

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XL Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1988

INDEXED

Tema 5.5 del programa provisional

CD33/17 (Esp.)
8 agosto 1988
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LA SUBREGION ANDINA

A solicitud de los Cuerpos Directivos de la Organización, el Director informó sobre el estado del Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina, que ahora se llama "la Cooperación Andina en Salud" con el lema "Los Países Andinos Unidos por la Salud." El Documento CE101/6 (véase el Anexo), que se presentó a la 101a Reunión del Comité Ejecutivo, proporciona los antecedentes de la iniciativa, los objetivos y las estrategias a seguir, las normas generales para el plan de trabajo en cada una de las áreas prioritarias y algunas indicaciones del progreso alcanzado hasta el momento.

En sus deliberaciones la 101a Reunión del Comité Ejecutivo expresó su apoyo a los gobiernos de la Subregión Andina en sus esfuerzos por promover la Cooperación Andina en Salud, recalcó la importancia de la cooperación técnica entre los países de la subregión y expresó la esperanza de ver en breve el desarrollo de actividades específicas, concretas que podrían atraer compromiso político y recursos externos. Al final de la discusión, el Comité Ejecutivo adoptó la Resolución VIII que dice así:

LA 101a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe sobre la cooperación andina en salud (Documento CE101/6), que presenta en forma resumida las orientaciones y estrategias en relación con las áreas prioritarias para las acciones conjuntas de los países de la Subregión Andina,

RESUELVE:

Recomendar a la XXXIII Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución en los términos siguientes:

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre cooperación andina en salud (Documento CD33/17), que presenta en forma resumida las orientaciones y estrategias en relación con las áreas prioritarias para las acciones conjuntas de los países de la Subregión Andina;

Tomando nota de la Resolución CSP22.R22 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, que apoya la formulación de un plan de acción conjunto para el Area Andina, y

Reconociendo el esfuerzo que han llevado a cabo los países de la Subregión, la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y la OPS para definir y adelantar las acciones de salud en forma conjunta,

RESUELVE:

1. Felicitar a los Gobiernos de los países andinos en la preparación del Plan de Acción Conjunto, y por el compromiso que éste representa, sobre todo en términos de los esfuerzos que los países andinos deberán realizar para movilizar recursos nacionales y para obtener el apoyo de recursos externos.

2. Enviar este Plan a la OMS y al Parlamento Andino para promover la activa consideración y el apoyo al Plan.

3. Solicitar al Director que:

- a) Oriente la cooperación técnica de la Oficina en el área andina de acuerdo con los objetivos y estrategias del Plan de Acción;
- b) Busque el apoyo, juntamente con los Gobiernos de los países andinos, de otros organismos y gobiernos dentro y fuera de la Región para apoyar la ejecución de este Plan;
- c) Juntamente con los Gobiernos de los países andinos, trate de acelerar la puesta en práctica del Plan de Acción.

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del ANEXO
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



101a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1988

Tema 4.5 del programa provisional

CE101/6 (Esp.)
12 abril 1988
ORIGINAL: ESPAÑOL

PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LA SUBREGION ANDINA

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en su Resolución GSP22.R22 apoyó la formulación de un Plan de Acción Conjunto para el Area Andina y solicitó a los Gobiernos de la Subregión que le den respaldo y apoyo a esta iniciativa y que el Director informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos alcanzados. Se presentaron informes a la 99a Reunión del Comité Ejecutivo (Documento CE99/10) y a la XXXII Reunión del Consejo Directivo (Documento CD32/6).

Desde la última reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1987, los Ministros de Salud del Area Andina, reunidos en Quito en noviembre de 1987 (XII REMSAA), aprobaron formalmente y por primera vez el Plan de Acción Conjunto con sus objetivos y estrategias. En esta ocasión, los Ministros ratificaron las cinco áreas prioritarias de la Cooperación Andina en Salud (CAS), o sea la infraestructura de los servicios de salud, salud maternoinfantil, malaria, medicamentos esenciales y farmacodependencia. Además acordaron incorporar, como sexta área prioritaria dentro de la iniciativa, a desastres naturales.

En este documento se presentan al Comité Ejecutivo, en forma resumida, los lineamientos de trabajo y las estrategias que se proponen seguir en cada una de las áreas prioritarias y se informa sobre el progreso alcanzado hasta la fecha y las acciones futuras que se contemplan.

