

executive committee of
the directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

working party of
the regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



103rd Meeting
Washington, D.C.
June-July 1989

CE103/SR/7
28 June 1989
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEPTIMA SESION PLENARIA

Wednesday, 28 June 1989, at 5:30 p.m.
Miércoles, 28 de junio de 1989, a las 5:30 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Eugene Laurent

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Contents
Indice

- Item 4.7: Regional Plan of Action for the Prevention and Control of the Use
of Tobacco
Tema 4.7: Plan de Acción Regional para la Prevención y Control del Tabaquismo

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 28 July 1989. The edited records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aun aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 28 de julio de 1989. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

Item 4.8: Malaria Control

Tema 4.8: Control de la malaria

Item 4.9: Blindness Prevention in the Americas

Tema 4.9: Prevención de la ceguera en las Américas

The session was called to order at 5:30 p.m
Se abre la sesión a las 5:30 p.m

ITEM 4.7: REGIONAL PLAN OF ACTION FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF THE USE OF TOBACCO
TEMA 4.7: PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL TABAQUISMO

The CHAIRMAN drew attention to Document CE103/20 and invited Dr. Eric Nichols to present the item.

El Dr. NICHOLS (OSP) dice que el Plan de Acción, elaborado en cumplimiento de la Resolución XXII de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo, pretende materializar y contribuir a poner en práctica la decisión política continental de "Lucha contra el tabaquismo".

Para situar las medidas propuestas en su debido contexto recordará muy sucintamente los aspectos más destacados y críticos del problema del tabaquismo en la Región y la fundamentación y justificación de la solución propuesta.

Refiriéndose a la magnitud del problema del tabaquismo en la Región, el Dr. Nichols señala que la mayor parte de la población de las Américas ha experimentado cambios significativos, tanto en su perfil demográfico como en el epidemiológico, en el breve período de dos décadas y que se ha observado un dramático incremento de la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la pérdida de productividad y un deterioro de la calidad de vida, causados por las enfermedades crónicas no transmisibles. Numerosos datos demuestran que éstas están causalmente asociadas al consumo de tabaco y a otros factores de riesgo relacionados con el medio ambiente y los así llamados "estilos de vida". De ahí que

la tendencia al incremento del consumo de tabaco en la mayor parte de los países de la Región y los denodados esfuerzos publicitarios por promover su consumo, especialmente entre mujeres y jóvenes, sean motivos de profunda preocupación. El orador subraya que, pese a la escasa información existente acerca de las características del problema del tabaquismo en la mayor parte del Hemisferio, se observa un agudo contraste: en algunos países (el Canadá y los Estados Unidos de América) están disminuyendo el número de fumadores, el consumo de cigarrillos por habitante, el contenido de nicotina y alquitrán de éstos, y la curva epidémica de las consecuencias cardiovasculares del tabaquismo también es decreciente, mientras que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, se sabe, aunque indirectamente, que tanto la producción como el consumo per cápita de tabaco están aumentando, el contenido de nicotina y alquitrán de los cigarrillos siguen siendo muy elevados y las consecuencias no se hacen esperar. Todo parece indicar que la epidemia del tabaquismo se expande con mucha mayor celeridad en América Latina y el Caribe que en Norte América, donde parece haber pasado la cúspide y encontrarse ahora en franco descenso.

Pasando a la solución del problema, el Dr. Nichols pone de relieve que la experiencia exitosa de ciertos países revelan que la prevención y el control del tabaquismo son política, social y económicamente viables.

Entre las medidas y las directrices estratégicas que han resultado más eficaces, el orador destaca en primer término la decisión política de los Gobiernos y de los pueblos de resolver el problema del tabaquismo; en segundo término, la posibilidad de contar con un mecanismo que permita concertar la ejecución de actividades por los distintos sectores

involucrados y que cuente con un equipo ejecutor multidisciplinario y, por último, la posibilidad de coordinar los esfuerzos y voluntades, tanto de gobiernos como de organismos e instituciones no gubernamentales, agencias voluntarias, asociaciones profesionales y muchos otros interesados en la solución del problema. Aclara, no obstante, que los programas resultantes no pueden circunscribirse al sector de la salud sino que deben ser amplios, y contener todos y cada uno de los siguientes componentes programáticos: la promoción de leyes que restrinjen la publicidad y las ventas de cigarrillos, que limiten su consumo en lugares públicos y que alerten a los consumidores acerca de los riesgos y protejan los derechos de los no fumadores; el desarrollo de programas de información y educación dirigidos al público en general y a los grupos de alto riesgo; la organización de consultas para dejar de fumar y la prestación de asesoramiento para fumadores; la movilización de la opinión pública y de la acción ciudadana para que grupos de voluntarios y otros contribuyan al esfuerzo de prevención y control y, por último, la promoción de la investigación y de la producción de información que permita vigilar el comportamiento y evaluar el impacto de las medidas tomadas.

El Dr. Nichols señala que estas actividades rebasan la capacidad y el mandato del sector de la salud, requieren una decisión política de alto nivel que pueda concitar la participación de otros sectores. Además de material informativo y educativo, documentación, capacitación y muchos otros elementos. El Plan de Acción propuesto aspira a favorecer una cooperación regional que facilite el desarrollo de este proceso intersectorial, multidisciplinario, distinto, no tradicional y de

colaboración entre organismos. Tiene el propósito general de promover y facilitar la adopción de medidas de salud pública, a niveles regional, subregional y nacional, con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia del tabaquismo y de proteger los derechos de los no fumadores. Por último, intenta a promover el concepto de sociedades y nuevas generaciones libres de tabaco. El orador resume a continuación las medidas prácticas encaminadas a lograr esas metas. En cuanto a la promoción de políticas, planes y programas dice que se propone colaborar con los Estados Miembros, mediante sus ministerios de salud, en la formulación de políticas, planes y programas intersectoriales, multidisciplinarios y suficientemente amplios que incluyen aspectos legislativos (relacionados con el consumo, venta y publicidad del tabaco); educativos y de información; servicios para cesar de fumar, y movilización de la opinión pública y otros.

