceder la Malaria (US\$ 3m).

# Guatemala

## Situación general y tendencias

Guatemala tiene una extensión de 108.889 km<sup>2</sup>. La división política administrativa está organizada en 22 departamentos y 331 municipios con 20.485 lugares poblados. La población estimada para el 2000 fue 11.433.694 habitantes, 65% vive en el área rural. La densidad de población es 102 habitantes por km<sup>2</sup>. Los indígenas constituyen 48% de la población. En el 2000, el crecimiento demográfico anual fue de 2,9%. El 44,0% de la población era menor de 15 años y 5,3% tenía 60 años y más. (Figura 1). La esperanza de vida fue de 67,2 años (64,7 para hombres y 69,8 para mujeres).

La actividad agrícola contribuyó a la economía del país con 26% del PIB y generó 60% del empleo. En 1998, la economía guatemalteca creció 5%. En los años 1999 y 2000, las tasas anuales de variación del PIB fueron de 3,6% y 3,3%, respectivamente; y los valores del PIB per cápita, sobre la base de valores a precios de 1995 fueron de 0,9% y 0,8%, respectivamente. El crecimiento del PIB puede verse en la Figura 2. En 1998, la carga tributaria neta se situó en 8,9% del PIB. La deuda interna disminuyó de 10,6% del PIB en 1990 a 5,2 % en 1998. La deuda externa como proporción del PIB, disminuyó de 18% en 1990 a 10% en 1998. En 1998, la pobreza en la población indígena era de 91,3%. El desempleo abierto pasó de 3,7% en 1995 a 5,6% en 1999. En 1999, la tasa de analfabetismo fue de 31,7% siendo 39,2% en las mujeres y 26,3% en los hombres. Para 1999, la tasa de natalidad fue 34 por 1.000 hab.

En 1999, se registraron 53.486 defunciones, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 4,8 por 1.000 hab. Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos, correspondieron a neumonías y diarreas. En 1999 estas causas representaron 22,3% y 6% del total de defunciones, respectivamente. En 1997, según datos de INE, la mortalidad proporcional por los 6 grandes grupos de causas fue: enfermedades transmisibles 13%; tumores 7%; enfermedades del aparato circulatorio 12%; ciertas afecciones originadas en el período perinatal 8%, causas externas 13% y todas las demás causas 47%. Los médicos certificaron 59,8% de las defunciones. El subregistro de mortalidad se estimó en 56%.

## Problemas específicos de salud

### POR GRUPO DE POBLACIÓN

*La salud de los niños (0-4 años) y escolares (5 a 9 años):* Para 1997 y 1999, la tasa registrada de mortalidad infantil (TMI) fue 37,7 y 40,5 por 1.000 nacidos vivos (nv) (Figura 3). La tasa de mortalidad neonatal y posneonatal fueron de 15,4 y 22,3 por 1.000 nv, respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999 (ENSMI-98/99), estimó la TMI en 45 por mil nv. Para 1999, las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las causas perinatales representaron 40%, 12% y 11% respectivamente, de las muertes de menores de un año. La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años fue 14 por mil; 9 en el área urbana y 20 por 1.000 en el área rural. Para 1999, se registraron 1.027 defunciones en el grupo de 5-9 años para una tasa de 0,6 por 1.000. Los casos de EDA incrementaron

de 16.015 casos en 1997 a 43.119 en 1998 y 50.799 casos para 1999.

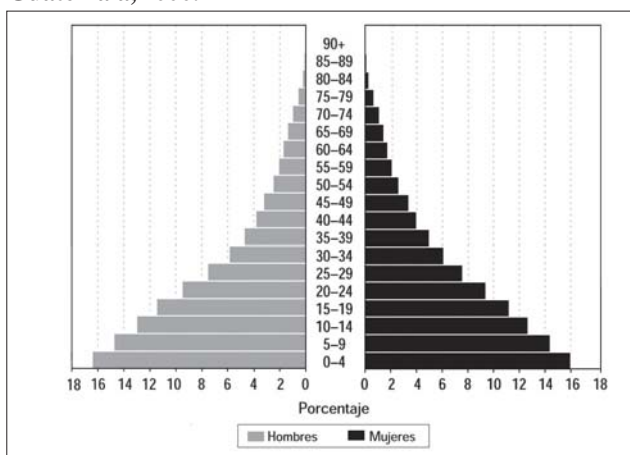
*La salud de los adolescentes (10 a 19 años):* En el 2000, la población de 10 a 19 años se estimó en 2.752.924 personas, 24% de la población total. El 51% de esta población vivía en el área rural. La tasa de fecundidad en las adolescentes (15 a 19 años) fue de 123 por cada 1.000 mujeres. Para 1998, según datos del INE, las principales causas de muerte en el grupo de 15 a 19 años fueron: muertes por arma de fuego, neumonía e influenza, y las infecciones intestinales.

*La salud de los adultos (20 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más):* Para 1999, la población entre los 20 a 59 años fue 4.116.147 habitantes (39,3% del total). Según la ENSMI'95, la tasa estimada de mortalidad materna para 1990-1995 fue de 190 por 100.000 nv. Datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de 1997 a 1999, indicaron tasas de mortalidad materna de 98; 100,2 y 94,9 por 100.000 nv, respectivamente. La tendencia en la utilización de métodos de planificación aumentó de 31,4% en 1995 a 38,2% en 1998 y 1999. Para 1999 se estimó en 5,3% la proporción de habitantes de 60 años y más.

*La salud de los trabajadores:* Las mujeres constituyen 24% de la PEA. El 34,1% de los niños comprendidos entre 7 y 14 años son trabajadores. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubre únicamente 17 % de la población del país. En 1998 y 1999, las intoxicaciones por plaguicidas en seis departamentos del país fueron 1.131 y 754 casos, respectivamente.

*La salud de los indígenas:* Guatemala es uno de los países de América Latina con más población indígena (48%). Para 1998, el analfabetismo en departamentos con población indígena entre 75% a 100% fue de 52,2. La desnutrición crónica fue 67,8% para los indígenas.

Figura 1: Estructura de la población por edad y sexo, Guatemala, 2000.