Se pide al Comité Ejecutivo que ofrezca comentarios, especialmente sobre el progreso hasta la fecha y sobre la línea de acción para el futuro, particularmente por la Organización.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
A. ANTECEDENTES	1
B. ANTECEDENTES DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO	2
C. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE LA COOPERACION ANDINA EN SALUD . . .	3
D. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE TRABAJO EN LAS SEIS AREAS PRIORITARIAS	5
1. Infraestructura de servicios de salud	5
2. Salud maternoinfantil	6
3. Malaria y enfermedades transmitidas por vectores	7
4. Medicamentos y productos biológicos esenciales	8
5. Farmacodependencia	10
6. Desastres naturales	11
E. INSTRUMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO	13
F. ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO	15

PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LA SUBREGION ANDINA

A. ANTECEDENTES

Los Cuerpos Directivos de la Organización, en el documento sobre "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo de los Países Miembros", en el documento "Política regional de presupuesto" y en el Documento CSP22/6, "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990", subrayaron repetidamente que el principal objetivo de la cooperación técnica de la OPS/OMS es el de fomentar, coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los Países Miembros, individual y colectivamente, para mejorar la salud de sus pueblos. Subrayaron, además, que una de las estrategias más útiles para alcanzar este propósito eran las iniciativas especiales donde se fomenta y se fortalece la cooperación técnica entre países (CTEP) para movilizar recursos técnicos, científicos y gerenciales para reforzar la capacidad nacional. Basados en las experiencias ya adquiridas en las iniciativas de Centroamérica y Panamá y del Caribe, se empezó a explorar las posibilidades de llevar a cabo un esfuerzo similar en la Subregión. Este tema se discutió por primera vez con los Representantes de la OPS en los países del Area Andina, en Caracas en 1985. Luego con la aprobación de los Ministros de Salud se empezó a desarrollar esta iniciativa que ahora es conocida como la "Cooperación Andina en Salud" (CAS) bajo el lema "Los Andes Unidos por la Salud".

Aunque este esfuerzo específico empezó hace relativamente poco, los Gobiernos de la Subregión Andina, desde hace mucho años, están conscientes de las ventajas que para cada uno de ellos representa el mutuo apoyo. En 1969 los Gobiernos firmaron un acuerdo de integración subregional, el Acuerdo de Cartagena, y dos años después los Gobiernos de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, representados por sus Ministros de Salud, con el propósito de "procurar un mejoramiento persistente en el nivel de vida de los habitantes de la Subregión" y conscientes que para esto era imperativo coordinar los esfuerzos del Area Andina en materia de salud, firmaron el Convenio Hipólito Unanue.

El mismo año se firmó también un acuerdo entre la Organización y el Convenio Hipólito Unanue, en el cual la OPS/OMS compromete su participación en la formulación del plan general de trabajo y su cooperación técnica para la ejecución de actividades junto con la Secretaría del Convenio.

Además de las intenciones de colaboración subregional promovidas por los Ministros de Salud del Area Andina y por los Cuerpos Directivos de la Organización, algunos países con problemas comunes han firmado convenios fronterizos para tratar de resolverlos en forma conjunta. El trabajo común de estos países representa un escalón más en el esfuerzo colectivo, el que se deberá tomar en cuenta dentro del Plan de Acción a desarrollarse. Existen convenios fronterizos en salud entre Perú y Bolivia; Ecuador y Colombia; Colombia y Venezuela; Colombia, Argentina y Perú; y el Tratado de Cooperación Amazónica: Brasil, Perú, Ecuador, Guyana, Suriname y Venezuela.

B. ANTECEDENTES DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO

La ejecución de un Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina se discutió por primera vez con los Representantes de la OPS en los países andinos en Caracas, en agosto de 1985.

En la XI Reunión de Ministros de Salud del Area Andina en diciembre de 1985, mediante la Resolución XI/177 los Ministros de Salud acordaron revisar el Convenio con la OPS para que esta provea apoyo a la Secretaría Ejecutiva y a los programas del Convenio Hipólito Unanue en aspectos administrativos, técnicos, financieros y de canalización de recursos de otras fuentes externas. Encargaron también al Secretario Ejecutivo para que, junto con la OPS, desarrollase un plan de trabajo común para 1986. En la Resolución XI/179 los Ministros también definieron las áreas prioritarias.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la OPS y el Convenio prepararon un documento preliminar sobre un plan de acciones conjuntas para los países de la Subregión, el que fue aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS/OMS en junio de 1986 y por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del mismo año. En esa oportunidad los Ministros de Salud andinos decidieron concentrar los esfuerzos en pocas áreas prioritarias que permitan identificar actividades viables, factibles y de impacto en el corto o mediano plazo, que sean de interés en dos o más países del Area Andina y que lleven al fortalecimiento de la autocapacidad de cada país. Dentro de estos términos se establecieron las siguientes prioridades:

- a) Desarrollo de la infraestructura de servicios;
- b) Salud maternoinfantil;
- c) Control de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores;
- d) Medicamentos y productos biológicos esenciales;
- e) Prevención y control de los problemas de salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Durante dos reuniones de los Directores Generales de Salud de los países de la Subregión, una en Quito en noviembre de 1986 y la más reciente en Caracas en septiembre de 1987, se refinaron los objetivos y los lineamientos generales de un Plan de Acción Conjunto como instrumento concreto de la cooperación andina en salud. También se preparó un documento básico que define los objetivos y las estrategias a seguir. Estos documentos fueron sometidos a la consideración de los Ministros de Salud del Area Andina durante su última reunión (REMSAA XII) en Quito en noviembre de 1987, donde fueron ratificados. Además, los Ministros añadieron como sexta área prioritaria los preparativos para desastres y aprobaron un programa y presupuesto para la Secretaría del Convenio

Hipólito Unanue (CONHU) que ya incorpora algunas actividades definidas en el Plan de Acción que se llevará a cabo en forma conjunta por los países de la Subregión, la OPS y el CONHU.

C. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE LA COOPERACION ANDINA EN SALUD

Las raíces culturales, económicas y sociales que unen a los Países Andinos se expresan en la permanente preocupación que tienen por elevar las condiciones de vida de sus habitantes y lograr la meta social de salud para todos. Por esta razón, la cooperación andina en salud es un esfuerzo solidario, conciente y deliberado para eliminar las condiciones de marginalidad social y postergación de grandes grupos de población andina, identificando problemas de salud prioritarios comunes que afectan a la equidad, eficiencia y eficacia de las intervenciones en salud, y mediante acciones catalizadoras y movilizadoras del acervo de recursos humanos, técnicos, conocimientos y experiencias disponibles en la Subregión.

Esta cooperación andina busca fortalecer las capacidades nacionales y subregionales en salud, haciendo un mejor uso de los recursos técnicos y de las instituciones autóctonas para llegar a una autosuficiencia colectiva capaz de responder oportunamente y con efectividad a las necesidades comunes y compartidas de la población de los países del Area Andina. Consiguientemente, los objetivos tienen una articulación epidemiológica y se encuentran integrados por conjuntos programáticos dirigidos a la madre, el niño, el trabajador y el medio ambiente para atender, en forma simultánea, las necesidades inmediatas y la transformación de los sistemas de salud.

Los objetivos específicos son:

- a) Utilizar programas en áreas prioritarias comunes como mecanismo para la mejor utilización de los recursos disponibles, en los cuales la acción concertada de los países puede facilitar la obtención de cambios significativos y en períodos relativamente cortos;
- b) Abordar inicialmente problemas que puedan ser resueltos mediante la utilización de los recursos nacionales e internacionales disponibles, no únicamente financieros, sino institucionales, humanos, tecnológicos, científicos y políticos;
- c) Establecer mecanismos efectivos para el intercambio de información sobre el proceso de desarrollo de la salud en cada uno de los países de la Subregión;
- d) Contribuir al estrechamiento de los vínculos de integración entre los países por medio de instrumentos que permitan evaluar el avance de los trabajos realizados, acumular las experiencias y ajustar las prioridades y mecanismos para la cooperación;

- e) Generar oportunidades para el establecimiento de acuerdos entre los países que permitan la aplicación de enfoques de economía de escala en la administración de insumos y materiales críticos para la prestación de servicios de salud;
- f) Movilizar otros recursos nacionales, multilaterales y bilaterales para enfocar en forma coherente las prioridades establecidas.

El enfoque principal en cada una de las áreas prioritarias escogidas fue identificar unas pocas actividades claves de interés común a dos o más países y cuyo cumplimiento tuviera un impacto importante. Las actividades seleccionadas deberían ser viables y factibles por parte de los países y llevar a resultados positivos en el corto y mediano plazo.

Se propuso desarrollar el Plan de Acción Conjunto siguiendo dos líneas de trabajo simultáneas: a) una atención especial a las actividades de orden subregional, o entre dos o más países, y b) el fortalecimiento de la capacidad nacional en este mismo campo.

Las estrategias específicas acordadas fueron:

- a) Desarrollo y adopción formal del Plan en cada país y en los organismos participantes;
- b) Adopción de las áreas de acción propuestas a nivel nacional y definición de mecanismos de operación: instituciones responsables, grupos técnicos, negociación política, asignación de recursos;
- c) Determinación y caracterización de las necesidades específicas de cooperación en cada país, según las áreas de acción del Plan;
- d) Inventario nacional de la capacidad de oferta de cooperación a los otros países de la Subregión en las áreas de acción del Plan;
- e) Formulación detallada de programas y proyectos subregionales en las áreas de interés común propuestas;
- f) Movilización de los recursos nacionales e internacionales requeridos para la ejecución del Plan;
- g) Ejecución de las actividades acordadas a nivel subregional y evaluación periódica de los resultados alcanzados;

Las acciones que se planean entrañan dos aspectos claramente definidos, que deben ser llevados a la práctica simultáneamente:

- a) La promoción del Plan de Acción;

- b) El desarrollo de proyectos y actividades en las áreas prioritarias establecidas.

D. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE TRABAJO EN LAS SEIS AREAS PRIORITARIAS

1. Infraestructura de servicios de salud

Como es común la debilidad institucional de los Ministerios de Salud para cumplir las funciones de su competencia dentro del sector, tales como conducción, liderazgo, dirección, coordinación, supervisión, normatización y control, el Plan de Trabajo propone favorecer el intercambio de métodos, técnicas y recursos utilizados para fortalecer los servicios de salud en los niveles locales, así como en la conducción del sector; desarrollar métodos y técnicas para el fortalecimiento gerencial, y fomentar la capacidad nacional en todo lo relacionado con el mantenimiento de los recursos físicos utilizados en la prestación de los servicios de salud. Los componentes prioritarios de la cooperación son:

- 1.1 Documentación del proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de salud:
- a) Documentación de experiencias en planificación local (métodos y procesos);
 - b) Documentación de modalidades para la prestación de servicios (atención ambulatoria, hospital de día, atención por personal voluntario, servicios en áreas urbanas, etc.);
 - c) Revisión de los avances en operación y evaluación de servicios.
- 1.2 Desarrollo de la capacidad gerencial y de conducción sectorial:
- a) Grupos de estudio sobre articulación de las instituciones responsables por la prestación de servicios;
 - b) Grupos de estudio sobre economía y financiamiento de salud, con participación de organismos gubernamentales (sector público) y no gubernamentales (sector privado);
 - c) Modernización de los métodos de gestión:
 - Información gerencial
 - Administración de personal
 - Administración de suministros
 - Administración financiero/contable
 - d) Desarrollo de personal de nivel gerencial de las instituciones del sector; liderazgo.

Esta capacitación constituiría la base para la planificación y gestión.

- 1.3 Red colaborativa para apoyar el desarrollo del recurso físico de salud en las siguientes áreas:
- a) Formulación y diseño de establecimientos;
 - b) Ejecución de obras;
 - c) Mantenimiento y recuperación de instalaciones y equipos;
 - d) Desarrollo e intercambio de tecnologías.

2. Salud maternoinfantil

En el marco del Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina, los países centraron su atención en tres áreas bien definidas: el seguimiento y la evaluación, la capacitación de personal y la educación y movilización comunitaria.

2.1 Seguimiento y evaluación:

La evaluación del progreso, el intercambio de experiencias y la definición de nuevas metas en forma periódica en relación a la cobertura y adecuación técnica de todas y cada una de las intervenciones en salud maternoinfantil.

En esta área se recomendó especialmente:

- a) Utilizar periódicamente en los países, y extender en la Subregión, la evaluación de calidad y cobertura de servicios de atención maternoinfantil, empleando metodología estándar;
- b) Apoyar la coordinación interinstitucional e intersectorial en los países;
- c) Apoyar la investigación operativa en áreas de interés común;
- d) Promover la coordinación interagencial y el apoyo financiero externo a los programas de país, con énfasis en la capacitación;
- e) Efectuar evaluación y vigilancia de la extensión de cobertura de todos los componentes del programa;
- f) Unificar estándares, en especial en crecimiento y desarrollo, para facilitar la evaluación.

2.2 Capacitación de personal:

El cambio de conductas de los prestadores de atención de salud requiere normas nacionales y material técnico de consulta y difusión que pueda ser utilizado en la formación de personal de todos los niveles.

Esta área incluye la selección y difusión de material existente, análisis de necesidades especiales para la Subregión y preparación de nuevos materiales, empleando recursos de las agencias y a través de la cooperación técnica entre países.

El adiestramiento en áreas específicas de salud en uno de los países pero que sirva a toda la Subregión, a nivel de administradores de programas o de especialización, y con la participación activa del sector educación, con amplia participación del personal de escuelas de medicina, enfermería, nutrición, medicina preventiva y salud pública, para asegurar la incorporación de estrategia de intervención de alto impacto en los curriculum de pre y posgrado.

2.3 Educación y movilización comunitaria:

En la Subregión hay experiencia acumulada de actividades en esta área. Aunque las variaciones socioculturales entre los países y dentro de cada país no permiten la utilización de materiales estándar, es factible la preparación de modelos de materiales educativos, incluyendo los contenidos técnicos recomendables para diferentes niveles de instrucción, para facilitar su adaptación a las condiciones de cada país o área geográfica y el intercambio de la experiencia en técnicas de movilización social y educación comunitaria.

En esta área se recomendó:

- a) Apoyar la capacitación y movilización de la comunidad para que participe en todos los aspectos de salud maternoinfantil mediante el desarrollo y prueba de materiales y técnicas educacionales que puedan ser adaptadas por los países;
- b) Intercambiar experiencias en comunicación social mediante el análisis y observación directa por personal de otros países de la Subregión.

2.4 Otros campos de interés:

- a) Asegurar suministros básicos a nivel subregional para los programas maternoinfantiles (medicamentos y biológicos);
- b) Adquirir insumos en conjunto;
- c) Promover la coordinación con los programas de nutrición y de salud mental (desarrollo psicoafectivo del niño).

