

LA XXXVI REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

La XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS tuvo lugar en la sede de la Organización en Washington, DC, del 21 al 25 de septiembre de 1992. En total, se celebraron nueve sesiones plenarias en las cuales los participantes presentaron y debatieron temas importantes de salud que afectan a todos los países de la Región de las Américas. La Mesa Directiva quedó integrada como sigue: Presidente, Sr. Easton W. X. Douglas (Jamaica); Vicepresidentes, Dr. Carlos Dabdoub Arrién (Bolivia) y Dr. Carlos Castro Charpentier (Costa Rica); Relator, Dr. Jorge Litvak (Chile); Relator *pro tempore*, Dr. Argentino Luis Pico (Argentina); Secretario ex-officio, Dr. Carlyle Guerra de Macedo (OSP). En las páginas que siguen se exponen de forma resumida los aspectos principales de los temas tratados en dicha Reunión.

Palabras del Director General de la OMS

En su intervención durante la primera sesión plenaria, el Director de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, señaló que en repetidas ocasiones ha advertido a los Comités Regionales sobre la forma en que los cambios socioeconómicos y las realidades políticas afectan a la situación de salud de los países. La OMS debe hacer frente a las nuevas condiciones de salud y emprender un proceso de reforma para responder adecuadamente a los profundos cambios que están ocurriendo a nivel mundial.

Los países de la Región de las Américas, independientemente del estado de desarrollo económico en que se encuentren, afrontan una difícil situación en la que han de elegir entre diversas formas de financiación de sus servicios sociales y de salud. Esta elección no está determinada solo por su capacidad de gestión y de responder a la deuda externa, sino también por la decisión del tipo de sociedad que desean construir y en la que quieren vivir en el futuro.

El Dr. Nakajima subrayó que el mejoramiento de las condiciones de salud mundiales no puede ser una responsabilidad exclusiva de la OMS. La Organización ha de trabajar conjuntamente con sus Países Miembros y con otras organizaciones internacionales. La OMS se ha esforzado en mejorar las relaciones y la coordinación con otras agencias de las Naciones Unidas. Fruto de ello son los proyectos que se están llevando a cabo conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), con el Banco Mundial o con el Programa de las

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por citar algunos ejemplos. Empero, la responsabilidad principal descansa en los ministerios de salud.

En ese contexto, el liderazgo de la OMS debe cristalizarse en dos campos: por un lado, en la definición de las políticas y objetivos de salud y, por otro, en la cooperación técnica con los países en desarrollo, que en la actualidad constituye el 60% de los gastos de la Organización.

Tras revisar la situación del cólera y el SIDA en las Américas, destacar los logros alcanzados en la lucha por la erradicación de la poliomielitis y la importancia de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro en junio de 1992, finalizó su intervención subrayando una vez más que el éxito de la labor de la Organización en esta era de transición y cambio dependerá, entre otras cosas, de la capacidad de sus funcionarios de adaptarse a las nuevas circunstancias y de trabajar conjuntamente con los Estados Miembros.

Informe Anual del Director de la OSP

El Director (Dr. Carlyle Guerra de Macedo) indicó que su informe contiene un capítulo sobre la situación socioeconómica en el que también se resume la situación de salud general de la Región. Asimismo, puntualizó que la información que contiene debe servir de base para el análisis y la evaluación de las actividades que realiza la Organización. Al elaborarlo, se hizo un esfuerzo para seguir las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas fijadas por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1990. El informe complementa al Informe Financiero del Director y a otros documentos de la Organización, tales como *Las condiciones de salud en las Américas* y los suplementos estadísticos anuales de dicha publicación.

En su presentación, el Director manifestó que, en relación con el crecimiento demográfico en la Región, en los últimos años se ha producido un progreso sustancial, fundamentalmente atribuible al descenso de las tasas de fertilidad. Al mismo tiempo, el producto interno per cápita ha aumentado en muchos países, se ha contemplado una aceleración en el proceso de urbanización y una mejora de los problemas de pacificación y democratización de las sociedades latinoamericanas. No obstante, todavía no se ha puesto de manifiesto que todos esos procesos hayan generado la mejoría esperable en el bienestar de las poblaciones, ya que el número de personas que viven en la pobreza y la distancia que los separa de los ricos han aumentado.