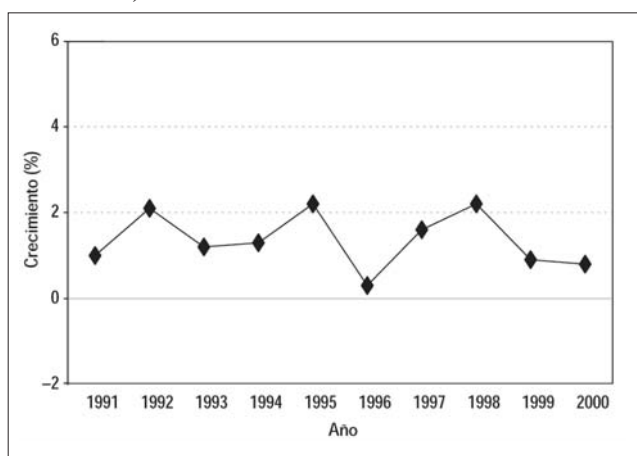
#### POR TIPO DE ENFERMEDAD O DAÑO

**Desastres naturales:** En 1999 y el 2000, se produjeron una serie de sismos que ocasionaron daños en 12 departamentos. En noviembre de 1998, el huracán Mitch ocasionó cuantiosos daños en 14 de los 22 departamentos del país, evacuándose 106.000 personas y ocasionando 268 muertes. En el 2000, la precipitación pluvial fue el doble de la del invierno de 1999, causando múltiples daños en la costa sur y occidente por el crecimiento de ríos.

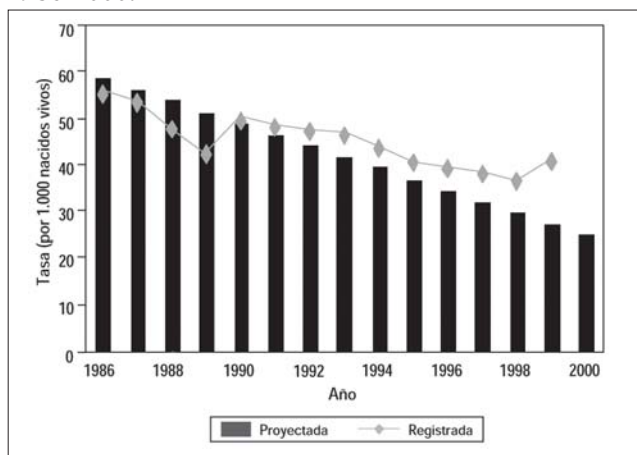
**Enfermedades transmitidas por vector:** En 1999, se registraron 101.326 casos, con un índice parasitario anual (IPA) de 12,2 por 1.000. El 92% de los confirmados, correspondieron a *P. vivax*; 3,2% a *P. falciparum* y 5,3% a casos asociados. En el 2000, se registraron 109.874 casos, (95,9% a *P. vivax*; 4% a *P. falciparum* y 0,1% mixtos). En 1999, se registraron 3.617 casos de dengue (931,7 por 100.000). Se registraron dos casos de dengue hemorrágico y una defunción. En el 2000 se registraron 10.083 casos; de ellos 9.006 fue por diagnóstico clínico de dengue clásico (1.035 confirmados); 42 casos de dengue hemorrágico y 9 defunciones. La letalidad fue de 21,4%.

**Enfermedades prevenibles por vacunación:** El último caso

**Figura 2: Crecimiento anual del producto interno bruto, Guatemala, 1991-2000.**



**Figura 3: Tendencias de la mortalidad infantil, Guatemala, 1986-2000.**



reportado de poliomielitis fue en 1991. La vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas (PFA), en el período 1996 a 2000, se realizó investigando 49, 77, 51, 56 y 87 casos respectivamente, ninguno de ellos confirmado. En el 2000, la tasa general de PFA fue de 1,7 por 100.000 menores de 15 años. En 1996 no se reportaron casos de sarampión; se presentó un caso aislado en 1997 y desde entonces, no se han confirmado casos. La vigilancia epidemiológica se realiza a los casos sospechosos y durante el período 1996 a 2000, se reportaron 128, 303, 171, 291 y 904 casos respectivamente; ninguno confirmado. El número de casos reportados de tétanos neonatal en el período 1996 a 1999 fue de 17, 7, 5 y 2 casos respectivamente. En el 2000 fueron registrados seis casos y tres defunciones. Se ha observado un aumento progresivo de los casos de tos ferina, durante el quinquenio 1996 a 1999 con 40, 131, 441 y 268 respectivamente. En el 2000 se notificaron 194 casos. El último caso reportado de difteria fue en 1997. En el 2000, se reportaron cinco casos de meningitis tuberculosa, con cuatro defunciones. Todas estas áreas reportan coberturas con BCG superiores a 90 por ciento (Figura 4).

**Enfermedades infecciosas intestinales:** En 1999 se registraron 385.633 casos de EDA (tasa de 3.470 por 100.000 hab), además de 3.244 muertes (29,2 por 100.000) por dicha causa. En el 2000, la morbilidad presentó un incremento de 21,6% con relación a 1999, registrándose 468.981 casos (4.220 por 100.000). En 1999, los menores de 5 años fueron el grupo más afectado con 61,8% de los casos. Se observó un incremento en los casos de cólera entre 1997 y 1999, donde se registraron 1.008 y 2.077 casos, respectivamente. En el 2000 se registraron 790 casos. En 1999 y 2000 se presentaron 18 y 6 defunciones por cólera (letalidad de 0,9 y 0,8 respectivamente).

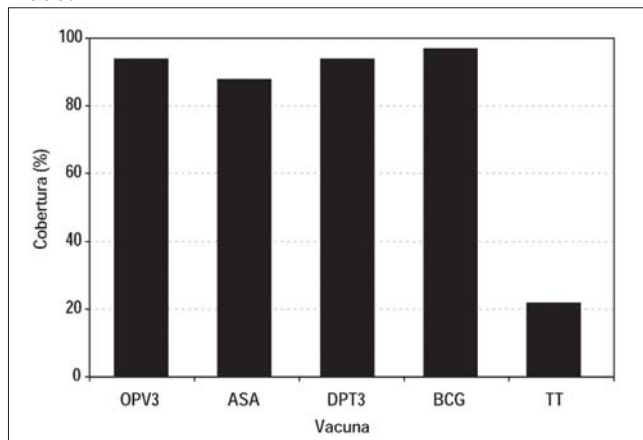
**Enfermedades crónicas transmisibles:** En 1999 se registraron 2.820 casos de tuberculosis de los cuales 2.597 fueron pulmonares (87,1%); de ellos 2.264 fueron con baciloscopia positiva. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años representando 21% del total de casos para 1999. En el 2000, se registraron 2.274 casos de tuberculosis, de los cuales el 46,6% de los casos fueron mujeres y 14 % menores de 10 años. A inicios del 2001 sólo se habían registrado 27 casos de lepra a nivel nacional, que estaban bajo tratamiento y control.