3. Malaria y enfermedades transmitidas por vectores

Se considera que no solo se debe enfocar el problema de la malaria sino que también se deben incluir todas las enfermedades transmitidas por vectores.

Las líneas de acción principales se ubican en tres grandes áreas de trabajo:

3.1 Estratificación para caracterizar las áreas maláricas según variables biomédicas, sociales y económicas, facilitando el análisis epidemiológico del problema malárico, para lo cual es necesario fortalecer los sistemas de información y vigilancia para hacer un análisis crítico actualizado y permanente. Permite también la adopción de estrategias de atención primaria y la utilización y fortalecimiento de la infraestructura de los servicios generales de salud y de los servicios especializados para la prevención y control de la enfermedad.

3.2 Educación profesional y adiestramiento con los aportes de la experiencia de los países e instituciones docentes de Colombia, Venezuela y Perú. El análisis de las necesidades específicas por país ayudará al desarrollo de este tipo de actividades con el objeto de reforzar la red de instituciones docentes, diseñar cursos de grado y posgrado de nivel profesional y preparar guías, manuales, instructivos y material didáctico orientados de acuerdo con las tendencias actuales de los métodos de control de la malaria.

3.3 Compra de insumos básicos a través de un mecanismo para la compra conjunta por parte de los países del Area Andina en los rubros de insecticidas, vehículos, medicamentos, material y equipo de laboratorio y repuestos.

3.4 Sistemas de información para la toma de decisiones, medidas de control y evaluación y modernización de los sistemas actuales para constituir una red andina de información epidemiológica:

- a) La obtención de medicamentos específicos, así como de insecticidas, intercambiando las experiencias de los países y considerando las necesidades mínimas para el avance de los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores;
- b) Equipos y mantenimiento: La homogeneización de equipos en la Región Andina favorecería las compras unitarias, así como las necesidades de repuestos y normas para el mantenimiento de los mismos.

4. Medicamentos y productos biológicos esenciales

En la mayoría de los países de la Subregión se comercializan numerosos productos de dudosa eficacia e inocuidad:

- a) La adquisición y empleo sistematizado de medicamentos a nivel de la Subregión ofrece muchas ventajas en cuanto a economía y eficacia. Las listas de medicamentos esenciales deben adaptarse a la diversidad de situaciones locales para que respondan a las verdaderas necesidades sanitarias de la población. Se buscará elevar el sistema integral de garantía de calidad,

desde el control de materias primas hasta la fase de utilización; armonizar las normas farmacológicas para productos farmacéuticos y biológicos; fortalecer los sistemas de registro e inspección, y establecer los mecanismos para el funcionamiento de una red de laboratorios de control de calidad. La coordinación del sector salud con los sectores universitario e industrial es necesaria para cumplir con este objetivo;

- b) Las actividades están orientadas a homologar la adquisición de insumos por parte de las entidades del sector salud; coadyuvar al suministro de insumos estratégicos en condiciones de cantidad, calidad y precio adecuados para la población andina en general, y contribuir a la sustitución selectiva de materias primas y principios activos originados fuera de la Subregión.

Entre las actividades más importantes dentro del Plan de Trabajo se establecen las siguientes:

- a) Conformar grupos nacionales de apoyo que serán responsables, con el punto focal, de la definición y desarrollo del plan de trabajo que llevará a cabo el país, dentro del marco del CAS, así como de la identificación de proyectos y posibles fuentes de financiamiento;
- b) Realizar una reunión subregional andina de los puntos focales para definir un programa detallado en el cual se asignen responsabilidades de acción conjunta para temas específicos y se establezca un cronograma para su ejecución;
- c) Llevar a cabo un taller subregional sobre políticas farmacéuticas y programas sociales de medicamentos. Cada país debe preparar documentos de trabajo sobre sus políticas y programas nacionales y sobre las experiencias acumuladas como actividad preparatoria para el encuentro;
- d) Establecer centros de información sobre medicamentos;
- e) Conseguir un crédito puente destinado a compras conjuntas de materia prima para la fabricación de medicamentos esenciales por la industria instalada en cada país;
- f) Reactivar el sistema subregional de intercambio de información sobre precios de farmoquímicos para la producción de medicamentos;
- g) Asegurar la participación de los laboratorios de la Subregión en todas las actividades de la red latinoamericana de laboratorios de control de calidad de medicamentos;
- h) Organizar cursos sobre buenas prácticas de manufactura para funcionarios del gobierno, de las universidades y del sector privado;

- i) Desarrollar normas farmacológicas para el registro de medicamentos en el formulario terapéutico para asegurar su uso racional;
- j) Efectuar estudios colaborativos a nivel institucional y nacional de la utilización y gasto de medicamentos, basados en protocolos comunes.