Refiriéndose a la movilización de recursos, destaca la cooperación con los Estados Miembros, centros y grupos gubernamentales y no gubernamentales para seleccionar y movilizar todas las fuentes de recursos que puedan contribuir a la ejecución del Plan de Acción.

Por lo que al manejo y la difusión de información se refiere, el Dr. Nichols dice que en el Plan se prevé colaborar con los Gobiernos y organismos no gubernamentales en el establecimiento de un mecanismo regional que permita identificar, recoger, producir, duplicar, diseminar y evaluar la eficacia del material educativo e informativo, destinado a diversos grupos. Entre éstos cabe señalar a los trabajadores de la salud, los educadores, adolescentes, líderes políticos, madres y otros.

Por último se propone contribuir a facilitar la identificación, formulación y ejecución de investigaciones aplicadas que sean necesarias para el desarrollo de programas y prestar asesoramiento técnico directo para resolver problemas específicos por conducto del propio personal de la Organización o de consultores.

El Dr. Nichols pide a los miembros del Comité Ejecutivo que formulen comentarios y sugerencias sobre aplicabilidad del Plan de Acción y solicita su aprobación formal. Señala que la viabilidad del Plan de Acción depende en gran medida de su financiamiento y, con ese fin, hay que examinar la posibilidad de obtener fondos extrapresupuestarios de diversas fuentes.

Mr. PREFONTAINE (Canada) said that this Delegation wished to commend PAHO for producing the Regional Plan of Action and hoped that it would be approved by the members of the Executive Committee.

In Canada, although the problem was far from being resolved, considerable success had been achieved in restricting the use of tobacco. Consumption of cigarettes by males had been reduced. However, among women and young people, it was on the increase. A directional paper had recently been issued, which reviewed the current tobacco situation in Canada and detailed a plan of action similar to that of PAHO. The plan specified three objectives--protection, prevention and cessation--to be achieved through seven strategic directions: legislation, access to information, availability of services and programs, message promotion, support for citizen action, intersectoral policy coordination and research development, and dissemination.

Dr. HARDY (United States of America) said that his Delegation joined with the Delegation of Canada in supporting the Regional Plan of Action, a document which demonstrated much careful planning and thinking. With its far-reaching yet not overly ambitious goals, the plan was likely to have a significant positive impact on health improvement in the Hemisphere.

The final paragraph on page 3 of the document referred to the risk to non-smokers living in the proximity of smokers. For many people, the most significant source of involuntary exposure to environmental tobacco smoke was the workplace. Consequently, he suggested amending the phrase in the second line of that paragraph to read: "who work and live".

In section 7.1 of the document, the definition of Goals was somewhat vague. He would welcome clarification of the phrase "Member States with programs," for example. The second goal could also be made more specific; the WHO plan of action on tobacco control might serve as a model.

Another related activity--the world no-tobacco day--might be worth explicit mention in the Regional Plan of Action.

The Regional Report on Smoking in the Americas, being produced collaboratively by PAHO and CDC, was scheduled for completion in late 1991. He wished to express appreciation for the support received from all Governments in that endeavor.

El Dr. VILLALBA (Uruguay) se une a las opiniones vertidas por los Representantes del Canadá y de los Estados Unidos de América en cuanto al programa y a su conducción. Indica que en el Uruguay, desde hace algunos años, en toda la propaganda referente a cigarrillos se señala que fumar

es perjudicial para la salud, aunque todavía no se ha logrado impedir que se haga publicidad. Considera que dentro del Plan, éste es un proceso que debe desarrollarse en forma progresiva. Desde 1986 existe una Oficina Técnica de Control del Tabaquismo dentro del Ministerio de Salud Pública que ha dado participación a los organismos de enseñanza media y superior y a la propia comunidad. Se ha conseguido instituir una serie de prohibiciones en ciertos lugares: desde hace pocos meses, en virtud de una disposición del Ministerio de Salud Pública, está prohibido fumar en los lugares en que haya pacientes. Aunque por el momento sólo rige para los organismos públicos espera que en breve se aplique en todas las instituciones de atención médica que reciban pacientes, en forma ambulatoria o para su internación. El Dr. Villalba se refiere a los esfuerzos desplegados en materia de información y educación, en coordinación con los organismos públicos y privados de enseñanza y a la inclusión del tema del tabaquismo en los planes de estudio de la Facultad de Medicina y de los institutos de formación docente. Aunque todavía no se ha aprobado ninguna ley que prohíba fumar, dice el Representante del Uruguay que la Cámara de Diputados, después de un debate de varias horas, decidió incorporar a su reglamento interno a la prohibición de fumar en las sesiones o en comisiones y supone que la Cámara de Senadores tomará una decisión análoga.

Mr. LANSQUOT (Saint Lucia) said that while his country wholeheartedly supported the idea of prevention and control of tobacco use, it was important to recognize the difficulties encountered by some Third World countries in implementing that goal. In small countries like

his own, a great deal of revenue was generated by promotional advertising of tobacco and alcohol products in the media. Thus, the Government often found itself in a contradictory situation: supporting anti-smoking campaigns through the media and, at the same time, allowing the media to promote tobacco and alcohol use as a means of obtaining resources for their continued operation.

