



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 41.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO 51.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

*San Juan, Puerto Rico, 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999*

---

### OCTAVA REUNIÓN EIGHTH MEETING

Jueves, 30 de septiembre de 1999, a las 2.00 p.m.  
Thursday, 30 September 1999, at 2:00 p.m.

*Presidente:* Dra. Carmen Feliciano de Melecio Puerto Rico  
*President:*

*Después:* Dr. Hamza Rafeeq Trinidad y Tabago  
*Later:* Trinidad and Tobago

### *Contenido* *Contents*

*Punto 4.9:* Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud  
(*continuación*)

*Item 4.9:* Monitoring and Evaluation of the Health Sector Reform Processes (*continued*)

**CONTENIDO** (*cont.*)

**CONTENTS** (*cont.*)

*Punto 4.10:* Salud de los trabajadores en la Región de las Américas

*Item 4.10:* Workers' Health in the Region of the Americas

*Punto 4.11:* Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos

*Item 4.11:* Emerging and Reemerging Infectious Diseases and Antimicrobial Resistance

*Punto 7.1:* Premio OPS en Administración, 1999

*Item 7.1:* PAHO Award for Administration, 1999

*Punto 7.3:* Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 1999

*Item 7.3:* Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 1999

**PUNTO 4.9: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD** (*continuación*)  
**ITEM 4.9: MONITORING AND EVALUATION OF THE HEALTH SECTOR REFORM PROCESSES** (*continued*)

El Delegado de MÉXICO felicita a la OPS por los esfuerzos que ha venido realizando para elaborar una metodología de evaluación de los procesos de reforma en la Región y observa que el documento no es un recetario inflexible sino un referente para abordar, desde un marco conceptual, las peculiaridades de las reformas en cada país, pues no existe ninguna metodología capaz de dar respuesta a las cuestiones relacionadas con la dirección histórica del proceso político.

Le Délégué d'HAÏTI rend hommage à l'effort entrepris par l'OPS en appui aux processus de réforme des systèmes de santé dans le continent. Bien que depuis plus de 10 ans, on ne cesse de parler de réforme de santé en Haïti, il y a eu beaucoup de tâtonnements parce que le processus n'a jamais été bien conçu. Car une réforme de système ne devrait jamais être un objectif, mais plutôt un moyen de repenser les systèmes dans le but de garantir des soins de qualité à toutes les populations sans discrimination.

Depuis 1995, une fois les commandes reprises, il a été décidé de repenser le processus de réforme qui consisterait à redéfinir et à préciser la politique de santé, à réorganiser les services de santé en décentralisant le système et finalement à repenser le système de financement des soins de santé en Haïti. Mais pour cela, il faut une organisation forte, des ressources humaines compétentes et aussi, et surtout, de

l'information. C'est pourquoi aujourd'hui deux grandes priorités ont été retenues pour permettre d'engager concrètement ce processus de réforme. Ces deux priorités seraient le renforcement de l'organisation globale du Ministère de la Santé publique et la réingénierie des processus informationnel et de planification.

Du point de vue du renforcement organisationnel, premièrement avec l'aide de certains pays comme la France, les Etats-Unis et l'Union européenne, Haïti est en train de mettre en place des unités communales de santé qui sont des microsystèmes locaux de santé garantissant la participation communautaire et la décentralisation.

Au niveau intermédiaire, depuis trois ans une attention soutenue a été consacrée au renforcement des directions départementales. Et finalement, au niveau central depuis cinq mois, une restructuration profonde de cette direction a été entamée globalement au niveau du Ministère. Ce processus de restructuration du Ministère arrivera à sa fin au mois de novembre prochain.

Du point de vue informationnel et du cycle de planification, le système accuse sa principale faiblesse. Au niveau de la coopération internationale, l'une des principales faiblesses de cette coopération se retrouve au niveau du cycle de planification et cette faiblesse en planification vient des faiblesses conceptuelles en Haïti dans le domaine de la gestion de l'information. Aujourd'hui cette priorité a été comprise et tous les efforts convergent pour arriver à mettre en place un système réel d'information décentralisé pouvant fournir des données fiables, de haute qualité qui seront les éléments fondamentaux du cycle de planification.

De plus, grâce à la coopération française et aussi à l'aide de l'Union européenne, différentes études ont été commandées soit dans le domaine de l'économie de la santé, des ressources humaines, ou encore de l'analyse des institutions. Cela est insuffisant cependant; il faut une analyse sectorielle plus approfondie qui exigera l'aide technique de l'OPS, le maillon de départ de ce long et combien difficile processus de réforme.

Cette période de changements structuraux n'empêche pas de penser à l'augmentation de la couverture sanitaire qui permettra de réellement penser équité et universalité. Cette période tampon de l'histoire d'Haïti est facilitée par l'aide généreuse de la République soeur de Cuba qui sera toujours l'objet de gratitude pour cette aide concrète. Le Délégué d'Haïti donne son adhésion la plus formelle à cette résolution tout en demandant un appui direct à l'analyse sectorielle qu' Haïti veut entreprendre.

El Delegado de PERÚ dice que hay que reconocer que, en muchos casos, los procesos de reforma no han contado con objetivos explícitos ni con indicadores para evaluarlos. Por tanto, el reto con que la Organización enfrenta es cómo colmar esa laguna. Perú opina al respecto que la metodología pertinente ha de permitir tomar decisiones, tanto en el plano estratégico, en función del imperativo de promover la salud especialmente la de los más desfavorecidos, como en el operacional, teniendo en cuenta la necesidad de perfeccionar los instrumentos y procesos específicos que se están desarrollando.

Si bien es probable que tanto los aprendizajes que se realicen en cada país como el impacto de las decisiones adoptadas en ellos sean distintos, lo importante es que se coloque en la agenda la necesidad de evaluar las políticas sociales y sanitarias, así como de encontrar evidencias en función de objetivos claros.

Es mucho lo que queda por aprender para incorporar la evaluación como proceso sistemático y continuo en la formulación y aplicación de políticas y, como se trata de un proceso nuevo y complejo que no afecta a una sino a muchas políticas, convendría precisar si se está hablando de una autoevaluación únicamente o también, en el futuro, de evaluaciones externas y qué nivel de cooperación se espera alcanzar.