**Infecciones respiratorias agudas:** Las IRA eran la primera causa de morbilidad y mortalidad en el país. En 1999 se registraron 1.019.247 casos de IRA y 228.762 casos de neumonía que causaron 11.082 defunciones. La neumonía fue la primera causa de mortalidad entre los niños menores de 1 año (10,6 por 1.000 menores de un año); 63% de los casos y 50% de las defunciones ocurrieron en los menores de cinco años.

**Zoonosis:** En 1999, se registraron dos casos de rabia humana y 6 casos en el 2000. Se reportaron 13.207 y 15.053 personas mordidas por animales sospechosos para 1999 y 2000.

**VIH/SIDA:** La epidemia sigue siendo concentrada en poblaciones urbanas y en grupos tradicionalmente considerados de alta vulnerabilidad. Al 30 de junio de 2001, se habían notificado 4.197 casos (tasa de 35,9 por 100.000 hab.) reconociendo un potencial subregistro de 50%. El 74% son hombres; el grupo más afectado es el de 15 a 49 años,

**Figura 4: Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Guatemala, 2000.**



con 87% de los casos. En el 2000 la relación hombre:mujer fue 2,1 (Figura 5). Hasta 1999 se conocían 141 casos de transmisión madre-hijo. La incidencia de SIDA en 1999 fue 266 y 316 en el 2000.

**Enfermedades nutricionales:** El 46% de los menores de cinco años, presenta algún grado de desnutrición crónica. La prevalencia de desnutrición global -peso/edad (P/E)- alcanza 24% entre los menores de cinco años. La deficiencia de vitamina "A", ascendió a 15% en preescolares (niveles de retinol sérico = 20  $\mu$ /dl). La deficiencia de hierro (anemia en niveles de hb = 12 gr/dl) afectaba a 35,4% de las mujeres en edad reproductiva; 39,1% de embarazadas y 34,9% de no embarazadas. La prevalencia de anemia (niveles hb = 11gr / dl) en niños de 1 a 5 años fue de 26%.

**Tumores malignos:** El cáncer ginecológico constituye 42% de todos los cánceres de ambos sexos. En 1999, se registraron 452 casos y 240 defunciones por cáncer cérvico-uterino. El cáncer de mama ocupa el tercer lugar de todos los cánceres y el segundo en la mujer.

**Accidentes y violencia:** En 1999 se registraron 2.741 muertes producidas por accidentes (5,1% del total de muertes), con una tasa de mortalidad de 16 por 100.000 hab.; 384 muertes por suicidio (0,7% del total de muertes) y 1.774 muertes por homicidio (3,3% del total de muertes).

### Respuesta del sistema de salud

#### POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD

En la Constitución de la República, la salud es reconocida como derecho fundamental. Los Acuerdos de Paz constituyen un instrumento de política pública que sustentan la reforma del sector salud y el proceso de extensión de cobertura. El Código de Salud aprobado en noviembre de 1997, establece que el "MSPAS ejerce formalmente la conducción sectorial y tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida como la "conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional" que constituye la base jurídica para el desarrollo de una reforma del sector salud con capacidad de influencia más allá de las instituciones públicas. El Código de

Salud, establece la obligación del MSPAS de proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costearla, priorizando la población carente de acceso a servicios. Las Políticas de Salud 2000-2004 contemplan: a) salud integral de los grupos familiares; b) salud de los pueblos mayas, garífuna y xinka, con énfasis en la mujer; c) salud de la población migrante y desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos; d) ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad; e) desarrollo del saneamiento básico y ambiente; f) acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional; g) desarrollo estratégico del recurso humano; h) desarrollo, desconcentración y descentralización institucional; i) coordinación intra e intersectorial; j) mejoramiento y optimización de la cooperación externa; k) desarrollo del financiamiento del sector salud.

#### ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

El propósito de la Reforma del Sector Salud contempla "la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud". Los objetivos específicos de la reforma sectorial son: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud focalizándolos en los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando su sustentabilidad; c) reorientar la asignación de los recursos; d) aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios; e) generar una respuesta social organizada con una amplia base de participación social y comunitaria. Se hace énfasis en la organización de los servicios financiados públicamente para la extensión de cobertura hacia la población rural carente de acceso. En 1996, se estimaba en 46% la población no cubierta con servicios de salud. Entre los años 1997 y 2000 se logró un incremento de cobertura del 35% de la población total. La estrategia se basó en una alianza entre el gobierno, a través del MSPAS y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

#### ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud está conformado por tres grandes subsectores: privado lucrativo, privado no lucrativo y público. Tradicionalmente desvinculados entre sí. El subsector público lo encabeza el MSPAS, responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a población abierta. Otros proveedores públicos van dirigidos a grupos específicos del servicio civil: sanidad militar y hospital de la policía nacional; también está el IGSS, que cubre a los trabajadores afiliados al régimen. El subsector privado no lucrativo está integrado por ONG's, existiendo cerca de 1.100 ONG's en Guatemala, 82% nacionales, de éstas 18% desarrollan acciones de salud principalmente preventivas (80%) y la prestación de servicios clínicos (20%). El subsector privado lucrativo presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales.

#### ORGANIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE REGULACIÓN SANITARIA

La influencia reguladora del MSPAS en el sector privado tiene particular relevancia en el control de la calidad de medicamentos y alimentos. Para garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos y productos afines, el MSPAS cuenta con el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines quien se apoya con el

Laboratorio Nacional de Salud (LNS). Para 1995, la cobertura de agua fue 92% a nivel urbano y 54 % rural. La cobertura de saneamiento fue 72% y 52 % respectivamente. La disposición de desechos sólidos en el área urbana corresponde a 47% de servicios de recolección.

#### ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

El MSPAS, para 1999 contaba con 1.352 establecimientos de salud; de ellos, 43 son hospitales (17 departamentales, 10 distritales, 7 regionales, 6 especializados y 3 generales de referencia). Existían 29 centros de salud tipo "A"; 234 centros de salud tipo "B"; 973 puestos de salud; 48 centros de urgencias periféricas y 15 maternidades cantonales. La relación cama-habitante es de 1,0 por 1.000 a nivel nacional. El IGSS cuenta con 24 hospitales; 30 consultorios; 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales. De ellos, 6 hospitales y 11 consultorios están en el departamento de Guatemala. Existen un total de 2.447 camas disponibles con 1,4 camas por cada 1.000 derecho-habientes del IGSS. La ciudad de Guatemala, cuenta con un Hospital Público Psiquiátrico con 360 camas. Otros 6 hospitales nacionales cuentan con Unidades de Salud Mental. El IGSS, tiene una Unidad de Psiquiatría con 30 camas y trabaja en la formación de un Programa de Salud Mental.