The CHAIRMAN, speaking as the Representative of Trinidad and Tobago, noted that a further problem was that tobacco companies were willing to pay very high rates for prime-time advertising, thus exacerbating the situation.

El Dr. GRANIZO (Ecuador) dice que la situación en su país se asemeja a la de Santa Lucía. Desde que el nuevo gobierno tomará posesión la administración de la Salud Pública ha iniciado una vigorosa campaña anti-tabáquica, sin precedentes en el país. Aparte de medidas sencillas como, por ejemplo, la de poner carteles en el Ministerio que decían "gracias por no fumar", se creó el comité inter-institucional de lucha anti-tabáquica, que recibió una acogida muy favorable de las universidades, las sociedades científicas, neumológicas, y cardiológicas, de los estudiantes de colegios y del Ministerio de Educación. Este participó en la organización conjunta de campañas de información anti-tabáquica que actualmente prosiguen. El orador subraya que todas estas iniciativas tropiezan con un escollo de primer orden: el 80% de los programas de televisión están subvencionando mediante propaganda del tabaco y alcohol, sobre todo de empresas de tipo transnacional como la Marlborough, la Lark, etc. que ocupan los espacios publicitarios a toda

hora induciendo precisamente a los jóvenes a fumar. Como si ello fuera poco en los países de la Región se asiste a paradojas como la siguiente: en el Ecuador, gran parte de los fondos de que dispone por ley el programa de medicamentos genéricos esenciales provienen de los impuestos selectivos que gravan a los cigarrillos y las bebidas alcohólicas. Por una parte, es de desear que los que ya fuman no dejen de hacerlo para seguir contando con esos fondos; por otra parte, por contradictorio que parezca, se espera que la juventud no aprenda a fumar. Por último, el Representante del Ecuador se adhiere al Plan de Acción propuesto y exhorta a instituir una cooperación mutua para lograr la erradicación del tabaquismo.

El Dr. TICAS (El Salvador) se refiere a los aspectos económicos del problema del tabaquismo. En algunos países como el suyo la producción de tabaco ha sido una fuente de ingresos para la agricultura e incluso para la constitución de una agroindustria, puesto que hay fábricas productoras de cigarrillos. El querer dismantelar una agroindustria para convertirla en otra cosa es un proceso que lleva tiempo. En este sentido, no puede menos que referirse a los países productores de cocaína donde se insiste en la necesidad de utilizar las tierras destinadas al cultivo de la cocaína para alguna otra fuente de trabajo y de ingresos para la población que vive de ese producto. No se refiere a las grandes plantaciones que contribuyen al narcotráfico sino a las que utilizan los nativos para su sobrevivencia.

Por último, reitera que hay que iniciar estos procesos sabiendo de antemano que, por muy lentos que resulten, son indispensables para que la juventud del mañana no fume.

El Dr. NICHOLS (OSP) agradece el apoyo expresado por los oradores. Considera muy pertinentes las observaciones del Representante de los Estados Unidos de América ya que, efectivamente, se ha omitido toda referencia al lugar de trabajo como sitio de exposición al tabaquismo pasivo. Señala a continuación cierta ambigüedad respecto de la fecha de comienzo del plan; debería ser 1990, siempre que se obtengan los recursos financieros necesarios. En cuanto a la especificidad, dice el Dr. Nichols que es normal que el plan de acción de la Organización Mundial de la Salud sea más específico porque comprende período de cinco años; al aplicarse él que se estudia a un período mucho menor, la posibilidad real de obtener efectos o de poder evaluar los resultados es más limitada. Por último, considera innecesario volver a referirse a los aspectos económicos del tabaquismo.

The CHAIRMAN said that he would ask the Rapporteur to prepare a proposed resolution on the item for distribution at a subsequent session.

ITEM 4.8: MALARIA CONTROL
TEMA 4.8: CONTROL DE LA MALARIA

The CHAIRMAN drew attention to Document CE103/11 and invited Dr. López-Antuñano to present the item.

El Dr. LOPEZ ANTUÑANO (OSP) se refiere al Documento CE103/11, que presenta el problema en forma muy resumida, para su consideración por el Comité Ejecutivo.

En primer lugar, se describe la situación actual de la malaria como resultado de los programas de control en el pasado y como producto de la evolución social y económica de los países y de la influencia del

desarrollo de la epidemiología de la enfermedad. Luego, las principales acciones de prevención y control actualmente en ejecución. En tercer lugar, se exponen las principales dificultades para la prevención y el control de la malaria en el marco de referencia del desarrollo y de la situación actual. A continuación aparecen la política y las estrategias aconsejables para el desarrollo futuro de las acciones de prevención y control, en la etapa de transición entre el enfoque anterior, tendiente a la erradicación, y el enfoque epidemiológico actual para un control integrado que se juzga necesario y que se presenta a la consideración de los países. Y por último se muestra la orientación de la cooperación técnica de la OPS en apoyo a los Estados Miembros, para alcanzar el propósito de reorientar y adecuar los programas nacionales.

Por lo que se refiere a la situación actual, los países americanos mantuvieron la doctrina y estrategia de erradicación de la malaria durante los decenios del 60 y del 70. En 1970, la mortalidad por malaria había disminuido considerablemente en la mayoría de los países. En 1974 se registraron apenas 269.000 casos de malaria en la Región, equivalentes a una tasa de morbilidad de 49,7 casos por 100.000 habitantes en los 545 millones de habitantes que tiene. Sin embargo, a partir de esa época, la situación comenzó a desmejorar y, para 1983, la tasa de morbilidad por malaria triplicó casi la de 1974, llegando a 130 por 100.000 habitantes, con un total de 830.700 casos registrados.