Sea como fuere, Perú respalda el documento presentado, apoya el proyecto de resolución en él contenido y felicita a la Secretaría por haber asumido el reto de elaborar una metodología para un área particularmente compleja y difícil.

La representante de la CONFEDERACIÓN MUNDIAL DE FISIOTERAPIA dice que si bien la CMF ha cooperado con la OPS en varios proyectos, considera que la profesión de fisioterapeuta debe tomarse en cuenta en mayor grado en los procesos de reforma del sector de la salud. La finalidad de la fisioterapia, aspecto esencial del sistema de prestación de servicios, es desarrollar al máximo el potencial de movimiento, así como mantenerlo o restaurarlo en circunstancias como el proceso de envejecimiento o en caso de accidente o enfermedad, en la inteligencia de que el concepto de estar sano se basa en el movimiento pleno y funcional.

La fisioterapia interviene también en los procesos en que son prioritarias las alteraciones funcionales, como en el caso de las patologías respiratorias, y supone una interacción entre el fisioterapeuta, el paciente, su familia y distintos prestadores de servicios de salud, en un proceso de evaluación continua que permita establecer objetivos apropiados utilizando los conocimientos y habilidades propias de los fisioterapeutas. La fisioterapia se distingue por su visión de las necesidades y potenciales del cuerpo, lo que es prioritario para diagnosticar y elaborar una estrategia de intervención. Esta visión es la misma, independientemente de si la intervención apunta a promover salud o a prevenir, tratar o rehabilitar.

Cabe destacar tres tendencias en el desarrollo de esta profesión. La primera es el aumento del número de profesionales calificados, que hoy se eleva a 70.000 en Sudamérica. La segunda se refiere al desarrollo de programas calificados de educación para fisioterapeutas en los niveles formativos y de postgrado. La tercera es la introducción progresiva, en todos los niveles de práctica profesional, de programas de gestión de calidad basados en los resultados de la investigación.

En su 14.<sup>a</sup> Asamblea General celebrada en mayo del año en curso, la CMF aprobó declaraciones de principio relativas al consumo de tabaco, a la atención a los sobrevivientes de la tortura y de apoyo a la prohibición de minas terrestres, en tanto que en su 13.<sup>a</sup> Asamblea General, celebrada en 1995, aprobó declaraciones sobre las personas mayores y los pacientes expuestos a un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas y respaldó sin reservas la Convención sobre los Derechos del Niño. Estas declaraciones

dan testimonio claro del interés de la profesión por encarar los importantes problemas sociales y de salud que afectan a la humanidad. Por todo esto, la CMF plantea la necesidad de que la profesión tenga una participación mayor en la estructuración de las nuevas políticas de salud, tanto más cuanto que hace poco ha adoptado un nuevo sistema de comunicación entre los países americanos que se traduce en un importante fortalecimiento de su capacidad en la Región y la deja en condiciones inmejorables para reforzar la cooperación con la OPS/OMS en el futuro. La CMF propone, pues, que los encargados de la adopción de decisiones relacionadas con las políticas de salud tengan en cuenta la necesidad de incorporar la fisioterapia como una herramienta válida y efectiva en las estrategias pertinentes.

El Dr. LÓPEZ ACUÑA (OPS) agradece los distintos puntos de vista expuestos por los delegados sobre el tema debatido, así como la información facilitada en lo que se refiere al desarrollo de la reforma del sector en cada país.

Señala que la *Metodología para el seguimiento y evaluación* no es un instrumento terminado sino que está en continuo perfeccionamiento. Por eso, en estos momentos se está preparando una nueva versión basada en las lecciones aprendidas de la primera aplicación. El proceso ha sido ampliamente participativo, con el insumo de muchos de los países de la Región en las reuniones de expertos, y diálogos con cada uno de los países al realizar los perfiles de sus sistemas de salud y al completar la guía para producir un primer ejercicio de monitoreo y evaluación de los procesos de reforma. Los



comentarios escuchados han contribuido igualmente a enriquecer ese proceso participativo. Cabe destacar que, como señalaron varios delegados, la *Metodología* constituye un marco referencial pero no puede aplicarse uniformemente en todos los países. Permite adaptación y profundización según requiera cada caso y un mínimo de análisis comparado, útil para derivar lecciones panamericanas de la marcha de las reformas. Siempre que un país ha manifestado su deseo de profundizar en alguna de las áreas metodológicas, así se ha hecho. Por ejemplo, está a punto de terminarse un ejercicio con la República Dominicana y al mismo tiempo se están desarrollando subcomponentes de la *Metodología* y los indicadores que serán de utilidad para que los demás países analicen en mayor profundidad distintos componentes. Algunos de ellos son los efectos en la calidad de la atención, el acceso equitativo a servicios básicos de salud y las funciones esenciales de la salud pública y el grado en que se llevan a cabo por parte de las autoridades sanitarias. Se está trabajando justamente para refinar los indicadores de manera que permitan profundizar en mayor medida.

Su segunda consideración es que posiblemente hayan escapado a algunas lecturas del documento los valores y conceptualizaciones subyacentes en las categorías de evaluación del impacto. Detrás de la categoría explicitada como calidad de la atención yacen no solo la calidad técnica sino la satisfacción de los usuarios, la calidad percibida y los derechos de los ciudadanos. Detrás del tema de la equidad están las nociones de universalidad y solidaridad, y el tema se aborda en función de las desigualdades en el estado de salud, el acceso a los servicios y la carga económica que supone el

financiamiento. Viendo con detalle la aplicación de los indicadores puede entenderse cómo se responde a esos valores.

Muchos participantes señalaron que la credibilidad de los servicios de salud frente a las necesidades de los ciudadanos es un elemento de presión sobre los gobiernos. Es importante contemplar esa dimensión en el ejercicio de metodología y evaluación, porque la credibilidad puede pasar por equidad, calidad y eficiencia en la gestión de los servicios públicos. A medida que se avance, se retroalimentará la toma de decisiones estratégicas y operativas que garanticen una ganancia efectiva en la credibilidad, es decir, en la rendición de cuentas del sistema de salud a los ciudadanos.