Para el Director, uno de los nuevos fenómenos más interesantes en el campo de la salud es la creciente preocupación por los aspectos sociales del progreso. Parece ser que se ha llegado a un consenso en la idea de que una visión puramente economicista y materialista del desarrollo no puede dar respuestas racionales al reto de alcanzar un desarrollo sostenido de los países.

Asimismo, destacó que 1991 fue el primer año sin un solo caso de poliomielitis notificado en la Región de las Américas. En el campo de las enfermedades prevenibles, se han hecho progresos muy notables, como por ejemplo en la lucha contra el sarampión. Añadió que, si bien hay que lamentar la aparición de la epidemia de cólera, es preciso decir que los esfuerzos de la Organización coadyuvaron indefectiblemente no solo a frenar su diseminación, sino, sobre todo, a limitar su impacto social, económico y sanitario. Por otra parte, señaló que el tema de la salud ha pasado a ser una preocupación de numerosos gobiernos y que se ha in-

cluido en prácticamente todas las agendas de las diversas reuniones y cumbres regionales y subregionales, incluidas las dos cumbres iberoamericanas. Por ejemplo, en 1991 se celebró la III Conferencia de Madrid sobre la Iniciativa de Paz Centroamericana, en la que se lanzó la segunda fase de esta iniciativa con el lema "Salud y paz hacia el desarrollo y la democracia en América Central".

Finalizó diciendo que el cambio necesario de los sistemas de salud y de la prestación de servicios en la Región sigue siendo demasiado lento y que muchas de las reformas propuestas todavía no se han materializado en un funcionamiento más eficiente. Afirmó estar seguro de poder contar con el compromiso de todos para trabajar por el bienestar de la población de las Américas.

Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud

En la reunión del Subcomité de Planificación y Programación celebrada en abril de 1992, el Director de la OSP resaltó que la idea de proponer un ambicioso plan de inversiones en salud y ambiente nació a raíz de la reaparición del cólera en la Región. Esa epidemia es atribuible a profundas deficiencias en las condiciones de vida y, sobre todo, a la ausencia de infraestructura. El Plan, que contempla elevadas inversiones en ambiente y salud, fue apoyado por los miembros del Subcomité.

Si bien se ha reconocido que esa epidemia ha servido de estímulo para realizar algunas obras de emergencia, estas no han sido suficientes para resolver problemas básicos, como el abastecimiento de agua, la eliminación de excretas o la contaminación del agua, por mencionar algunos ejemplos.

El Plan es una estrategia con la que se intenta facilitar el esfuerzo concertado de los países, y de la Región de las Américas como un todo, destinado a alcanzar una cobertura universal con servicios esenciales, y constituye un marco de referencia para la acción de los gobiernos y de las organizaciones internacionales. El costo estimado del Plan es de \$US 216 000 millones y cubre un período de 12 años, de 1993 a 2004. De esa suma, \$US 25 000 millones corresponden a costos financieros, lo que se traduce en un costo neto de inversiones que oscila alrededor de \$US 190 000 millones.

La mayor parte de esas inversiones se destinará a medio ambiente, agua potable, saneamiento, evacuación de residuos sólidos y protección de las fuentes y de la calidad del agua, y el resto, a infraestructura física para la prestación de servicios de atención a las personas. Del análisis de la financiación del Plan se deduce que es factible llevarlo a cabo y que cerca de 70% de los recursos necesarios pueden obtenerse de fuentes internas de los propios países y el 30% restante, de fuentes externas.

Un componente importante del desarrollo de una acción inmediata es la constitución del fondo de inversión. El monto inicial del proyecto se destinaría a apoyar a los países a movilizar sus propios recursos para actividades de preinversión, estudios sectoriales y a la preparación de proyectos de inversión propiamente dichos. En la siguiente fase, se integrarían las actividades relacionadas con el proceso que el plan debe generar en los programas normales de la Organización.

Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis

La inauguración oficial de este instituto, cuya creación fue posible gracias a un acuerdo entre el Gobierno de la Argentina y la OPS, tuvo lugar el 30 de marzo de 1992. Hasta la fecha, ya se ha elaborado un programa para el bienio 1992-1993 y se han realizado actividades de protección de alimentos, especialmente en lo relacionado con el cólera. También se han iniciado las funciones del Instituto como laboratorio de referencia internacional de la OMS para el control de calidad de la vacuna BCG. Respecto a su función como centro de información para sustancias biológicas relacionadas con las zoonosis y la protección de alimentos, se ha estimado que podría ser un punto de cooperación dentro del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA). En relación con la creación y establecimiento de este Instituto, se aprobó por unanimidad un proyecto de resolución, y se seleccionó al Uruguay, los Estados Unidos de América y el Brasil por períodos de uno, dos y tres años, respectivamente, para designar a un representante que integre el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto.

Plan de acción para la erradicación de la poliomielitis

El 23 de agosto de 1991 se detectó en Pichinaki, Perú, el último caso de poliomielitis paralizante causada por el poliovirus salvaje en el Hemisferio. El esfuerzo por erradicar esta enfermedad ha contribuido a mejorar el programa de inmunización y, por primera vez en la historia de la Región, la cobertura de todas las vacunaciones ha superado el 75%. Esta cifra significa que las Américas es la única región del mundo donde la cobertura no solo se mantiene sino que sigue ascendiendo. Como ejemplo cabe citar la vacunación antitetánica de mujeres en edad fértil, que ha logrado reducir sustancialmente la incidencia de tétanos neonatal.

En la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda (PFA), los países han organizado un sistema que abarca alrededor de 20 000 centros de salud, los cuales notifican semanalmente la presencia o ausencia de PFA. En 1991, se investigaron 80% de los casos notificados de tétanos neonatal, en comparación con 20% en 1990.

La búsqueda de fondos adicionales de financiamiento de los programas nacionales representa un tema fundamental para su mantenimiento. Por ejemplo, se calcula que para eliminar el tétanos neonatal, se precisarán unos \$US 30 millones durante cinco años.

Por último, se destacó el alto grado de coordinación interinstitucional mantenido en los últimos años y la importancia de los fondos aportados por el UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Asociación Rotaria Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y diversas organizaciones no gubernamentales.

Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida

En la presentación de la situación de esta enfermedad se indicó que, hoy en día, la prioridad principal del Programa Mundial del SIDA es el fortalecimiento de los programas nacionales. Para paliar las consecuencias sociales y económicas de esta pandemia, se están desarrollando actividades más eficaces, orientadas a aspectos médicos y del comportamiento, y encaminadas a detener la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Al evaluar las necesidades por satisfacer antes del año 2000 en relación con la enfermedad, habrá que tener presente que las mujeres y los niños constituirán más de 50% de las personas afectadas. Para ello, también será primordial que en los países se difundan mensajes educativos que puedan ser fácilmente comprendidos por la comunidad y que se estimen correctamente los recursos que serán necesarios para reducir el impacto de la pandemia.

Durante junio de 1992, el Programa del SIDA de la OPS realizó una encuesta en los Países Miembros, a la que respondieron 25 de ellos. Los resultados muestran, entre otras cosas, que durante los últimos cinco años los servicios de control de enfermedades de transmisión sexual no han recibido el apoyo suficiente.

En relación con la situación actual de la pandemia en la Región, se estima que el número de infectados oscila alrededor de los dos millones y el número de mujeres infectadas sigue aumentando. Por otro lado, desde 1986 se viene observando que en el Caribe el VIH se transmite tanto en las relaciones homosexuales como en las heterosexuales y, en muchos países de la Región, en las heterosexuales predominantemente.

Los países de la Región ya han comenzado a sentir la carga que representan los costos de atención de las personas con SIDA y con otras manifestaciones de la infección por el VIH. En América Latina y el Caribe, el costo directo de la atención ascendería, si se tratase a 40% y a 100% de los afectados, a \$US 400 y \$US 1 000 millones al año, respectivamente.