El panorama epidemiológico de la malaria en el mundo muestra también una tendencia global de deterioro. En 1987 se calculó que cerca de 2.700 millones de personas (56% de la población mundial) viven en áreas donde la malaria persiste como problema social, de atención médica y de desarrollo de infraestructuras de salud. En la Región de las

Américas, en ese mismo año, se estimó que 268 millones de personas (el 40% de la población total) vivían en áreas con riesgo de malaria.

Con ayuda de dispositivas, el Dr. López-Atuñano muestra la distribución de los casos de malaria registrados en la Región de las Américas. Puede verse que la mitad (51,1%) de los casos encontrados o registrados en 1988 corresponde al Brasil; el 21,3% a la subregión andina; el 11,7 a la región de Centro América, incluidos Panamá y Belice; el 10,5% a México; el 3,7% a las Guyanas; el 1,2 a la subregión del Caribe, y el 3% al Cono Sur y los países sin transmisión (0,2%). Hay dos países, la Guyana y la Guayana Francesa, que tienen más de 30 casos de malaria por 1.000 habitantes. Un segundo estrato, representado por Belice y Guatemala, tiene más de 15 por 1.000 habitantes; y un tercero, en el que están el Brasil, Nicaragua, Suriname, el Ecuador, Bolivia y Honduras, comprende países que presentan entre 7 y 10 casos por 1.000 habitantes. Un cuarto estrato, con Colombia, el Perú, México, Haití, El Salvador, Venezuela y Costa Rica, muestra una incidencia parasitaria de uno a cinco por 1.000 habitantes; un último estrato, con el Paraguay, Panamá, la Argentina y la República Dominicana, presenta una incidencia inferior al 1 por 1.000. La distribución del problema, pues, no es uniforme en la Región ni en toda la extensión del área malárica de los países.

Tampoco dentro de un mismo país se encuentra distribuida la malaria uniformemente. En 1988, aunque registraron progresos en algunos países, el número de casos de malaria fue superior al millón. El Brasil tuvo la mitad de esos casos, pero se puede considerar que en los ocho países amazónicos se registraron alrededor del 70% o el 75%.

En cuanto a las acciones de prevención y control, continúan orientadas a la prevención y control de la transmisión de la malaria, basada en el control de los anofelinos vectores adultos mediante la aplicación intradomiciliar de insecticidas en ciclos periódicos determinados por la duración del efecto residual del insecticida escogido.

El tratamiento de enfermos de malaria es otra medida usada para disminuir la morbilidad. En 1988, los 21 países de la Región con programas antimaláricos activos comunicaron que habían examinado cerca de 10 millones de muestras de sangre y, consecuentemente, habían tratado el mismo número de enfermos sospechosos o confirmados, y asimismo que habían consumido un poco más de 83 millones de tabletas de diferentes medicamentos antimaláricos, en forma única o combinada. Sin embargo, no se logra la cobertura necesaria de tratamientos antimaláricos porque los diversos organismos del sector salud no han incorporado aún el diagnóstico y el tratamiento de la malaria como una de sus responsabilidades ordinarias.

Con respecto a los problemas que dificultan el control, entre las principales dificultades para la prevención y control en las áreas de mayor transmisión se pueden mencionar: a) el saneamiento ambiental inadecuado y la vivienda precaria; b) los frecuentes desajustes de financiamiento; c) el insuficiente conocimiento de la biología, ecología y control de los vectores; d) la expansión de la frontera agrícola y la industria extractiva migratoria de minerales y maderas, y e) las estructuras de salud ineficientes o inexistentes en esas áreas de mayor transmisión.

El enfoque epidemiológico propuesto para un control integrado se debe a que la variedad y complejidad de factores técnicos, políticos,

socioculturales y económicos que se conjugan en el origen de la transmisión de la malaria han demostrado la necesidad de cambiar el enfoque simplista de tácticas únicas de control, aplicadas en toda el área malárica, sin tener en cuenta los diferentes grados de endemidad.

La grave situación de la malaria en la Región requiere por tanto la acción de todos los niveles de decisión, a fin de conseguir el desarrollo de programas eficaces.

En el campo de las políticas y estrategias, la reorientación de los programas requiere revisar las actividades en ejecución, identificando las que producen impacto y modificando las que se considere necesario, descentralizando las acciones e incorporando las actividades de vigilancia y control a los sistemas locales de salud. Se programarán las acciones como parte integral de la actividad de los servicios que constituyen los sistemas locales.

La estratificación epidemiológica en los programas de control de malaria debe ser un proceso dinámico y continuo de investigación diagnóstico, análisis e interpretación de información que sirva para categorizar metodológicamente y de manera homogénea áreas geo-ecológicas o grupos de población, de acuerdo con factores de riesgo de la malaria. Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos y operacionales que permitan un mejor conocimiento del problema malárico, sobre todo en sus aspectos socio-económicos y demográficos, y el proceso así concebido ha de estar orientado a las acciones operativas en los niveles periféricos. La ejecución local de las acciones aquí programadas permitirá optimizar el rendimiento de los recursos empleados y contribuirá a la disminución o eliminación de los factores de riesgo que hayan sido objeto de intervención.

Dentro del proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud, hay que revisar los procedimientos administrativos y gerenciales, capacitar el recurso humano en sus diferentes niveles, y llevar a cabo la revisión del proceso de toma de decisiones para darle mayor agilidad al nivel más periférico.