5. Farmacodependencia

El impacto del consumo y tráfico ilícito de sustancias psicoactivas en la Subregión Andina paracer ir en progresión ascendente a juzgar por la actividad observada en los medios policiales, legislativos y sociales. Los informes de los gobiernos, organismos internacionales y de las agencias encargadas del control de la producción y del tráfico ilícito de narcóticos y sustancias psicoactivas así parecen indicarlo, al tomar en cuenta datos como el volumen de producción, decomiso de drogas y sus precursores, denuncia de transacciones ilegales y estimado en moneda de la magnitud total de esta actividad de trasiego y comercio.

La información obtenida por parte del sector salud en la determinación de la magnitud e índole del problema de la farmacodependencia sigue siendo escasa, fragmentada, no comparable y no del todo confiable.

El registro, la recopilación y procesamiento de datos relacionados con los niveles de consumo de drogas y sus consecuencias deben incrementarse y sistematizarse de manera metódica, a través de la investigación epidemiológica.

Esta investigación debe orientarse a la producción de información utilizable que permita el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica que indiquen en forma temprana y periódica las tendencias en el consumo, niveles de prevalencia y sus consecuencias médicas, psicológicas, sociales y económicas.

Con este propósito se incluyen las siguientes actividades a cumplir:

5.1 Actividades en investigación:

Estudios epidemiológicos que incluyan sistemas de registros, acopio y procesamiento de datos y encuestas para la población general y grupos específicos; estudios sobre factores etiológicos y sobre las consecuencias médicas, psicológicas y socioeconómicas de la farmacodependencia; investigación-acción y evaluativa para determinar la eficacia de la intervención preventiva y del tratamiento; investigación operativa; investigación sobre actitudes, opiniones y conductas de riesgo, y estudios específicos sobre la utilización de narcóticos y psicotrópicos.

5.2 Desarrollo de recursos humanos:

Cursos de capacitación y adiestramiento en alcoholismo y farmacodependencia para el personal encargado de los programas nacionales en

todos sus niveles; entrenamiento curricular y de pregrado en escuelas de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y otras; capacitación de posgrado; capacitación especial a través de la ASEP y otros centros participantes, como la Universidad Andina Simón Bolívar.

5.3 Fortalecimiento y desarrollo de centros de participación y colaboración:

Identificar y designar nuevos centros; elaborar planes de acción para los centros participantes; definir líneas de intercambio entre los centros; propiciar la acción de los centros a nivel nacional, a través de reuniones, jornadas, etc., y establecer mecanismos de difusión e información.

6. Desastres naturales

Tanto los desastres naturales como los provocados por el hombre se han convertido en el Area Andina en acontecimientos muy frecuentes, mortales y destructores. No obstante, a pesar del interés y el esfuerzo demostrado por los países y sus diferentes instituciones para hacer frente a situaciones de desastre, hasta la fecha no existen programas que estén plenamente en marcha en lo que respecta a salud.

Se ha observado varias veces sobre el terreno, con ocasión de desastres, las dificultades que surgen por falta de una adecuada coordinación, como la heterogeneidad de la ayuda no solicitada, la dotación de hospitales complejos, la abundancia de medicamentos no apropiados, las campañas de vacunación innecesarias, el arribo de voluntarios con desconocimiento del idioma local y la falta de atención a las actividades prioritarias.

La falta de información exacta sobre el alcance de los daños y las necesidades prioritarias en el sector salud son factores de considerable importancia que afectan mucho al proceso de adopción de decisiones, tanto en el país afectado como en la comunidad internacional dispuesta a colaborar en situaciones de emergencia. Aunque los países han establecido comités de emergencia o fomentan planes nacionales en el campo de la salud, estos no están todavía debidamente preparados si se tienen en cuenta el carácter multidisciplinario y la complejidad de las medidas técnicas necesarias.

Los esfuerzos subregionales deben estar orientados a la identificación de la vulnerabilidad a los desastres naturales y los provocados por el hombre, a fin de que se establezcan los riesgos y daños a la salud más frecuentes en esta clase de acontecimientos. Esto permitirá establecer sistemas administrativos de comunicación, información y logística para el manejo de emergencias en el lugar del desastre. Igualmente habrá que establecer mecanismos de coordinación para que, en base a las unidades de salud existentes en la Subregión, se mantengan las iniciativas articuladoras en el sector y con otros sectores para obtener acciones complementarias de mayor impacto positivo.

Las actividades planeadas son:

6.1 Organización técnico-administrativa de programas nacionales para que los países puedan atender sus propias necesidades mediante una planificación anticipada, la utilización racional de sus recursos y adiestramiento de personal para casos de desastre.