Continuing in English, Dr. López Acuña said that progress in health sector reform could not be measured exclusively by changes in the health status of the population, owing to the time lag before such changes were evident. While it was still important to look at health outcomes, it was even more vital to examine indicators of health system and health services performance, which were more directly affected by reforms. Thus, the *Methodology* combined evaluation of both outcomes and processes.

As the Delegate of Guyana had mentioned, the *Methodology* must allow evaluation of failures as well as successes and must explicitly identify the different contexts in which they occurred. In reference to the comment of the Delegate of Canada, PAHO was aware of the World Health Organization's efforts to further develop a framework for measuring the performance of health systems. The Organization had informed WHO that efforts in the Americas related to monitoring and evaluation of

reform should be taken into account in the development of that framework. In fact, the experiences of the Region of the Americas were already being incorporated by the WHO Regional Offices for Europe and Southeast Asia. Such interregional exchanges of information could nurture developments at the global level.

Retomando el hilo en español, el orador informa a los Delegados de Chile y Argentina de que la *Metodología* ha estado disponible hace ya algún tiempo en la página electrónica y se ha compartido con distintos equipos ministeriales. En ambos países, los perfiles de sistemas de salud se han completado ya y se han evaluado con ese marco metodológico. Indica, para concluir, que la OPS está dispuesta a cooperar en el perfeccionamiento de ese ejercicio como un proceso periódico, actualizado y enriquecido metodológicamente, que puede dar respuesta a las inquietudes expresadas por los países. En la nueva versión del documento se recogerán los señalamientos de los presentes.

The DIRECTOR observed that the topic of health sector reform and the issue of evaluation always generated a great deal of spirited discussion, and he thanked the delegates for their participation. The monitoring and evaluation of any social process, including health sector reform, was intrinsically difficult, and a number of valid evaluation schemes could be devised. The *Methodology* that had been presented should be viewed as a work in progress and was subject to modification. However, those who had contributed to it should view its development thus far as a tremendous achievement. Few places elsewhere had managed to develop a methodology that allowed comparison of

health reform processes across countries. An aspect that remained to be tackled was the development of a scheme to measure user satisfaction with health services. The evaluation methodology would continue to be refined.

La PRESIDENTA pide a la Relatora que presente el proyecto de resolución:

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución:

*EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,*

Visto el documento sobre seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud (documento CD41/14), y

Teniendo en cuenta que, tanto en la Cumbre de las Américas en 1994, como en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en 1995, en la cual participaron un comité interagencial de las Naciones Unidas y agencias multilaterales y bilaterales, los gobiernos de la Región identificaron la necesidad de diseñar un proceso para el seguimiento de la reforma del sector de la salud en las Américas,

*RESUELVE:*

1. Reconocer los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y por la OPS en el diseño y aplicación de la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*.
2. Instar a los Miembros a que:
  - a) acojan y utilicen la *Metodología* y continúen colaborando en el proceso de mejoramiento de este instrumento;
  - b) institucionalicen el proceso de seguimiento y evaluación de sus procesos de reforma sectorial en salud y apliquen políticas que tengan en cuenta los resultados de esos procesos.

3. Solicitar al Director que:
  - a) continúe con el proceso de perfeccionamiento de la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*;
  - b) prosiga con acciones de cooperación en apoyo a la aplicación de la *Metodología* y a los procesos de reforma sectorial en salud;
  - c) elabore informes periódicos relativos a los progresos y problemas encontrados en los procesos de reforma sectorial en la Región;
  - d) fomente el establecimiento de redes de comunicación e intercambio de experiencias sobre reforma sectorial entre los gobiernos, el sector privado, instituciones y otros actores interesados.

*THE 41st DIRECTING COUNCIL,*

Having seen the document on monitoring and evaluation of the health sector reform processes (Document CD41/14); and

Taking into account that, at the Summit of the Americas in 1994 and the Special Meeting on Health Sector Reform in 1995, with the participation of an interagency committee of the United Nations and multilateral and bilateral cooperation agencies, the governments of the Region identified the need to develop a process for monitoring health sector reform in the Americas,

*RESOLVES:*

1. To recognize the efforts of the Member States and PAHO to design and implement the *Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean*.
2. To urge Member States to:
  - (a) adopt and utilize the *Methodology* and continue to collaborate in its improvement;
  - (b) institutionalize the monitoring and evaluation of their health sector reform processes and apply policies that take into account the results of those processes.

3. To request that the Director:
  - (a) continue the process for improving the *Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean*;
  - (b) continue cooperation activities that support application of the *Methodology* and implementation of the health sector reform processes;
  - (c) prepare periodic reports on the progress made and the problems encountered in the sectoral reform processes of the Region;
  - (d) promote the establishment of networks for communication and the sharing of experiences on sectoral reform among governments, the private sector, institutions, and other interested actors.

El Delegado de CHILE dice que el debate ha sido extraordinariamente enriquecedor, tanto para los participantes como para el proceso de elaboración de metodologías. Los temas revisten tanta importancia que sería conveniente en el futuro no limitar las intervenciones a cinco minutos, ya que se trata de asuntos que van al corazón de lo que se está haciendo en salud. Su Delegación no puede aprobar el proyecto de resolución tal como ha sido presentado, y sugiere eliminar el apartado a) del párrafo 2 de la parte dispositiva y mantener el b). También desea modificar el párrafo 3 de la parte dispositiva, añadiendo “y adecuación”...de la *Metodología*..., y al final del apartado a) la frase “con la activa participación de los ministerios de salud de la Región” y cambiando el apartado b) para que diga “prosiga con las acciones de cooperación en apoyo al seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud”.

Piensa que, en definitiva, la reforma del sector de la salud no constituye un grupo de objetivos sino los propios procesos e instrumentos para llevarla a cabo. Las

metodologías son también procesos e instrumentos y no pueden transformarse en objetivos en sí mismos. Las enmiendas propuestas generarían mejor consenso entre los países, al mismo tiempo que señalarían la necesidad de perfeccionar y adecuar las metodologías en el seno del Consejo Directivo y de los ministerios de salud antes de ponerlas en uso.