Los problemas de formación y capacitación de recursos humanos se deberán revisar y reorientar con el propósito de eliminar tanto las dificultades existentes para desarrollar el conocimiento técnico y científico cuanto las deficiencias en la capacidad necesaria en epidemiología, ciencias sociales aplicadas, ecología, demografía, parasitología, entomología médica, ingeniería sanitaria y control integrado de vectores.

Es indispensable rediseñar el sistema de información, adecuándolo a las necesidades presentes, teniendo en cuenta el subsistema de información de los programas de malaria; la recolección, presentación y registro de datos y la utilización de indicadores; el diseño del Sistema Integrado de Información debe incluir parámetros que reflejen las condiciones de vida y de salud de la comunidad y permitan analizar las causas y tendencias de la enfermedad e identificar los factores y grupos de riesgo, y, por último, los sistemas de información y los mecanismos de vigilancia epidemiológica deban servir para el manejo adecuado de las situaciones endémicas y epidémicas.

Las acciones de prevención, vigilancia y control deben ser integradas con las del sistema de salud, y la participación social es requisito sine qua non para la ejecución y evaluación de los programas.

Los servicios de salud deben participar activamente en investigaciones destinadas a generar conocimiento para mejorar la

eficacia de las estrategias y las acciones de prevención y control, incluyendo la agilización y racionalización administrativa y gerencial de los programas. Y la realización de tales investigaciones necesita la cooperación de la comunidad científica de las universidades y centros de investigación, incluidos los del sector privado.

En cuanto a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, el orador indica que ésta se esforzará (ya ha comenzado a hacerlo) por conseguir el cambio de enfoque en la prevención y control de la malaria a través de la reorientación de los programas nacionales y el fortalecimiento de la capacidad técnica y operacional de los servicios de salud responsables del control. Las actividades de cooperación están dirigidas a cooperar en la revisión de políticas, planes y normas relacionadas con la prevención, vigilancia y control; identificar y movilizar recursos; desarrollar y capacitar recursos humanos; racionalizar, integrar y modernizar los sistemas de información; y promover y ejecutar, difundir e incorporar los resultados de investigaciones destinadas a resolver problemas concretos que surjan durante la ejecución del programa de control.

Por último, se solicita al Comité Ejecutivo que ofrezca los comentarios sobre la estrategia propuesta a los países y sobre la cooperación técnica de la Organización.

The CHAIRMAN, speaking as the Representative of Trinidad and Tobago, said that he was very pleased with the suggestion to reorient malaria programs in the areas currently infected with that disease. At the same time, attention must still be paid to maintaining the malaria-free status of the countries in the Region which had been free of

malaria since the mid-1960's but were now concerned about the reintroduction of the disease from neighboring States. Increased demographic mobility as well as regulations prohibiting health examinations at points of entry were contributing to the risk of spreading malaria. Furthermore, countries with malaria-free status were often reluctant to allocate funds to control a disease which was perceived not to exist.

Infected countries should include in their programs a plan for protecting people entering the country from malaria-free countries. Similarly, plans should be developed to prevent the export of malaria from infected countries into countries with malaria-free status, bearing in mind that while the malaria parasite might have been exterminated, the vector was still present in the latter.

El Dr. GRANIZO (Ecuador) manifiesta que en su país la malaria sigue constituyendo un gran problema de salud pública, y existe el llamado Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, que tiene alrededor de mil trabajadores, actualmente en huelga. Esos trabajadores, que defienden sus "derechos-adquiridos", quieren mantener el programa verticalizado y rechazan totalmente que pueda horizontalizarse yendo hacia los sistemas locales de salud, es decir, hacia el control y evaluación por las jefaturas provinciales de salud del país.

La recomendación del Representante del Ecuador sería, por ello, que hubiera una acción más enérgica por parte de la Organización para forzar a los Gobiernos--no solo a los Ministerios de Salud Pública, sino a los parlamentos, congresos o asambleas constituyentes--a modificar ese tipo de legislaciones que impiden avanzar hacia una redefinición del programa.

Por otro lado, recalca que se debe reforzar los convenios sanitarios entre países fronterizos, como en el caso del Ecuador, que comparte el problema con Colombia y el Perú. Se ha avanzado algo, suscribiendo convenios con estos países, pero hay que seguir profundizando y fortaleciendo los programas interfronterizos.

El Dr. LOPEZ ANTUÑANO (OSP) agradece los comentarios con respecto a los avances logrados especialmente en el decenio de los 60, en algunos países de la Región, y más especialmente en los países del Caribe que erradicaron la malaria, entre ellos Trinidad y Tabago y Cuba, pero precisamente una de las características de la erradicación en esas islas fue que, fundamentalmente, los programas fueron desarrollados por los propios sistemas de salud. Se ha conseguido mantener la erradicación a pesar de que ha habido algunos brotes epidémicos, con algunos casos detectados a tiempo, que se han tratado a tiempo precisamente porque la vigilancia estaba a cargo de los propios servicios de salud que hicieron el programa.

En otros países de otras subregiones existen también extensas áreas en donde se ha logrado la erradicación, como el sur del Brasil, el Paraguay, la Argentina, la República Dominicana y Panamá, que han mantenido muy baja la transmisión, precisamente porque se han desarrollado otros servicios que han continuado la vigilancia. Pero la malaria actual, sobre todo en los ocho países de la Cuenca Amazónica y en algunos andinos, tiene una gran capacidad de transmisión y ya no es aquella malaria de aldea, de una población que no se movía, sino que es una nueva malaria que presenta otros factores de riesgo y requiere un enfoque completamente diferente y, naturalmente, mayores informaciones epidemiológicas.