Los logros del Programa de la OPS ya son palpables. En 1988, el Programa trabajó en una fase inicial en la que se llevaron a cabo planes de emergencia a corto plazo. En una segunda fase, que comprendió el período de 1989 a 1991, se elaboraron planes nacionales a mediano plazo, y en 1991 se inició otra fase orientada al desarrollo de estrategias a más largo plazo y al mantenimiento de los programas nacionales del SIDA. La cooperación técnica prestada por la Organización trata de buscar una respuesta amplia a nivel nacional, tanto en la planificación como en la puesta en funcionamiento y coordinación de los programas nacionales. El éxito de esta labor radica en la revisión de la situación de la epidemia en cada país, en el establecimiento de prioridades y en la determinación de los sectores que deben intervenir en su prevención. Durante 1992, la OPS concentró sus actividades en América Central y colaboró con los planes nacionales de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En 1993, esa colaboración se ampliará a otros ocho países.

Finalmente, se destacó que el desafío más importante no es la preparación de documentos, sino conseguir que los planes sean funcionales, para lo cual es imprescindible contar con el apoyo político del más alto nivel, con el liderazgo técnico del sector de los servicios sociales y de salud, con recursos financieros, con el respaldo de organismos nacionales e internacionales y, sobre todo, con la participación interagencial e interprogramática y el trabajo de las comunidades y los sistemas locales de salud.

Eliminación de la lepra y de la deficiencia de vitamina A en las Américas

En la 109ª Reunión del Comité Ejecutivo se presentó el Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra en las Américas para el año 2000, cuyo objetivo es disminuir la incidencia a menos de 1 caso por 10 000 habitantes. Las metas inmediatas hacen hincapié en la búsqueda de casos, la vigilancia epidemiológica, la atención de las discapacidades y el tratamiento poli-quimioterápico. Asimismo, define los indicadores de eliminación y el procedimiento para certificar la enfermedad. Se señaló que en la actualidad existen, aproximadamente, unos 300 000 casos de lepra en la Región, con una prevalencia de 4,2 casos por 100 000 habitantes. La distribución geográfica de la enfermedad no es uniforme, y la mayor parte de los casos se concentran en el Brasil, Colombia, México y Venezuela. Asimismo, el Consejo adoptó una resolución aprobando el mencionado plan de acción para la eliminación de la enfermedad.

Respecto a la eliminación de la deficiencia de vitamina A, se reiteró que, con los conocimientos científicos y la tecnología disponibles, es posible reducir sustancialmente la prevalencia de esta enfermedad carencial. Con este propósito, se preparó un plan de acción, cuyo objetivo es identificar los grupos de población de alto riesgo y apoyar la aplicación de medidas coordinadas y accesibles y sostenibles desde el punto de vista financiero, para eliminar la carencia como problema de salud pública en el año 2000. Además, se informó que la suplementación con vitamina A es una medida efectiva en función del costo, ya que requiere una baja inversión y ayuda también a prevenir enfermedades infecciosas. No se prevé invertir recursos adicionales del presupuesto ordinario, puesto que ya se cuenta con la participación del INCAP y del CFNI y la cooperación de otros programas, en particular, del de salud materno-infantil. Por último, el Consejo aprobó una resolución sobre los objetivos y actividades propuestas en el Plan de Acción para la Eliminación de Deficiencia de Vitamina A de las Américas.

Salud integral de los adolescentes

En la reunión se reconoció la trascendencia de la salud integral de este grupo de población y la importancia de responder a las necesidades de salud y desarrollo de presentes y futuros adolescentes y jóvenes. Se insistió en que los hábitos higiénicos, así como la nutrición en esa etapa de la vida tienen consecuencias en años posteriores.

Conversión de deuda por salud

En la presentación del informe sobre este tema del Subcomité de Planificación y Programación, se señaló que, en épocas de serias limitaciones económicas y presupuestarias, los esquemas de conversión de deuda tienen el poder de multiplicar los recursos de salud, al mismo tiempo que ofrecen a los Gobiernos de la Región un alivio de la carga de su deuda. El papel que desempeñaría la Organización en esta actividad fue discutido por dicho Subcomité, y se perfilaron tres funciones: facilitar la colaboración técnica a los países para desarrollar proyectos de salud apropiados; suministrar apoyo especializado con el fin de redactar leyes sobre conversión de deuda, y promover ante las autoridades del país deudor las conversiones de deuda en el sector salud.

Salud y turismo

Este tema se enmarcó en la orientación estratégica de salud y desarrollo aprobada por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1990. El principal interés de la OPS es la salud de la población local, si bien la interacción entre la salud y el turismo es de vital importancia para ambos sectores. Se manifestó que la importancia del tema estriba en el impacto del turismo en las economías nacionales y, por ende, en el desarrollo.