#### INSUMOS PARA LA SALUD

Los medicamentos se comercializan en una red de farmacias públicas y privadas. Existen 85 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y dos extranjeros. El gasto en medicamentos en 1999 fue para: el MSPAS de US\$ 17'073,649; el IGSS de US\$ 24'000,000 y el sector privado US\$ 129'803,326. En 1997 se estableció un sistema de negociación conjunta de precios para la adquisición de medicamentos, entre el MSPAS, IGSS y el Centro Médico Militar.

#### RECURSOS HUMANOS

La tasa de médicos es de 9 por 10.000 por habitantes. La relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermera profesional /auxiliar de enfermería de 1 a 14. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para las enfermeras profesionales de 3 a 2. El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría.

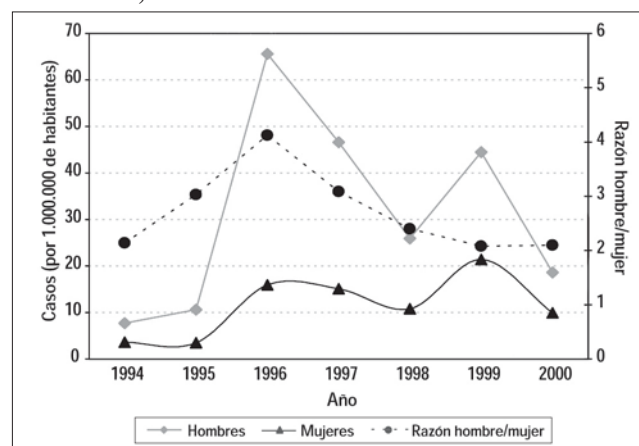
#### GASTO Y FINANCIAMIENTO SECTORIAL

En 1999, el gasto en salud representó 2,8% del PIB. Los hogares fueron la fuente más importante de financiamiento de la salud (42,9%); seguido por el Gobierno (27,3%); empresas (22%) y cooperación externa (7,8%). El valor anual del gasto en salud ascendió a US\$ 630 millones.

#### COOPERACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA EXTERNA

En el último quinquenio el monto de la cooperación técnica y financiera fue de US\$ 2,386.6 millones. De este total 37,3% correspondió a cooperación no reembolsable y 62,7% reembolsable. El 75,2% de la cooperación se destinó al apoyo del Proceso de Paz; 21,7% a otros programas y 3,1 % al Programa de Reconstrucción y Transformación por el Huracán Mitch. El monto total desembolsado durante este quinquenio alcanzó más de US\$1,600 millones, de los cuales 55,3% correspondió a la cooperación reembolsable y 44,7% a la no reembolsable.

Figura 5: Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Guatemala, 1994-2000.



## Paraguay

#### Situación general y tendencias

Luego de un largo período de regímenes autoritarios se ha logrado una democracia incipiente en Paraguay, con dificultades que limitan la vigencia del Estado de derecho, la atención a las cuestiones del desarrollo económico y social, y la capacidad de consensuar una reforma institucional del Estado dirigida a mejorar la gestión pública. El modelo económico ha estado tradicionalmente basado en la exportación de materias primas agrícolas y, más recientemente, en el comercio de reexportación de productos extranjeros.

En el año 2000 se estimaba una población total de 5.496.450 habitantes, con una tasa de crecimiento demográfico anual

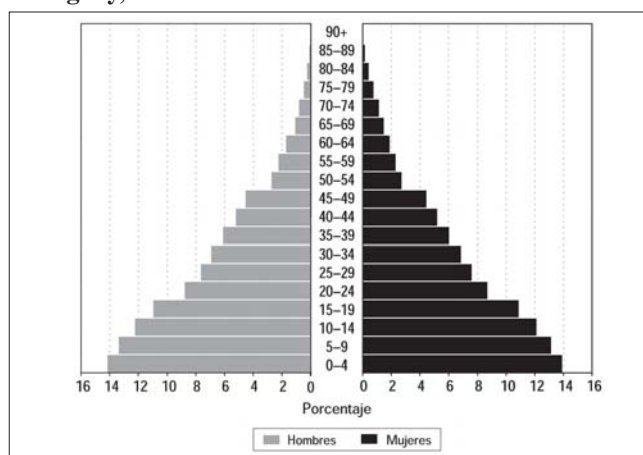
de 2,6%. El 41% de la población tiene menos de 15 años y el 7,3% tiene 60 años y más (Figura 1). La densidad poblacional general para el 2000 es de 13,5 hab/ km<sup>2</sup>. Existe una situación de alta concentración urbana en una reducida superficie territorial (el 65% de la población urbana se concentra en sólo el 5% del territorio nacional). La tasa bruta de natalidad estimada para el quinquenio 90-95 fue de 34,1, y para el quinquenio 1995-2000 de 31,3 nacimientos por cada mil habitantes. La esperanza de vida al nacer pasó de 66,3 años para varones y 70,8 años para mujeres en el quinquenio 90-95 a 67,5 años para varones y 72,0 años para mujeres en el quinquenio 95-2000. La tasa global de fecundidad se estimó,

según la Dirección General de Estadísticas y Censo (DGEEC), para el quinquenio 90-95, en 4,6 y para el quinquenio 95-2000 en 4,2 hijos por mujer.