De todas formas, toma muy especialmente en cuenta la sugerencia hecha por el Presidente, para tratar de lograr mayor protección de las personas que viajan hacia las áreas maláricas de otros países, ya sea con alguna quinoprofilaxis o con ciertas medidas de protección personal que se les podría sugerir. Por otra parte, hay que pedir también a los países del área malárica que procuren detectar a las personas que están ingresando en las sedes maláricas para que reciban los tratamientos adecuados o el diagnóstico necesario antes de abandonar el país.

En lo que se refiere a la prevención de la exportación de la malaria, realmente es un problema que no podría ser muy difícil, pero no parece que ocurre lo mismo que en otros vectores, por ejemplo el Aedes aegypti o el Aedes albopictus, que se pueden exportar fácilmente. En la región de las Américas sólo hay un caso, el del anofeles importado de Africa al Brasil, pero el vector fue erradicado. Por eso, la exportación de casos de malaria tendría que ver más con casos individuales de personas.

Por lo que se refiere a los comentarios del Representante del Ecuador, reconoce que, en ese país, el problema ha ido en ascenso. Según los últimos datos, parece que ha aumentado incluso el plasmodium falciparum, que prácticamente fue erradicado en 1972, año en que sólo se registraron 700 casos, pero en 1988 se convirtieron en 13.000. Sin embargo, hay muchos otros problemas que no están propiamente relacionados con el servicio nacional de erradicación y que requerirían mayor estudio.

Por lo que se refiere a la revisión de la legislación, el Dr. López Antuñano dice que no se podría estar más de acuerdo en la necesidad de su revisión, lo que, en algunos casos, se esta haciendo ya.

En cuanto al reforzamiento de los convenios sanitarios fronterizos, se cuenta con la iniciativa de los países andinos, que están revisando la situación epidemiológica en las fronteras y los planes de acción que podrían desarrollarse, y con el tratado de los países amazónicos, que contempla la manera de desarrollar planes de acción conjuntos, no solamente en los aspectos de desarrollo de recursos humanos y de investigación, sino también para tratar de hacer simultánea y sincrónicamente todas las operaciones relacionadas con el control del vector y el de la enfermedad en general.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) desea subrayar algunos de los datos que aparecen en el informe y hacer algunos breves comentarios a propósito de las intervenciones de los representantes. Uno de los aspectos que quiere destacar, desde la perspectiva de alguien que no es especialista, es el extraordinario deterioro del problema de la malaria en los últimos 10 ó 15 años.

En 1988, los casos registrados son más de 1.106.000 y probablemente serán 1.200.000 cuando se acabe de recibir todas las informaciones pendientes, lo que, comparado con la población que vive en las áreas maláricas, supone un índice de más de 380 por 100.000 habitantes. Si se compara ese índice con el correspondiente a 1974, se ve que se ha multiplicado casi por 8. Hay muchas causas, que el documento especifica, pero sobre todo se ha producido un cambio en las condiciones epidemiológicas de la enfermedad; como dijo el Dr. López Antuñano, se trata de una nueva malaria, en el sentido de que las condiciones de transmisión han cambiado extraordinariamente, tanto en el nivel de los vectores, como, sobre todo, en el de las condiciones

sociales, económicas en que la malaria se da. Evidentemente, los enfoques de estrategia que fueron eficientes en el pasado han perdido su eficacia ante ese cambio tan extraordinario en las condiciones epidemiológicas de la malaria de hoy.

Uno de los problemas que le preocupa mucho es el de la región amazónica, a que corresponde más de 75% del total de casos notificados. Se debe recordar que por cada caso notificado los especialistas dicen que hay al menos cuatro sin notificar, lo que significa que existen en estos momentos casi 5 millones de casos de malaria anuales en la Región de las Américas. Hay que aprender mucho sobre como tratar la condición amazónica, y por ello se examinará con mucho cuidado la información que dió el Dr. Pastorelo, y quizá se podría agregar alguna información adicional sobre el programa especial que el Brasil está diseñando para atacar la malaria en la región amazónica, un programa que tiene un costo estimado de unos \$300 millones. Ese programa permitirá observar cómo se debe abordar el problema e indica que la lucha antimalárica es costosa y exige movilizar recursos en volumen respetable, pero, sobre todo, que hace falta cambiar las estrategias empleadas en el pasado.

Por último, el Director dice que, además de las experiencias de cooperación entre países en la frontera de la Región Andina y en el Pacto Amazónico, se van a celebrar reuniones breves en las que éste será uno de los temas. Está prevista la cooperación entre la Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay, etc.; hay una propuesta de cooperación entre Venezuela y Guyana, aunque ha tropezado con dificultades diplomáticas. No ha ocurrido así, en cambio, en Centroamérica, donde en estos momentos hay dos proyectos específicos de cooperación a lo largo de la frontera entre Nicaragua, por un lado, y sus dos vecinos del sur y del norte. En el

sur no resulta rara esa cooperación entre Nicaragua y Costa Rica para tratar conjuntamente un programa unificado, pero sí sorprende en la frontera norte, es decir, en la de Honduras. A pesar de todos los problemas que existen en ella, hay un plan que se está poniendo en marcha y los países de Centroamérica trabajan, con ayuda de la Organización y del Banco Interamericano de Desarrollo, para estudiar la posibilidad de un plan común de combate de la malaria que abarque a todos los países del Istmo Centroamericano. Son datos positivos que hay que reseñar porque indican la posibilidad de recuperar la voluntad política en cierto modo perdida por algún tiempo en la lucha contra esa enfermedad. Habido también algún fracaso; por ejemplo, no se ha podido convencer a Haití y la República Dominicana de que la malaria en la isla Española no es un problema de cada uno de esos países aisladamente, sino común, y requeriría también un programa común.