El Delegado de VENEZUELA está de acuerdo con las enmiendas propuestas por el Delegado de Chile, especialmente teniendo en cuenta la necesidad de una metodología que sirva como marco referencial y oriente a los países en los procesos de seguimiento y evaluación.

The DIRECTOR responded that he was in agreement with the proposal by the Delegate of Chile to remove operative paragraph 2(a) and amend 3(a). However, he did not agree that the wording of operative paragraph 3(b) should be changed to eliminate mention of the methodology in favor of language referring to “monitoring and evaluation.” Application of a basic methodology was essential to any evaluation process, and it was appropriate to call for continuing support for the Member States’ efforts to apply a methodology for evaluation of health sector reform.

The Delegate of JAMAICA agreed with the Director’s proposal to leave operative paragraph 3(b) unchanged but accept the other amendments suggested by Chile. He pointed out that countries were not bound to use the methodology presented by PAHO

and could develop and implement their own. It was not the particular methodology that was important, but rather the commitment of all countries in the Region to the process of health sector reform. He hoped that PAHO would continue to develop the *Methodology* as presented and support countries that were interested in improving it.

El Delegado de CHILE manifiesta que está de acuerdo con el Director.

La PRESIDENTA pide a la Relatora que lea las enmiendas acordadas.

La RELATORA explica que en el párrafo 2 de la parte resolutive se eliminará el apartado a), pero se mantendrá el apartado b) sin cambios. En cuanto al párrafo 3 de la parte resolutive, el apartado a) se modificará para que diga: “continúe con el proceso de perfeccionamiento y adecuación de la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe* con la activa participación de los ministerios de salud de la Región”. El resto se mantendrá tal como fue leído.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

*Decision:* The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

**PUNTO 4.10: SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

**ITEM 4:10: WORKERS' HEALTH IN THE REGION OF THE AMERICAS**

La representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que, después de escuchar la ponencia sobre el Plan Regional sobre la Salud de los Trabajadores, el Comité Ejecutivo



expresó su apoyo al plan como marco de referencia para recopilar datos y difundir información sobre la situación de los trabajadores, mejorar la vigilancia de los riesgos, enfermedades y lesiones ocupacionales, fortalecer las políticas y las leyes para proteger a los trabajadores, y ampliar la cobertura de atención de salud para estos. Al igual que el Subcomité de Planificación y Programación, el Comité aplaudió la orientación preventiva del plan y recalcó la importancia de un enfoque intersectorial de la salud de los trabajadores, aunque señaló la dificultad de armonizar las prioridades de los diversos sectores. El Comité subrayó también la necesidad de prestar atención especial a la situación de los trabajadores en el sector informal, las personas que trabajan por su cuenta y los pequeños productores y empresarios, dada la falta de protección de estos trabajadores y el riesgo mayor de enfermedades, lesiones, discapacidad y muerte en que se encuentran.

El Comité consideró que la información sobre recursos humanos era fundamental para mejorar la capacidad de los países para prestar mayor atención a la salud de los trabajadores, ya que había escasez de profesionales adiestrados en salud y seguridad ocupacional. No obstante se señaló que, en muchos casos, el obstáculo mayor para la elaboración de programas eficaces de salud de los trabajadores a nivel nacional no era la falta de especialistas de salud ocupacional sino la falta de un liderazgo fuerte. El Comité opinó que la OPS podría desempeñar la función vital de motivar a esos especialistas para que asumieran la tarea de abogar por la salud de los trabajadores en las esferas técnica, legal y financiera. Varios delegados subrayaron el grave problema del “estrés” debido al

trabajo repetitivo o aburrido, las condiciones de trabajo insalubre, el tratamiento abusivo por los superiores y otras causas.

La violencia en el lugar de trabajo, fenómeno creciente en algunos países, se citó como otra causa de “estrés” entre los trabajadores. Se destacó la necesidad de realizar investigaciones sobre estos problemas y de establecer programas para satisfacer las necesidades en materia de salud emocional y mental de los trabajadores. El Comité consideró que otra actividad prioritaria para la OPS sería la promoción de un programa de investigaciones en salud ocupacional. La resolución aprobada por el Comité recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución en que inste a los Estados Miembros a que incorporen en sus planes nacionales de salud las líneas de acción propuestas por el Plan Regional de Salud de los Trabajadores, promuevan la cooperación intersectorial y busquen el apoyo de organizaciones bilaterales y no gubernamentales para mejorar la situación sanitaria de los trabajadores.

La Dra. TENNASSEE (OPS) dice que el propósito del Plan Regional de Salud de los Trabajadores es mejorar las condiciones de vida y salud de la población trabajadora para promover un desarrollo humano sostenible con equidad y descansa en la noción de que la salud de los trabajadores es un derecho fundamental.

El Plan tiene en cuenta las grandes tendencias, como la globalización de la economía, los procesos de integración y liberalización y otros factores que afectan a la salud de los trabajadores, incluidos los ajustes y los cambios tecnológicos. En relación al

mercado de trabajo, resalta que la mayoría de los países en desarrollo enfrentan un doble patrón de producción característico de las economías en transición y que se observa una expansión significativa del sector informal, que representa el 52% de la economía en América Latina y el Caribe. De cada 100 nuevos puestos de trabajo, 85 corresponden al sector informal.

Los cambios en los perfiles de trabajo han acentuado la desigualdad social. En América Latina hay 10 millones de desempleados; entre 20% y 40% de la población empleada perciben ingresos que no cubren la canasta básica, y solamente 30% de los trabajadores del sector formal reciben atención en salud ocupacional. La desigualdad afecta sobre todo a las mujeres, los niños, las personas que migran, los indígenas y los adultos mayores. Las mujeres laboran en condiciones más precarias que los hombres, perciben salarios inferiores a los de hombres por igual trabajo y están expuestas a los riesgos de la doble carga de trabajo. En América Latina trabajan unos 15 millones de niños y se estima que 4 millones lo hacen en los Estados Unidos. Además de ser más vulnerables a factores ocupacionales por sus características biológicas, el trabajo impide que estos niños accedan a la educación, lo que perpetúa el círculo vicioso de la pobreza.