6.2 Coordinación a diferentes niveles:

a) Coordinación nacional: El Ministerio de Salud debe estar a cargo específicamente de la coordinación del sector, inclusive el privado, e incorporar a su programa de preparación todos los elementos activos utilizando los recursos y facilidades disponibles en el sector. La Defensa Civil es responsable de la coordinación intersectorial, donde a la salud le corresponde funciones específicas;

En base a las normas de la unidad de desastres en los Ministerios de Salud, los establecimientos del sector habrán de preparar y ejecutar sus propios programas para situaciones de emergencias;

b) Coordinación con organismos subregionales: Una vez que los programas sean estructurados en cada uno de los países, es necesario el funcionamiento del comité asesor sobre desastres a nivel subregional y mantener reuniones periódicas de los funcionarios encargados de estos programas. En situaciones de emergencia, la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y la Organización Panamericana de la Salud podrían fusionar esfuerzos que permitieran a los países contar con un valioso recurso de cooperación y asistencia técnica;

c) Coordinación internacional: Para ello es necesario disponer del conocimiento detallado de los organismos internacionales, sus límites y sus posibilidades de apoyo en situaciones de emergencia. La unidad técnica de preparativos para desastre en el sector salud constituye el brazo derecho de la Defensa Civil, y es ahí donde deben identificarse las necesidades del sector y los organismos internacionales a que debe acudir. Para ello deberá tenerse un buen conocimiento de la cooperación específica que proporcionan dichos organismos.

6.3 Formación de recursos humanos:

a) Nivel técnico-administrativo (para funcionarios de nivel central) como acción directa de la OPS/OMS, el Convenio Hipólito Unanue y los Ministerios de Salud de cada país;

b) Nivel operacional (para funcionarios de nivel regional) bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud, con la cooperación de la OPS/OMS, mediante material audiovisual, publicaciones y otros medios auxiliares;

- c) Nivel de población general, bajo la responsabilidad de la Defensa Civil y la Cruz Roja, con apoyo normativo del Ministerio de Salud;
- d) Incorporar las materias de salud y desastres y actividades de defensa civil a los planes de estudio de las escuelas de medicina, de salud pública y otros centros de formación de profesionales en ciencias de la salud.

6.4 Investigación y evaluación:

Algunas áreas de especial interés son: mortalidad y sus características, importancia y tipo de traumatismos, trastornos del embarazo y parto como consecuencias de los desastres, epidemiología, salud mental, saneamiento ambiental, necesidad de recursos, vigilancia nutricional en casos de penuria de alimentos, sistemas de registro e información sobre víctimas, eficacia de los hospitales de campaña por relación a su costo y sistemas de comunicación.

E. INSTRUMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO

En 1985 los Ministros de Salud del Area Andina, durante la XI REMSAA, identificaron áreas prioritarias de interés común y pidieron a la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y a la OPS colaborar en forma más estrecha en el desarrollo de un plan de trabajo común con las dos instituciones. Desde entonces se han llevado a cabo numerosas reuniones sub-regionales de orden técnico-político, auspiciadas por la OPS y el Convenio, para refinar, implementar y adelantar los esfuerzos en cada una de las áreas prioritarias.

1. En cuanto al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, se está trabajando con todos los países en promover y apoyar el proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS). Se ha preparado una propuesta de proyecto sobre desarrollo gerencial que se envió al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y al Gobierno de España para su posible financiación. Se busca establecer una red colaborativa para apoyar el desarrollo y el mantenimiento del recurso físico de salud; se está realizando un estudio de la situación y se espera que para fines de junio se tendrá una propuesta de un proyecto subregional en esta área.

2. El área prioritaria de salud materno-infantil se ha desarrollado con éxito. Se estableció un plan de trabajo muy concreto para 1987 que se cumplió a cabalidad. El éxito en este programa se debe principalmente a la forma coordinada en la cual trabajan los países con el UNICEF, con la Secretaría del Convenio, con la OPS y con todas las instituciones nacionales dentro y fuera del sector que tienen que ver con el tema. Se ha programado una nueva reunión OPS/UNICEF/CONHU/países para desarrollar un nuevo plan de trabajo, el que incluirá, a petición de los Ministros, los aspectos de adolescencia. Se espera que durante el año se definirán áreas de acciones comunes.

3. El campo de medicamentos esenciales ha sido una área de gran interés para los países del Area Andina por muchos años. Junto con el Convenio se ha tratado de establecer un mecanismo de compra conjunta. El campo de acción es muy complejo, ya que está vinculado con aspectos fuera del ámbito normal de los Ministros de Salud y aun del sector público. Sin embargo, existe gran interés por parte de algunas agencias de colaborar en este campo. Holanda ha ofrecido colaborar con la Subregión y en el Ecuador ya se está desarrollando un proyecto que será sometido a su consideración dentro de los próximos meses. Posiblemente Colombia y Bolivia harán lo mismo. Existe también la posibilidad de recibir recursos de la OMS para iniciar algunas actividades en los países, los que se podrían aprovechar para formular propuestas de proyectos. España también ha expresado particular interés en trabajar con la Subregión; se ha preparado un proyecto de control de calidad de los medicamentos que fue enviado para su consideración. En el futuro inmediato se espera desarrollar una propuesta global sobre el uso racional de medicamentos. Al nivel regional, el SELA ha expresado interés en trabajar con la OPS en el campo de medicamentos y se anticipa establecer en los próximos meses los vínculos de trabajo correspondientes.