Las proyecciones para el año 2000 revelan que el turismo será el componente principal de la economía mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. No obstante, una encuesta de la OPS reveló la falta de coordinación entre los sectores de salud y turismo de los países.

Uno de los primeros pasos que ha dado la Organización ha sido establecer contactos con las instituciones que pudieran interesarse en esta materia, como, por ejemplo, la Organización Mundial del Turismo y la Organización de Estados Americanos.

Salud de los trabajadores

En la presentación de este tema, ya tratado en la reunión del Comité Ejecutivo celebrada en junio de 1992, se afirmó que es importante que los países logren formular y ejecutar un plan de acción para la salud de los trabajadores, encaminado a aumentar la disponibilidad y utilización de los servicios de salud. Dicho plan habría de contar con la coordinación de instituciones gubernamentales, empresariales y con organizaciones de los propios trabajadores.

Se reconoció que la responsabilidad de la salud de este sector de la población debe ser compartida por el gobierno, los sectores empresariales, el estado y los trabajadores. Los ministerios de trabajo no tienen capacidad para garantizar las prestaciones y sus recursos son limitados para poder aplicar leyes sobre ambiente y técnicas laborales. Además, el sistema de la seguridad social solo ofrece atención curativa y compensaciones financieras, y no se ocupa de los aspectos preventivos. Por otro lado, el impacto económico que representa el absentismo laboral se traduce en un 10% del producto nacional bruto de los países de América Latina.

Se solicitó al Director de la OSP que continúe cooperando con los gobiernos en la evaluación de las políticas y planes nacionales, que promueva la coordinación interprogramática e interinstitucional y mantenga la actividad de la Comisión Organizadora de la iniciativa "Año de la Salud de los Trabajadores".

Otros temas de interés

Además de los asuntos mencionados, se debatieron otros temas de interés, para algunos de los cuales se aprobaron resoluciones específicas. Entre ellos destacan la recaudación de las cuotas, el informe financiero del Director y el informe del auditor externo para 1990-1991, y la admisión de Puerto Rico como Miembro Asociado de la OPS.

También se entregaron dos premios. El Premio de la OPS en Administración 1992 fue otorgado al Dr. Desmond McIntyre, de Dominica, por su

brillante labor en administración de servicios de salud, y el Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana fue concedido a la Dra. Elsa Segura, de la Argentina, por la alta calidad de sus investigaciones sobre la enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana.

Asimismo, se conmemoraron el quincuagésimo aniversario del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y el de la cooperación en el ámbito de la salud prestada por la Fundación Kellogg en América Latina y el Caribe.

Por último, Argentina, Belice y México fueron seleccionados como nuevos Gobiernos Miembros del Comité Ejecutivo, al haber llegado a su término los mandatos de Barbados, Brasil y Haití. □

Congresos de infectología

Del 26 al 29 de mayo de 1993 se celebrarán en Viña del Mar, Chile, el VI Congreso Panamericano de Infectología y el X Congreso Chileno de Infectología. El programa comprende conferencias sobre tratamientos no antibióticos de septicemia y *shock*, barreras mecánicas y precauciones universales, control de enfermedades de transmisión sexual (ETS), cefalosporinas, e infecciones por HTLV-I en Latinoamérica; paneles sobre infecciones osteoarticulares y partes blandas, e infecciones respiratorias; un simposio sobre vacunas; mesas redondas sobre ETS e infecciones intrabdominales; un grupo de trabajo sobre laboratorio de virología clínica, y otras presentaciones en torno a las micosis, terapia antibiótica ambulatoria y resistencia a nuevos antibióticos. El 25 de mayo se dictarán cuatro cursos precongreso en materia de infecciones intrahospitalarias, en cirugía y ginecología-obstetricia, y micología. *Información:* Comité Organizador, VI Congreso Panamericano de Infectología y X Congreso de Chileno de Infectología, Andrés de Fuenzalida 22, Of. 303, Casilla 16908 Correo 9, Providencia, Santiago, Chile. Fax: (562) 232-2559; Teléfono: 231-9362.