En relación con los riesgos ocupacionales, el desarrollo tecnológico ha transformado las modalidades de producción y esto ha redundado en la aparición de nuevos y variados riesgos ergonómicos, biológicos, físicos, químicos y psicosociales, que han venido a sumarse a los tradicionales y afectan a más de 50% de la población trabajadora. Un estudio de la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard

muestra la importancia de la ocupación como factor de riesgo atribuible, correspondiéndole el séptimo lugar en relación a la mortalidad y el segundo en términos de años de vida con incapacidad. Esto supone un alto costo humano, social y económico que afecta a la productividad y la competitividad e incide en grado importante en el costo de los servicios de salud. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha estimado que en Latinoamérica ocurren 36 accidentes cada minuto de trabajo y que se registran unas 300 muertes al día, la mayoría de ellas prevenibles. El costo para los países desarrollados de los accidentes ocupacionales se estima en 4% del PIB, en tanto que para los países en desarrollo se estima entre 8% y 12% del PIB.

En América Latina solo se notifica entre 1% y 5% de las enfermedades ocupacionales, que presentan un perfil epidemiológico caracterizado por la coexistencia de enfermedades ocupacionales tradicionales y de enfermedades emergentes y reemergentes, que son síntomas del síndrome de injusticia social.

La magnitud y la naturaleza compleja de estos problemas exige responsabilidades compartidas y actividades coordinadas de los diferentes actores en este escenario. El Plan, que tiene un horizonte de 10 años, se ha elaborado pues mediante un proceso de concertación con representantes de organismos gubernamentales, el sector privado, el sector laboral y la sociedad civil y constituye un marco de referencia para la cooperación técnica.

El plan presenta objetivos, estrategias, líneas de acción y actividades articulados en cuatro áreas programáticas, a saber: el mejoramiento de la calidad de los ambientes de

trabajo, el desarrollo y la aplicación de políticas y leyes de protección de los trabajadores, la promoción de la salud de los trabajadores y la prestación de servicios integrales. Para mejorar los ambientes de trabajo, se enfatiza el fortalecimiento de la capacidad de los países para anticipar, identificar, evaluar, y controlar los riesgos y la formación de recursos humanos en áreas como la higiene ocupacional, la ergonomía, la epidemiología y la toxicología ocupacional. En materia de políticas y legislación las acciones del plan apuntan a la elaboración y aplicación efectiva de instrumentos para proteger la salud de los trabajadores en el contexto de la reforma, la integración y la globalización. Por lo que respecta a la promoción de la salud de los trabajadores, se enfatiza un cambio hacia una nueva cultura de trabajo, la participación en la toma de decisiones y la sensibilización de los empresarios, los trabajadores y la comunidad en general y se incorporan las experiencias de atención primaria de los municipios y ciudades saludables, al tiempo que se prevé promover el fortalecimiento de la capacidad de los países para ampliar la cobertura de los servicios y el acceso de los trabajadores a ellos, especialmente de los que no están protegidos.

La OPS colaborará en la ejecución del Plan particularmente en lo referente a su implantación a nivel nacional, al desarrollo de sistemas de información que generen datos fiables sobre el impacto socioeconómico de los problemas ocupacionales y el monitoreo. Apoyará también la difusión de información y el amplio acceso a ella, sobre todo por conducto de una red electrónica regional, y asignará prioridad a la movilización de recursos humanos, financieros y materiales.

Se prevé asignar \$595.000 con cargo a recursos ordinarios a la ejecución de estas actividades. Esta suma se complementará con contribuciones hechas en el marco de alianzas estratégicas y recursos extrapresupuestarios. En este último sentido, la meta fijada es de \$5 millones.

O Delegado do BRASIL diz que o Ministério de Saúde endossa o Plano Regional de Saúde do Trabalhador para a Região das Américas proposto pela OPAS e esclarece que a política nacional para este segmento populacional está em estrita consonância com as áreas programáticas deste plano. Além disso, esta área guarda estreita pertinência com a concepção de promoção de saúde que baliza todas as ações desenvolvidas no país. A política nacional de saúde do trabalhador define como diretrizes básicas a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o monitoramento contínuo e sistemático da situação de saúde dos trabalhadores, a assistência à saúde do trabalhador, o apoio ao desenvolvimento de linhas de pesquisa e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. As ações de vigilância e assistência à saúde do trabalhador foram normalizadas com a publicação de dois conjuntos de normas que definem procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações de vigilância e estabelecem procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Unico de Saúde. Nessa área da saúde, confere-se prioridade à capacitação de recursos humanos, à organização da informação e comunicação sobre a saúde no trabalho, ao apoio e à implementação do serviço de atenção à saúde, ao desenvolvimento de projetos

específicos relacionados à promoção da saúde e à articulação intra e interinstitucional. Quanto à articulação com os diferentes segmentos da sociedade, destacam-se como principais instâncias colegiadas a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, o Comitê Técnico e Científico do Trabalhador e o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador.

O Ministério da Saúde endossa integralmente a resolução proposta, enfatizando a necessidade de se implantar ou ampliar a rede de centros colaboradores no campo da saúde dos trabalhadores.

Le Délégué du CANADA félicite le personnel de l'OPS qui a présenté un portrait concis de la situation générale de l'emploi dans l'ensemble des Amériques et certains des risques qui y sont associés. La santé des travailleurs est un sujet qui est trop souvent passé sous silence et auquel les ministères de la santé ne prêtent pas toute l'attention nécessaire, en raison peut-être du fait que la santé au travail relève souvent aussi de la responsabilité d'autres ministères comme ceux du travail, des ressources humaines ou de la sécurité sociale.

Il est important que tous les ministères touchés collaborent dans ce dossier et mettent sur pied conjointement des programmes visant à réduire les risques pour la santé des travailleurs. Bien que le document indique que l'Assemblée mondiale de la Santé reconnaisse que l'OMS doit collaborer avec d'autres organismes de l'ONU, le Canada soutient fermement que la collaboration intersectorielle est absolument essentielle pour

régler les problèmes liés à la santé des travailleurs. Il encourage l'Organisation à élargir sa collaboration aussi à l'échelle régionale, sous-régionale et nationale. La collaboration de l'OPS et des organismes comme l'Organisation internationale du Travail, la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement, et le Programme des Nations Unies pour le Développement est très importante, de même que la participation des syndicats et des organismes non gouvernementaux.