The CHAIRMAN asked the Rapporteur to prepare a proposed resolution on the item.

ITEM 4.9: BLINDNESS PREVENTION IN THE AMERICAS

TEMA 4.9: PREVENCIÓN DE LA CEGUERA EN LAS AMERICAS

La Dra. RESTREPO (OSP) recuerda que los problemas de salud ocular fueron tratados en las Américas, hasta 1979, como problemas específicos de salud pública. Por lo tanto, las acciones preventivas fueron durante mucho tiempo limitadas, sobre todo porque la atención oftalmológica se concentraba en las áreas urbanas. Sin embargo, tanto los países como la OPS reconocieron la importancia de la diabetes mellitus, la prevención de accidentes, la prevención de la xeroftalmía y el control de diversas

enfermedades infecciosas y parasitarias, por su gran repercusión en la salud ocular en general y la atención oftalmológica en particular.

En 1979 la OPS resolvió otorgar todo su apoyo a los Gobiernos para la formulación de planes de prevención de la ceguera, según reza la Resolución CD26.R13 de la XXVI Reunión del Consejo Directivo, y desde 1980 inició una serie de actividades y proyectos encaminados a fortalecer la atención oftalmológica en toda la Región. A partir de 1984, dichas actividades se ampliaron con fondos extrapresupuestarios y la valiosa colaboración de varias organizaciones no gubernamentales.

Se estima que hay de un millón y medio a dos millones y medio de personas ciegas en la Región. La catarata es la causa principal de ceguera curable; los traumatismos oculares, la primera causa de consulta oftalmológica; los defectos de refracción son la causa fundamental de pérdida de visión en todos los grupos de edad, y el glaucoma y la retinopatía diabética son también causas importantes de patología. La población de menos recursos económicos accede con dificultad a los anteojos y la insuficiente atención oftalmológica está vinculada con la baja cobertura de los servicios de salud en general.

La oradora se refiere asimismo a los antecedentes inmediatos y a los objetivos del Programa Regional para la Prevención de la Ceguera, que desde 1982 es un componente del Programa de Salud del Adulto. Entre los logros alcanzados se destacan la movilización de recursos nacionales e internacionales, el adiestramiento de personal especializado, el desarrollo de normas, planes y políticas y la preparación y distribución de manuales técnicos y materiales audiovisuales de capacitación.

Para brindar mayor impulso al importante Programa Regional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera habrá que obtener el compromiso

político de los Gobiernos, promover la coordinación de los recursos nacionales e internacionales disponibles y conseguir recursos extrapresupuestarios adicionales, sobre todo para el Plan de Acción. Son importantes al respecto las gestiones que se realizan con The Royal Commonwealth Society for the Blind (RCSB) y la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE).

Se prestará atención prioritaria a la catarata y los traumatismos oculares, pero a petición de los Gobiernos Miembros se colaborará en la prevención y tratamiento de trastornos que son comunes en otras partes del mundo pero que solo se circunscriben a ciertas regiones en las Américas, como el glaucoma, la oncocercosis, el tracoma y la xeroftalmía.

La OPS seguirá colaborando estrechamente con las organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de los servicios de salud ocular, evaluando sobre todo cualitativamente el Programa; continuará convocando al Grupo Regional de Consulta a intervalos adecuados para movilizar recursos; promoverá la difusión de información y brindará adiestramiento principalmente a docentes nacionales para que actúen en el nivel primario de atención.

Es imprescindible redoblar los esfuerzos para mejorar la salud ocular y la prevención de discapacidades tan serias como la ceguera en toda la Región de las Américas.

Mr. LANSIQUOT (Saint Lucia) pointed out that nongovernmental organizations in the Caribbean were working very actively on blindness prevention; Lions International was especially to be singled out for its contribution.

Glaucoma was widespread in Saint Lucia, as in most Caribbean countries. For a number of years the Government of Saint Lucia had

enjoyed the support of an international organization specializing in eye diseases in combatting that ailment. The support has now ceased and Saint Lucia was unable to cope with the number of people needing eye care. He therefore hoped that PAHO would be able to find ways and means to render immediate assistance to Saint Lucia in the area of ophthalmology.

In the Caribbean the blind, and the nongovernmental organizations assisting them, were very active in fundraising. It was therefore fair to say that the community will was there; what was needed now was support from PAHO and from other countries able to help.

El Dr. VILLALBA (Uruguay) se muestra de acuerdo con todo lo expuesto acerca de la prevención y el tratamiento de la ceguera, pero considera que también habría que poner el acento en el tema de la rehabilitación del paciente ciego o con dificultades importantes de la visión, que tiene que dejar de ser un minusválido más para reintegrarse a la sociedad como ser activo y productivo.

El Dr. GRANIZO (Ecuador) dice que en su país existen algunos focos de oncocercosis en la provincia de Esmeraldas, en la frontera con Colombia, donde está infectada hasta un 76% de la población. Pregunta si en un futuro próximo la OPS podría proporcionar a su Gobierno ivermectin o alguna otra droga de parecida eficacia para combatir el mal.