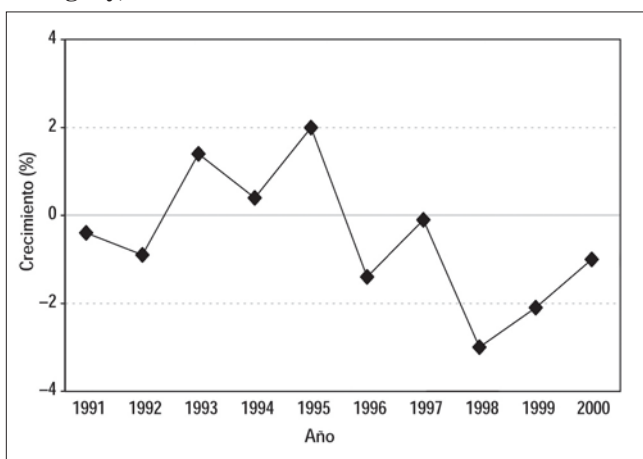
En la última década, la economía no ha podido encontrar una alternativa a la producción primaria en crisis, especialmente la algodonera, ni diseñar una alternativa que le permita insertarse competitivamente en el proyecto de integración regional del Mercado Económico del Cono Sur (MERCOSUR) Para las décadas de 1970-79 y 1980-89 el crecimiento anual promedio del Producto Interior Bruto (PIB) fue de 8,1%, mientras en 1990-1999 el crecimiento medio fue de 2,3% (Figura 2). El PIB per cápita en 1996 fue de US\$ 1.634 y de US\$ 1.535 en 1999 (en términos constantes de 1982). En 1999, un 33,7% de la población del país vivía con ingresos per cápita por debajo de la línea de pobreza, lo que representa 1,9 millones de personas (el 46% de esos, pobres extremos). El desempleo abierto entre la población de 10 años y más es de 6,8%.

La tasa bruta de mortalidad estimada para el período 1990-1995 fue de 6,0 y en el período 1995-2000 es de 5,4 muertes por mil habitantes. La DGEEC hace estimaciones del número

**Figura 1: Estructura de la población por edad y sexo, Paraguay, 2000.**



**Figura 2: Crecimiento anual del producto interno bruto, Paraguay, 1991-2000.**



de muertes basadas en los censos; el subregistro estimado entre 1996 y 1999 oscila de 36,7 a 40,9%. Entre 46 y 48,5% de las muertes registradas no cuentan con certificación médica; el 16,7% de las muertes registradas fueron debidas a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, con un rango de 10,1% en 1996 al 20,1% en 1999. En la Figura 3 se ve la mortalidad proporcional por grandes grupos de causas y sexo para 1999.

### Problemas específicos de salud

#### POR GRUPO DE POBLACIÓN

**La salud de los niños (0-4 años):** En 1999 se registraron 90.007 nacidos vivos y 1.749 muertes en menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil registrada en 1999 de 19,4 por mil nacidos vivos, estable en relación a 1995, de 19,7 por mil nacidos vivos. En 1999, la tasa de mortalidad neonatal fue de 10,7 por mil nacidos vivos, comparada a la tasa de 9,8 por mil nacidos vivos registrada en 1995. La mortalidad neonatal representa el 55% de las defunciones registradas en los menores de un año, comparado al 50% registrado en 1995. La población de 1 a 4 años se estimó en 607.389 en este grupo, un 11,3% de la población total en 1999. Se registraron 458 muertes en este grupo en este año con una tasa de mortalidad de 75,4 por cien mil niños de 1 a 4. Las principales causas fueron las enfermedades transmisibles, con tasa de 39,5 por cien mil. La tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 24,5 por mil nacidos vivos en 1999.

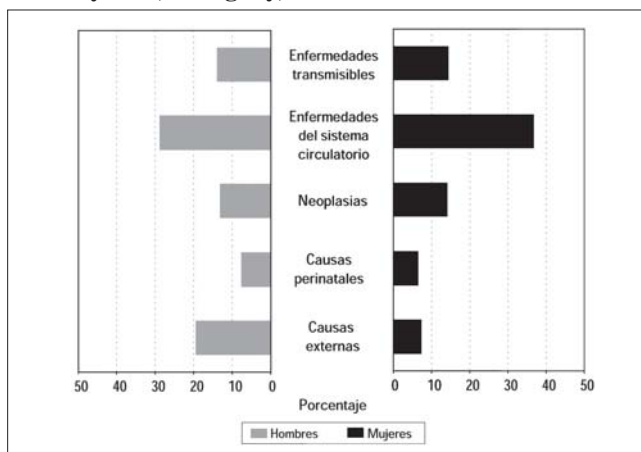
**La salud de los escolares (5-9 años):** En este grupo se estimó una población de 716.471, el 13,4% de la población general, en 1999. La tasa de mortalidad fue de 26,2 por cien mil niños de 5 a 9 años. El 37,8% de las muertes de este grupo fueron ocasionados por causas externas, manteniéndose como primera causa.

**La salud de los adolescentes (10-14 años y 15-19 años):** Para 1999, se estimó en 655.917 la población de 10 a 14 años: La población de 15 a 19 años se estimó en 576.090. El grupo de 10 a 19 años representa el 23,0% de la población total. Un tercio de la población de 13 a 18 años (el 43,6% en el área rural) no asiste a ningún tipo de enseñanza formal. En 1999, la tasa de mortalidad fue de 32,8 por cien mil. Las causas externas son las más frecuentes en ambos sexos (15,6 por cien mil).

**La salud de los adultos (20-59 años):** Este grupo representa el 44% de la población total, y generó el 26,5% de las muertes registradas. El riesgo de morir es 1,8 veces mayor entre los hombres. En el grupo de 20 a 39 años, las causas externas son las más frecuentes, representando en 1999 el 47,8% de las muertes, con tasas de 52,1 por cien mil (90,0 por cien mil hombres de este grupo). Entre 40 y 59 años, las enfermedades del sistema circulatorio son las más frecuentes causas de muerte, con tasas de 107,2 por cien mil (122,7 por cien para varones). La mortalidad materna registrada en Paraguay en 1999 fue 114,4 por cien mil, con una reducción de 23,8% en relación a 1990.

**La salud de los adultos mayores (60 años y más):** La población de 60 años y más se estimó, en 1999, en 283.660 personas, que representan el 5,3% de la población total. En este grupo se observó el 56,7% del total de muertes registradas y el 51,4% de las muertes con certificación médica. La tasa de mortalidad específica para este grupo fue de 3.630 por cien mil. Las enfermedades del sistema circulatorio son las más

**Figura 3: Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas y sexo, Paraguay, 1999.**



frecuentes causas de muerte en este grupo, con tasa de 1.226,2 por cien mil.

*La salud de los trabajadores:* Por ser un país agrícola, los riesgos para la salud de los trabajadores están muy relacionados con la exposición a plaguicidas. Anteriormente a la creación del Centro Nacional de Toxicología (CNT), en julio del 2000, no se contaba con registro de casos de intoxicación. En los últimos seis meses del año 2000, el CNT registró 500 casos de intoxicación, la mayor parte relativa a los trabajadores agrícolas expuestos a plaguicidas. El número de accidentes del trabajo registrados en el año 2000 fue de 2.500.