Plus de la moitié des adultes canadiens passent chaque jour une bonne partie de leur temps au travail. Les conditions de travail, tant physiques que psychologiques, peuvent avoir une incidence profonde sur leur santé et leur bien-être. Toutefois, si l'on ne s'en tient qu'au travail rémunéré, on n'obtient qu'une partie du tableau, car bon nombre de canadiens, en particulier des femmes, consacrent au moins autant de temps au travail non rémunéré comme les travaux domestiques ou les soins aux enfants ou à des personnes âgées.

Un personnel qui combine continuellement ces deux tâches reçoit peu ou pas de soutien voit son niveau de stress augmenter considérablement, son état de santé risque d'en souffrir. Le Canada tente de réduire le fossé entre les sexes sur le plan de recrutement de la main d'oeuvre, des échelles de salaire et des conditions de travail. Un document récent intitulé "La Santé des femmes au travail au Canada", une discussion critique des enjeux actuels, souligne le chemin qui reste à parcourir pour surmonter les préoccupations liées à la santé des populations marginalisées.



Les employés qui se blessent ou qui tombent malades à cause de leur condition de travail sont victimes de souffrances et d'incapacités; en plus, leur qualité de vie et leurs possibilités de revenus diminuent. Ces blessures et ses maladies entraînent aussi des dépenses importantes pour les employeurs sous forme d'indemnités, de travail, de prestations d'assurance-maladie, d'absentéisme, d'augmentation de roulement du personnel, et de diminution du rendement au travail. Au Canada il y a eu un déclin de plus de 50% au cours des 10 dernières années des taux de blessure résultant du travail. Ce nombre est passé de 49 pour mille employés en 87 à 28 pour mille employés 10 ans plus tard.

La majorité des petites et moyennes entreprises disposent déjà d'une forme de programme de santé destiné aux employés comprenant des activités sociales et récréatives, la formation sur les techniques et les normes de sécurité, ainsi que des programmes de promotion de la santé et des conseils en planification de la retraite.

L'expérience canadienne met en évidence la réalité selon laquelle un milieu de travail sain est tout aussi profitable à l'entreprise qu'aux personnes qui y travaillent. Le modèle de promotion de la santé dans les petites entreprises et les modèles de promotion de la santé dans les entreprises agricoles sont des approches qui ont été élaborées par Santé Canada en collaboration avec les ministères de la santé provinciaux et toute une série d'autres organismes. Les approches semblent tout à fait pertinentes comme modèles et le Canada est prêt à les partager avec ses collègues du reste du continent américain.

Le plan d'action régional présenté est très complet et constitue une tentative sérieuse de régler les problèmes de santé au travail. Le Canada serait heureux de faire connaître les initiatives canadiennes telles que le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, pour que ces méthodes puissent permettre tant aux employés, qu'aux employeurs, aux syndicats et aux gouvernements de travailler ensemble à la protection de la santé des travailleurs et à l'amélioration de la santé au travail en général.

El Delegado de COLOMBIA dice que, en su país, 25% de la población económicamente activa tiene algún seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. De todo el contexto de enfermedades generales, únicamente 2% se identifica con causas relacionadas con el trabajo. Para fortalecer el sistema de seguridad social, se ha dado gran importancia a los sistemas de información, a fin de poder determinar cuál es la verdadera dimensión que esas enfermedades profesionales y accidentes de trabajo tienen. Esto no solo beneficiará al trabajador, sino también al sistema, porque se calcula que 40% de las enfermedades tienen relación con el trabajo. Esa población solicita consulta médica en las instituciones de seguro de salud, lo que va en detrimento de los recursos financieros para la salud y en beneficio de las aseguradoras, que son particulares.

Se está tratando también de capacitar al personal de salud para identificar las enfermedades por accidentes de trabajo y profesionales. Las empresas, además de tener en cuenta el costo/beneficio económico de su producción, deben tener en cuenta la

generación de capital social con salud, proporcionando acceso y bienestar a los trabajadores. Insisten en la propuesta que se examinó en Cartagena hace unas semanas, de exigir a las multinacionales que se han asentado en los países de la Región que cumplan los requisitos de salud ocupacional que se les exigen en sus propios países. Expresa su agradecimiento a todos los consultores de la OPS y los insta a que sigan prestando su apoyo para mejores condiciones de trabajo para todos los colombianos.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that the data given in the technical presentation and Document CD41/15 demonstrated the stark realities of the occupational health situation in the Americas—for example, wages that did not cover basic needs, the high rate of child employment, and the growing importance of the informal sector. Those problems no doubt would worsen in the wake of recent natural disasters in the Region.

PAHO recognized the need for collaboration among governments, international agencies, businesses, and labor to improve workers' health. The regional plan targeted improved data and surveillance, health promotion and injury prevention, and expanded health care coverage for workers, both within and outside the formal sector. Further research on such subjects as occupational exposure to harmful chemical, physical, and biological agents, job stress, and occupational injuries and violence was also critical, and PAHO could be an effective advocate of an occupational health research agenda. Development of human resources and basic infrastructure needed further emphasis at the

country level, since the number of occupational health professionals—particularly in the areas of industrial hygiene and engineering—was inadequate.

To more effectively address economic and social inequities, countries needed better regulations dealing with child labor, hazardous working environments, and conditions in the informal sector. PAHO's approach provided Member States with a good frame of reference for improving national policies and programs to benefit all workers. Her Delegation supported the proposed resolution and the regional strategy.

La Delegada de PUERTO RICO subraya la importancia de este punto sobre la salud de los trabajadores en la Región de las Américas. Existe en Puerto Rico una oficina de seguridad y salud en el trabajo (OSHA), adscrita al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. La OSHA cuenta con oficinas regionales que, mediante inspecciones continuas de los lugares de trabajo, garantizan a los trabajadores un empleo libre de riesgos que puedan poner en peligro su salud o su integridad física. Se ha comprobado que, por razones como falta de adiestramiento, baja escolaridad, desconocimiento o irresponsabilidad de algunos patronos y trabajadores, los trabajadores sufren accidentes que les ocasionan incapacidades parciales o permanentes.