Mr. HANDLEY (United States of America) said that his Delegation had also been very pleased with PAHO's initiative in eye health and the prevention of blindness. The five-year comprehensive plan, when it was implemented, should bring about substantially improved eye health in all the Americas. The United States was aware of the importance of steps

taken by many countries in the Region to develop national plans for eye health and blindness prevention. In the near future it intended, through the National Eye Institute, to concentrate on collaborative activities in several Caribbean communities. Nongovernmental organizations active in Latin America were also extremely important in the areas of prevention and rehabilitation. Some NGOs had completed demonstration projects aimed at reducing the backlog of curable cataract blindness, and on the basis of those experiences, had developed a manual for expanding such programs to various Latin American and other countries where focused programs in blindness prevention did not yet exist. Other NGOs were working to reduce the prevalence of preventable blindness from oncocerciasis and vitamin A deficiency.

His Delegation had prepared a background paper which included further examples of NGOs activities now in progress, and would be pleased to make it available to the Committee. It also wished to suggest that PAHO might facilitate dissemination of the results from operations research projects relating to preventing eye disease. That would help individuals working in operations research to adopt better ways to solve problems in countries where there was a large cataract blind backlog or where oncocerciasis and vitamin A deficiency occurred.

PAHO, working in collaboration with nongovernmental organizations could also be helpful in responding to the need for sustainable supplies of low-cost spectacles. A careful analysis of the barriers to spectacles production within developing countries might be undertaken. Alternative strategies might be developed for providing low-cost eyeglasses, not only to recovering cataract patients, but also to the large numbers of people with uncorrected refractive errors.

To facilitate those efforts, he would propose that PAHO might also consider convening a meeting of NGOs working in the Region. During that meeting, there could be discussions of the feasibility of developing a coordinated approach whereby each NGO would be able to focus its resources and talents on specific identified needs within the context of the PAHO Eye Health and Blindness Prevention activities. The meeting might focus on NGO programs for the local manufacture of low-cost spectacles, reducing barriers to the utilization of health care systems, developing and disseminating educational materials to promote primary eye health care skills and promoting protective measures against eye trauma. The NGOs could help develop prototypes for addressing those problems and PAHO, through its network of contacts, could then facilitate their dissemination and adaptation to the needs of the Region. The long-term goal would be to enable such programs to become self-reliant and to respond to individual problems in individual countries. The National Eye Institute would be pleased to continue its work directly with PAHO and to facilitate the close involvement of international, nongovernmental agencies active in blindness prevention in helping to develop eye health activities in the Region and to extend the services already being provided to the entire Region.

Mr. PREFONTAINE (Canada) said that the Canadian Delegation would be prepared to support the PAHO program to prevent blindness from many sources. He inquired what other NGOs besides Operation Eyesight International had been contacted by Dr. Restrepo's staff. With the information concerning PAHO's contacts in Canada in hand, his Delegation might be in a position to collaborate in developing a global plan that would facilitate the extrabudgetary financing of a portion of the program.

La Dra. RESTREPO (OSP) afirma que, en el marco del Programa Regional sobre Atención Oftalmológica, se ha de prestar atención prioritaria a la solicitud del Representante de Santa Lucía tan pronto como se designe al Asesor Regional que se está seleccionando. Con respecto a las manifestaciones del Representante del Uruguay, aclara que el Programa Regional para la Prevención de la Ceguera abarca no solamente la promoción de la salud, el descubrimiento precoz, el diagnóstico acertado y el tratamiento correcto, sino también la rehabilitación integral, con criterio de integración y no de aislamiento en institutos especiales. Admite, no obstante, que se puede poner mayor énfasis en este enfoque, que por cierto está ya incorporado a todos los programas de salud de los adultos. Agradece los ofrecimientos formulados por los Representantes de los Estados Unidos de América y el Canadá y concuerda con este último en la conveniencia de volver a coordinar todas las actividades que desarrollan las distintas organizaciones no gubernamentales, como la Federación Panamericana de Oftalmología, de encomiable labor en el Perú. Recuerda por último que, para evaluar la atención ocular en sus distintos niveles, se ha diseñado un instrumento aprobado en el Brasil, Colombia, Costa Rica y el Perú, cuyos resultados serán difundidos por conducto de manuales y guías que se proyecta publicar.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) destaca que la Organización procura siempre ampliar la participación de las organizaciones no gubernamentales, cuya labor con respecto a este Programa Regional es sin duda inmensa. Señala que a las causas principales de la ceguera, como la catarata, los traumatismos o el glaucoma, hay que añadir otras, cuya mera

existencia es lamentable y hasta absurda. En efecto, todavía hay seres humanos que se quedan ciegos por carencia de vitamina A y otros problemas nutricionales, o porque quedan focos residuales de oncocercosis. Aclara que hay oferta de los fármacos requeridos para combatir esta enfermedad, y que su utilización depende de que haya propuestas que obedezcan a determinados requerimientos. Asegura al Representante del Ecuador que su país va a contar con los elementos que necesita para poner fin al problema y considera que la Organización debe fijarse también como meta a corto plazo la erradicación de la oncocercosis de la Región de las Américas.

El Dr. TICAS (El Salvador) se refiere a las lesiones oculares producidas por deficiencia de vitamina A y declara que también su país ha logrado, tras 17 años de enormes esfuerzos, desarrollar la fortificación del azúcar con retinol.

Mr. LANSIQUOT (Saint Lucia) suggested that the proposed resolution to be prepared on the item under discussion should include a commendation of the NGOs, particularly those in the Caribbean area, for their recent creativity in fundraising.

The CHAIRMAN asked the Rapporteur to prepare a proposed resolution on the item.

The session rose at 7:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 7:30 p.m.