4. El problema de la malaria sigue siendo una de las preocupaciones mayores de los países. La OPS ha designado a un profesional para que colabore en forma permanente y exclusiva con los países del Area Andina en el desarrollo de actividades comunes definidas en el Plan de Trabajo; existe gran potencial de colaboración en este campo. Por ejemplo, USAID ya está apoyando proyectos en Bolivia, Ecuador y Perú. A pedido de los Ministros de Salud se llevó a cabo una reunión fronteriza entre Ecuador y Colombia con el apoyo de la OPS, donde se produjo un plan de trabajo que servirá de base para un acuerdo de colaboración entre los dos países. La Secretaría del Convenio, por su lado, ha preparado una propuesta de proyecto que fue enviada a la OPEP para su financiación. Se espera desarrollar en los próximos meses un proyecto subregional de control de la malaria con varios componente o subproyectos.

5. Respecto a la prevención y control de la farmacodependencia, ya se han establecido dos centros de colaboración--uno en Colombia y el otro en el Perú. Todavía falta más apoyo de los Gobiernos para desarrollar esta área prioritaria. Existen en los países comisiones nacionales de lucha contra la dependencia que tienen recursos, pero estas comisiones no dependen del sector salud. Para tener algún impacto importante se necesita desarrollar una estrategia de trabajo con estas instituciones y con los demás sectores en los países. Se propone organizar una reunión subregional durante los próximos meses para definir futuros mecanismos de colaboración.

6. En cuanto a la preparación para afrontar desastres naturales, ha sido bastante difícil desarrollar proyectos subregionales, aunque a nivel nacional se ha avanzado bastante. Para adelantar las acciones propuestas en el plan de trabajo se propone explorar las posibilidades de colaboración subregional en la institucionalización de la enseñanza sobre preparación para desastres en escuelas de salud pública, de ingeniería y otras; llevar a cabo estudios de vulnerabilidad de estructuras en salud,

abastecimiento de agua, etc.; desarrollar información básica a nivel de la comunidad, y posiblemente desarrollar tecnologías tales como plantas portátiles de purificación de agua, telecomunicaciones, etc.

F. ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO

La promoción y el desarrollo de este Plan de Acción se continuará llevando a cabo, tanto a nivel político como técnico-administrativo, aprovechando las circunstancias que se presenten para este propósito. A nivel nacional es imprescindible que los Ministerios de Salud se comprometan cada vez más a este enfoque. Se requiere también un compromiso firme de los más altos niveles decisorios de cada Gobierno, en particular de las Secretarías o Ministerios de Planeación y Finanzas. El Plan de Acción tendrá que ser constantemente reforzados en reuniones de diversa índole, tales como las de los Ministros de Salud, de Finanzas o de Planeación; en las reuniones de agencias de cooperación externa, y en conferencias técnicas internacionales. En forma más directa se propone:

- a) Seguir movilizando recursos nacionales dentro y fuera del sector salud para reforzar las acciones en los campos señalados;
- b) Continuar trabajando coordinadamente con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue para apoyar las seis áreas prioritarias;
- c) Además de participar concretamente en el Plan de Trabajo establecido, la Organización Panamericana de la Salud también está colaborando directamente y en forma individual con los Gobiernos en estas mismas áreas. Se busca articular cada vez más el programa de cooperación técnica de la OPS a cada país con las acciones subregionales;
- d) Se espera promover la cooperación técnica entre países de la Subregión, y entre ellos y los demás países, fortaleciendo los convenios fronterizos ya existentes y promoviendo otros según las necesidades;
- e) Se propone incrementar aun más la coordinación y la participación de otras agencias no gubernamentales, bilaterales y multinacionales en este esfuerzo.

Se continuará trabajando con los Ministerios de Salud, a través de los puntos focales dentro de cada una de las áreas prioritarias, para preparar propuestas de proyectos nacionales, interpaíses o subregionales que movilicen más recursos y produzcan mayor impacto en las áreas previstas.

A fines del mes de agosto, y por invitación del Gobierno de Colombia, se llevará a cabo una reunión de los puntos focales nacionales junto con la OPS y con la Secretaría del Convenio para evaluar el progreso alcanzado y trazar las líneas de trabajo futuras. Mientras tanto,

se está promoviendo una serie de acciones destinadas a definir con mayor detalle los planes de trabajo de cada una de las áreas prioritarias y se está estimulando la preparación de proyectos concretos en cada una de ellas.