Durante 1997, se registraron 41 casos de lesiones ocupacionales letales en Puerto Rico, una reducción si se compara con los 60 casos de lesiones letales ocurridos en 1996. Si se toma en consideración que la edad promedio del lesionado es de 35 años en las mujeres y de 36 años en los varones y que la expectativa de vida del puertorriqueño es de

aproximadamente 70 años para ambos sexos, resulta preocupante que muchos trabajadores se incapaciten a una edad todavía productiva para la sociedad. Ante esa situación la OSHA efectúa una labor fiscalizadora a través de la Ley No. 16, conocida como Ley de Seguridad y Salud en el trabajo de Puerto Rico que debe garantizar a los empleados unos lugares de trabajo seguros y salubres. La OSHA tiene varias divisiones, entre ellas el Negociado de Inspecciones, que realiza visitas por sorpresa a los diferentes lugares de trabajo, ya sea como consecuencia de querellas de trabajadores, por accidentes o catástrofes, o en inspecciones programadas a industrias clasificadas como de alto riesgo. Tiene un programa de voluntarios, que es el área de consultoría voluntaria, educación y promoción del concepto de seguridad y salud ocupacional. La División de Ayuda Técnica se encarga de someter los suplementos del plan estatal. La División de Evaluación evalúa en forma continua las actividades de la oficina para determinar su eficiencia. La División Legal dirige y coordina las actividades jurídicas, participa en vistas administrativas y judiciales derivadas de impugnaciones de patronos y empleados y se ocupa de las citaciones, períodos de corrección y penas propuestas por la OSHA. La División de Información Gerencial recopila, transmite, procesa y analiza los datos necesarios para administrar y dirigir las operaciones de la OSHA, a fin de alcanzar los objetivos trazados. A nivel del Departamento de Salud, adscrita a la Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud, existe una sección de salud ocupacional que orienta sus esfuerzos a la prevención de lesiones y protección de la salud y la vida de los seres humanos que laboran en el Departamento. En 1990 se aprobó la Ley No. 59, que

exige que todos los trabajadores de salud sean vacunados contra la hepatitis B, y cabe decir que, dentro del Departamento de Salud, todos los trabajadores están hoy vacunados contra esa hepatitis.

La PRESIDENTA, hablando en calidad de Delegada de Puerto Rico, añade que existe una entidad conocida como Corporación del Fondo del Seguro del Estado, que obliga a que cada patrono asegure a sus empleados médicamente y no solo contra accidentes. Los servicios se prestan a través de una red de toda la isla que ofrece servicios de toda índole, y el Fondo tiene contratos con diversos hospitales médicos y otras instalaciones de salud para ofrecer servicios a todas las personas. Cuenta además con un hospital del Centro Médico, en donde hay una unidad subespecializada para quemados.

El representante de la ASOCIACIÓN INTERAMERICANA DE INGENIERÍA SANITARIA Y AMBIENTAL (AIDIS) aprovecha la oportunidad para informar de que su asociación ha creado, dentro de su comité técnico una división especializada en salud para trabajadores. Además, la AIDIS desea colaborar con la OPS en la implantación del Plan Regional.

La Dra. TENNASSEE (OPS) expresa su agradecimiento por las observaciones formuladas y dice que no cabe duda de que la cuestión de la salud de los trabajadores tiene carácter transnacional, lo que viene determinado por los procesos de globalización e

integración. Por tanto, tienen razón quienes han señalado la necesidad de que la OPS tenga muy presentes fenómenos como la exportación de tecnología de países que cuentan con una legislación muy estricta a países que carecen de ella, ámbito en que la Organización está trabajando en estrecho contacto con otros organismos de las Naciones Unidas. La OPS es miembro del Comité Mixto de la OMS y la OIT en Ginebra y ha suscrito un convenio para preparar una agenda regional en colaboración con el PNUMA, el UNICEF y otras organizaciones de las Naciones Unidas.

En cuanto a la naturaleza multisectorial de la cuestión objeto de examen, la OPS, que es plenamente consciente de la importancia que reviste el intercambio de información y la necesidad de aplicar un enfoque compartido, mantiene una página Web muy completa; una lista de discusión de más de 500 interlocutores de toda la Región; se consulta con otras páginas Web; se vale de listas de discusión de Europa y otros continentes; y está elaborando listas de discusión sobre cada una de las líneas directrices del Plan Regional. Por último, la OPS hace también hincapié en la necesidad de incorporar a un amplio abanico de protagonistas en las acciones impulsadas en este terreno. Prueba de ello es que más de 24 países han establecido planes propios con la participación de trabajadores, sindicatos, cooperativas y representantes de la empresa privada, las ONG, los medios de comunicación y las instituciones académicas.

La RELATORA presenta el proyecto de resolución que dice lo siguiente:

*EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,*

Visto el informe del Director sobre la salud de los trabajadores en la Región de las Américas (documento CD41/15);

Recordando los mandatos específicos de los Cuerpos Directivos de OPS sobre salud de los trabajadores, y en particular la resolución CSP23.R14 de la 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), en la cual la Conferencia insta a los Estados Miembros a que incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención a la salud de los trabajadores, a fin de lograr la cobertura universal;

Considerando que la resolución WHA49.12 de la Asamblea Mundial de la Salud endosa la estrategia global de la OMS para la salud ocupacional para todos, define claramente los principales objetivos de acción, y solicita al Director General de la OMS a que invite a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, particularmente a la Organización Internacional del Trabajo y a organizaciones no gubernamentales y nacionales, a que cooperen con la OMS en este campo;

Consciente de la existencia de grandes inequidades sociales, económicas y sanitarias que afectan la salud de los trabajadores, especialmente en el sector informal, y

Reconociendo que la salud de los trabajadores y los ambientes de trabajo saludables son esenciales para alcanzar la salud y bienestar individual y comunitaria, que son fundamento esencial para el desarrollo sostenible de los Estados Miembros,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros a que incorporen en sus políticas nacionales de salud, según corresponda, el Plan Regional de Salud de los Trabajadores contenido en el documento CD41/15, que presenta líneas programáticas específicas para la acción de los Estados Miembros y para la cooperación externa.
2. Instar a los ministros de salud a que tomen la iniciativa para fomentar la cooperación entre los varios actores nacionales que operan en el campo de la salud de los trabajadores y en áreas afines, para que definan y actúen mancomunadamente con objetivos comunes que sean incorporados en los planes nacionales de salud de los trabajadores, planes nacionales de salud y planes de desarrollo, y que orienten la cooperación externa.
3. Instar a los organismos internacionales y agencias bilaterales, así como a las organizaciones nongubernamentales, a que apoyen técnica y financieramente a los Estados



Miembros y cooperen en la ejecución de actividades dentro del enfoque integral propuesto en el Plan Regional.