#### POR TIPO DE ENFERMEDAD O DAÑO

*Enfermedades transmitidas por vector:* Entre 1993-1997 se registró un promedio de 624 casos anuales de malaria. Se observó un incremento en 1998, con 2.091 casos registrados e incidencia parasitaria anual (IPA) de 0,5 por mil habitantes. En 1999-2000 se observó una importante epidemia, con 9.946 casos reportados en el primer año (IPA de 2,2 por mil) y 6.853 casos en el 2000 (IPA de 1,4 por mil). El 82,2% de los casos de 1999 y el 80,2% de los casos del 2000 ocurrieron en los tres departamentos de más alto riesgo, Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú. Después del silencio epidemiológico de una década, la transmisión de dengue fue detectada a partir de febrero de 1999, con una epidemia que se extendió a gran parte del país. Entre 1995 y 1998 se registraron entre 105 y 175 casos anuales de leishmaniasis tegumentaria americana. A partir de 1999, el programa fue reestructurado; se registraron 409 casos de leishmaniasis tegumentaria y 562 en el 2000. El país ha tenido ocurrencia excepcional de leishmaniasis visceral. El penúltimo caso humano documentado ocurrió en 1995 y el último en el 2000.

*Enfermedades prevenibles por vacunación:* De acuerdo al compromiso de erradicación de sarampión, el país ha logrado un impacto significativo en la reducción de la incidencia: en 1995 registró 69 casos; en 1996, 14 casos; en 1997 registró 200 casos y 70 casos en 1998, año en que se realizó una exitosa campaña de vacunación en menores de 15 años y se ha logrado mantener la interrupción de la circulación desde noviembre de 1998. El último caso de poliomielitis fue registrado en 1985;

para el año 2000 se alcanzó una tasa de vigilancia de parálisis flácidas de  $0,9 \times 100.000 < \text{de } 15 \text{ años}$ . El último caso de difteria fue reportado en 1995. También se registraron 24 casos de tos ferina en el 2000. Se registraron 7 casos de tétanos neonatal para el año 2000. Se estima la proporción de niños menores de cinco años vacunados en 70% contra el sarampión, el 81,8% de antipoliomielítica y 83% para BCG. (Figura 4).

*Enfermedades infecciosas intestinales:* A partir de 1997, no se han reportado casos de cólera. Las diarreas representan la tercera causa de la demanda en consulta externa de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y oscilan en un rango de 8 a 12% en los diferentes grupos etáreos. En 1996, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) presentó una tasa de mortalidad de 8,3 por cien mil y en 1999, una tasa de 6,4 por cien mil en la población general.

*Enfermedades crónicas transmisibles:* Las altas tasas anuales de incidencia de tuberculosis (con variaciones entre 35 y 42 por 100.000 habitantes entre 1995 y 1999) hacen que la enfermedad siga siendo un problema de salud pública. La tasa de mortalidad quedó alrededor de 4 por 100.000 habitantes en el mismo período. La tasa nacional de prevalencia de lepra en el año 2000 alcanzó 1,1 /10.000.

*Infecciones respiratorias agudas (IRAs):* Las IRAs continúan siendo la primera causa de consulta externa y representan el 36% de todas las consultas en la población general, y el 50% del total de consultas en los menores de cinco años. En el período 1996 a 1999, ocasionaron el 6% del total de muertes en la población general, con una tasa de mortalidad de 22,3 por cien mil habitantes en 1996 y 19,1 por cien mil en 1999.

*Zoonosis:* En el período 1995-2000, el 34,3% de los casos humanos se registraron en Región Central, con una tasa de 1,0 por 100.000 habitantes. A partir de 1999, las autoridades nacionales revisaron las acciones de control, a consecuencia de estos esfuerzos, se observó la reducción de los casos de rabia canina (promedio de 34 casos mensuales en 1998 contra 4,3 en el 2000) y la ausencia de rabia humana entre mayo de 1999 y octubre del 2000, cuando se registró el último caso.

*VIH /SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual:* El número acumulado de casos de SIDA diagnosticados desde el año 1986 hasta enero del 2001 es de 584, con 293 fallecidos en el mismo período (letalidad de 51%). La prevalencia es baja en la población general, los casos predominan en hombres, de área urbana, y la incidencia en usuarios de drogas es aún moderada. En la Figura 5 puede verse la incidencia de SIDA por sexo.

*Enfermedades cardiovasculares y Tumores malignos:* En el período 1996 al 1999, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de mortalidad en el país, con un promedio anual del 33% de todas las defunciones en ambos sexos. Las tasas de mortalidad por tumores malignos en la población general se han mantenido estables en el periodo 1996-1999 en el país, entre 42 y 45 por cien mil habitantes. Esta constituye la tercera causa de muerte en este periodo (entre 14 y 16% del total).

*Enfermedades emergentes:* Los primeros diagnósticos serológicos del síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se hicieron en 1995. De 1995 al 2000 se registraron 60 casos confirmados por laboratorio, con una letalidad promedio de 23,8%.

### Respuesta del sistema de salud

#### POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD

La Constitución Nacional de 1992 declara que "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad". La misma indica que se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concentración, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado. En 1996 el Congreso sancionó la ley que crea el Sistema Nacional de Salud.

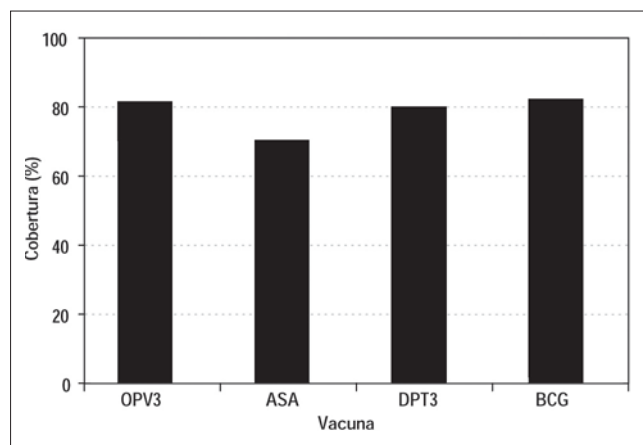
#### LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

El proceso de reforma del sector salud en el país se inicia a través de la promulgación de la Ley 1.032 que crea el Sistema Nacional de Salud, el cual contempla los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social. El Gobierno ha creado la Secretaría de la Reforma, con participación del sector salud para definiciones políticas al respecto de algunas de las cuestiones que tienen que ver con la reforma sectorial.

#### ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Organización institucional del Sector. De acuerdo a la ley 1.032, la coordinación del sector es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones claves del sector y presidido por el Ministro de Salud, con la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas. En la actualidad no se está ejerciendo esa función de coordinación por parte del Consejo Nacional, asumiéndola el MPSyBS. La atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores: i) el público, conformado por el MPSyBS, el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los Municipios, las Gobernaciones y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas y, ii) el privado, constituido por las universidades privadas,

**Figura 4: Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Paraguay, 2000.**



entidades sin fines de lucro (ONGs) y con fines de lucro (hospitales y clínicas privadas). La insuficiente cobertura constituye un gran problema de salud en Paraguay: solamente el 58% de la población está cubierta por el sector público y el 15% por servicios privados, quedando aproximadamente el 27% de la población, sin acceder a ningún sistema.

#### ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS POBLACIONES

Los sistemas de prevención y control de enfermedades: La prevención y el control de enfermedades están a cargo del MSPyBS, principalmente en las Direcciones Generales de Vigilancia de la Salud y de Programas de Salud. Los sistemas de análisis de salud, vigilancia epidemiológica y los laboratorios de salud pública. La información y análisis en salud son responsabilidad compartida entre las Direcciones de Planificación y Evaluación y de Vigilancia de la Salud.

#### SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO

En el año 2000 se estima que la población del país servida con agua potable es del 43,62%. En cuanto al saneamiento básico, el 44,5% de la población accede a sistemas de disposición sanitaria de excretas. El 91,9% de la población total dispone sus excretas in situ (el 99% de la población rural).

#### LA PROTECCIÓN Y EL CONTROL DE LOS ALIMENTOS

La Dirección de Alimentación y Nutrición (INAN) implementa el Plan Estratégico del Área de Alimentación y Nutrición 1997-2000, a través de sus tres Departamentos: Prevención y Control de Desnutrición, Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes; y el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Desde 1999, el INAN coordina la elaboración de las Guías Alimentarias del Paraguay, con participación multiinstitucional.

#### ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

Subsector público El MSPyBS presta servicios en las 18 regiones sanitarias, en tres niveles de atención. Desarrolla acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Provee medicamentos con precios subvencionados. Provee atención de emergencias y traslados en ambulancia. El IPS, cubre los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, sobrevivencia y muerte de los trabajadores asalariados, en sistema de reparto; el financiamiento viene de los aportes sobre la renta sujeta a impuestos, siendo el 14% del empleador, el 9% del trabajador y el 1,5% del Estado. La Sanidad de las Fuerzas Armadas atiende al personal militar, activo y en retiro, a sus familiares, y a población civil en regiones donde no existen centros asistenciales públicos o privados. La Sanidad Policial atiende a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. La Universidad Nacional de Asunción presta servicios asistenciales parcialmente gratuitos en el Hospital de Clínicas y en el Neurosiquiátrico, ambos en Asunción. En las Gobernaciones Departamentales, el Secretario de Salud de la Gobernación es, por ley, la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud y coordina con los Municipios del Departamento y con el Gobierno Central. Poseen programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas. Subsector privado. Instituciones privadas sin fines de lucro: Existen alrededor de 30 ONG's en todo el país. Instituciones Privadas con fines de lucro: existen 33 empresas de medicina de prepago que cubren a través de

hospitales y clínicas privadas, la mayoría en el área de Asunción y Departamento Central (además de consultorios, farmacias, laboratorios y otros). La Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas. Se financia con aportes de una Fundación privada sin fines de lucro.

#### RECURSOS HUMANOS

El MSPyBS cuenta con 19.842 funcionarios de salud para el 2.000: 3.427 médicos, 439 odontólogos, 350 bioquímicos, 1.567 licenciadas en enfermería y obstetricia, 1.035 técnicos, 241 otros profesionales, 4.542 auxiliares de enfermería, 3.852 personal administrativo y 3.474 personal de apoyo. Por cada 10.000 habitantes están disponibles: 6,4 médicos; 0,8 odontólogos; 0,7 bioquímicos; 2,9 licenciadas en enfermería y obstetricia; 1,9 técnicos; 8,5 auxiliares de enfermería.

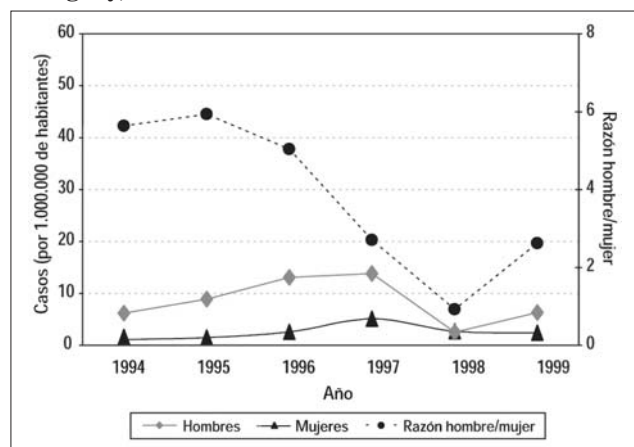
#### GASTOS Y FINANCIAMIENTO SECTORIAL

Las fuentes de financiamiento del subsector público son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador, primas, pago directo por servicios, aranceles y cooperación externa), con precario control de procesos y resultados. Los establecimientos públicos cobran aranceles que no corresponden a los costos reales y sus ingresos se transfieren al Ministerio de Hacienda. El gasto en salud per cápita en 1999 fue de US\$ 105,30.

#### COOPERACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA EXTERNA

El Gobierno ha concertado acuerdos de cooperación técnica y financiera internacional bilateral y multilateral, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención a la población.

**Figura 5: Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Paraguay, 1994-2000.**



## Definiciones de Caso

### Esquistosomosis

#### Justificación de la vigilancia

La esquistosomosis ocupa el segundo lugar (después del paludismo) entre las enfermedades tropicales más prevalentes y es una causa importante de morbilidad grave en grandes partes de África, Asia y América del Sur. Hay 600 millones de personas en riesgo y 200 millones de personas infectadas, de las cuales 20 millones están gravemente enfermas.

La meta principal de la OMS es controlar la enfermedad, reducir y aún eliminar (en algunos países) el riesgo de esquistosomosis por medio de buenos programas de vigilancia y control.

Esta enfermedad tiene distintas manifestaciones clínicas: esquistosomosis urinaria (causada por *S. hematobium*) y esquistosomosis intestinal (causada por *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. intercalatum*, *S. mekongi*).

**Definición de caso recomendada:** Esquistosomosis intestinal

#### Zona donde la esquistosomosis es endémica

**Presunto:** Persona con hepatosplenomegalia  
**Probable:** No corresponde  
**Confirmado:** Persona con huevos de *S. mansoni* o *S. japonicum* en las heces (microscopio)

#### Zona donde la esquistosomosis no es endémica

**Presunto:** No corresponde  
**Probable:** No corresponde  
**Confirmado:** Persona con huevos de *S. mansoni* o *S. japonicum* en las heces (microscopio).

**Definición de caso recomendada:** Esquistosomosis urinaria (esta forma clínica esta ausente en la Región Americana)

#### Zona donde la esquistosomosis es endémica

**Presunto:** No corresponde  
**Probable:** No corresponde  
**Confirmado:** Persona con hematuria visible o con resultado positivo de la prueba de la tira con reactivo para la hematuria o con huevos de *S. hematobium* en la orina (microscopio)

#### Zona donde la esquistosomosis no es endémica o áreas de prevalencia baja

**Presunto:** Persona con hematuria visible o con resultado positivo de la prueba de la tira con reactivo para la hematuria  
**Probable:** No corresponde  
**Confirmado:** Persona con huevos de *S. hematobium* en la orina (microscopio)

#### Tipos recomendados de vigilancia

La vigilancia de la esquistosomosis debe incorporarse en el sistema de atención primaria de salud.

#### Para las zonas de prevalencia baja y donde la meta es la eliminación

Notificación mensual rutinaria de los casos agregados, tanto presuntos como confirmados, del nivel periférico a los niveles intermedio y central.

**Internacional.** Notificación anual del nivel central a la OMS

### Para las zonas donde la esquistosomosis es endémica

Si no se puede integrar la vigilancia en el sistema de atención primaria de salud: encuestas ad hoc para evaluar la prevalencia de la infección en la comunidad. Los escolares constituyen un grupo apropiado para la investigación (son un buen indicador de la prevalencia en la población general).

Notificación anual de datos agregados del nivel periférico a los niveles intermedio y central.

### Nota

- Los datos de las estadísticas sanitarias generales a menudo subestiman la prevalencia, pero pueden indicar una prevalencia comparativamente alta en una zona específica.
- En la vigilancia hay que tener en cuenta la distribución de la enfermedad en focos geográficos. Las zonas circundantes podrían tener una prevalencia muy diferente.

### Datos mínimos recomendados

*Para las zonas de prevalencia baja y donde la meta es la eliminación*

**REGISTROS INDIVIDUALES DE PACIENTES PARA LA INVESTIGACIÓN:** Número de identificación, edad, lugar de la infección, fecha del diagnóstico, localidad.

Número de huevos por gramo de heces o por mililitro de orina.

### DATOS AGREGADOS:

Número de casos por grupo de edad, localidad y mes.

Número de casos con >1 huevo/10 ml de orina y/o hematuria visible para *S. hematobium*.

Número de casos con >1 huevo/g de heces para *S. mansoni* o *S. japonicum*.

### Para las zonas donde la esquistosomosis es endémica

#### DATOS AGREGADOS:

Número de casos por grupo de edad y localidad.

Número de casos con >1 huevo/10 ml de orina y/o hematuria visible para *S. hematobium*.

Número de casos con >1 huevo/g de heces para *S. mansoni* o *S. japonicum*.

### Análisis y presentación de los datos e informes recomendados

- Incidencia mensual y anual por grupo de edad y localidad (si el reporte y/o la vigilancia es pasivo)
- Prevalencia de punto (para la búsqueda activa de casos)
- Preparación de mapas

### Para los niños de edad escolar<sup>1</sup>

- Prevalencia de infecciones (porcentaje de individuos infectados) en la población
- Proporción de individuos altamente infectados

### Principales usos de los datos para la toma de decisiones

- Determinación de la magnitud del problema
- Planificación de la distribución de medicamentos: selección de una estrategia eficaz en función de los costos para la quimioterapia (universal-focalizada-selectiva)
- Evaluación de la necesidad del control de los caracoles de tierra
- Evaluación de la necesidad de mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento
- Evaluación de la necesidad de llevar a cabo actividades de educación sanitaria
- Evaluación de los efectos de la intervención

### Aspectos especiales

- Diagnóstico: Los métodos cuantitativos de diagnóstico (técnica de Kato-Katz para las formas intestinales, filtración de orina para *S. hematobium*) son muy importantes en la vigilancia; indican la importancia de la infección para la salud pública.
- Se debe promover la recopilación de datos de aplicación inmediata a las decisiones sobre atención de casos (por ejemplo, frecuencia del tratamiento y asignación de recursos).
- Es importante una acción intersectorial que ponga de relieve la educación escolar, el abastecimiento de agua salubre y saneamiento, el ordenamiento del medio y la participación comunitaria.
- La biopsia rectal generalmente no se usa para la vigilancia.

<sup>1</sup> Para guías adicionales para el análisis, ver "Helminth control in school-age children – A guide for managers of control programs" WHO, Geneva 2002.

### La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, 2003 en CD-ROM

Ya está disponible la versión en CD-ROM de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, revisión 2003. Incluye volúmenes 1, 2 y 3.

La edición en CD ROM de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades abre una nueva y amplia gama de posibilidades para los usuarios. Este CD ROM no es lo mismo que los tres volúmenes impresos sino que ¡es mucho más!

Con este disco los usuarios disponen ahora de una capacidad ilimitada de consulta rápida y ágil, así como de la posibilidad de realizar búsquedas que se ejecutan en pocos segundos en todos los índices. De esta forma es posible comprobar el alcance, la exactitud y el uso adecuado de los términos. El CD ROM, además de ser de fácil instalación, permite también imprimir partes específicas de cualquiera de los tres volúmenes.

**Editor en Jefe:** Dr. Carlos Castillo-Salgado

**Editor Senior :** Dr. Enrique Loyola

**Editora:** Dra. Gabriela Fernández

**Diseño Digital:** Lic. Gerardo Cárdenas

#### Comité Editorial:

Dra. Saskia Estupiñán      Dr. Armando Peruga      Dra. Cristina Schneider

Dr. Luiz Galvão              Dr. Hugo Prado              Dra. Gina Tambini

Dra. Elsa Gómez              Dra. Mirta Roses

El Boletín Epidemiológico de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español. Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Impreso en papel sin ácido.

Internet: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/bsindex.htm>



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, DC 20037