4. Pedir al Director:
  - a) que promueva y apoye la difusión y la aplicación del enfoque integral de acción planteado en el Plan Regional de Salud de los Trabajadores;
  - b) que de especial atención al desarrollo de alianzas institucionales al nivel nacional como internacional, incluyendo la movilización de recursos extrapresupuestarios para llevar a cabo actividades intersectoriales que faciliten el desarrollo y consolidación de actividades de prevención, dentro del marco del enfoque integral preventivo;
  - c) que continúe apoyando a los ministros de salud en sus esfuerzos para mejorar la salud de los trabajadores;
  - d) que continúe promoviendo y apoyando el desarrollo de la red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS y de instituciones científicas para que contribuyan al desarrollo de la capacidad técnica, científica y administrativa de las instituciones y programas que actúan en el campo de la salud de los trabajadores;
  - e) que promueva y apoye la cooperación entre países en el campo de la salud de los trabajadores y particularmente las investigaciones operativas en el desarrollo de recursos humanos.

*THE 41st DIRECTING COUNCIL,*

Having seen the Director's report on workers' health in the Region of the Americas (Document CD41/15);

Recalling the specific mandates of the Governing Bodies of PAHO on workers' health, especially Resolution CSP23.R14 of the 23rd Pan American Sanitary Conference (1990), in which the Conference urges the Member States to increase the development of different institutional workers' health care arrangements in order to promote the attainment of universal coverage;

Considering that Resolution WHA49.12 of the World Health Assembly endorses the WHO Global Strategy on Occupational Health for All, clearly defines the principal objectives of action, and requests the Director-General of WHO to invite the organizations of the United Nations system, particularly the International Labor

Organization, and nongovernmental and national organizations, to cooperate with WHO in this area;

Aware of the existence of major social, economic, and sanitary inequities that affect workers' health, especially in the informal sector; and

Recognizing that workers' health and healthy work environments are essential for attaining the individual and community health and well-being fundamental to the sustainable development of the Member States,

*RESOLVES:*

1. To urge Member States to include in their national health plans, as appropriate, the Regional Plan on Workers' Health contained in Document CD41/15, which proposes specific programmatic lines for the action of the Member States and international cooperation.
2. To urge the ministers of health to take the initiative to promote cooperation among the national actors involved in the field of workers' health and related areas in order to define and act together in the pursuit of common objectives that will be incorporated into national workers' health plans, national health plans, and development plans, and that will orient international cooperation.
3. To urge the international organizations and bilateral agencies, as well as nongovernmental organizations, to provide technical and financial support to the Member States and cooperate in the execution of activities, adopting the integrated approach proposed in the Regional Plan.
4. To request that the Director:
  - (a) promote and support the dissemination and implementation of the integrated approach to action proposed in the Regional Plan on Workers' Health;
  - (b) pay special attention to forging institutional partnerships at the national and international level, including the mobilization of extrabudgetary resources to carry out intersectoral activities that will facilitate the development and consolidation of prevention activities, within the framework of an integrated preventive approach;
  - (c) continue to support the ministers of health in their efforts to improve workers' health;

- (d) continue to promote and support the development of the network of PAHO/WHO Collaborating Centers and scientific institutions, so that they contribute to the development of technical, scientific, and administrative capacity in the institutions and programs operating in the field of workers' health;
- (e) promote and support cooperation among countries in the field of workers' health, particularly operations research on human resources development.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

*Decision:* The proposed resolution was unanimously adopted.

**PUNTO 4.11: ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES Y RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS**

**ITEM 4.11: EMERGING AND REEMERGING INFECTIOUS DISEASES AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE**

El representante del COMITÉ EJECUTIVO expresó el apoyo del Comité a las estrategias descritas en el documento sobre este tema, que se consideró en su 124.<sup>a</sup> sesión en junio pasado. Se recalcó la importancia de fortalecer los laboratorios de salud pública para apoyar la vigilancia y permitir la detección rápida y la respuesta a los brotes epidémicos. Como se necesitarán recursos considerables para lograr mantener la capacidad mejorada de laboratorio, se sugirió que un enfoque escalonado para poner en práctica esa estrategia sería sumamente apropiado. También se señaló que el fortalecimiento de la infraestructura de diagnóstico implica no solo mejores laboratorios sino también mejorar el adiestramiento del personal médico en el diagnóstico clínico de las enfermedades emergentes.

La capacidad nacional de vigilancia epidemiológica también debe fortalecerse a todos los niveles. El Comité estuvo de acuerdo con la importancia de la gestión de la información durante los brotes epidémicos, para evitar las repercusiones negativas que la cobertura de prensa inexacta y los rumores acarrearán sobre la salud y la economía. Consideró que todos los aspectos de los sistemas de información, desde la notificación de enfermedades hasta la recopilación y el análisis de los datos, necesitan fortalecerse. Además, el Comité mencionó que todos los países deben adoptar normas uniformes para las definiciones de casos y la notificación, y que deben crearse equipos regionales de respuesta a los brotes a fin de contar con personal adiestrado que pueda actuar con prontitud en esas situaciones.

Un motivo de gran preocupación para algunos países es la amenaza de la reurbanización de la fiebre amarilla. Se señaló que es necesario mejorar la vigilancia para proporcionar información oportuna que sea de utilidad a la hora de tomar decisiones. Sin embargo, el no contar con vacunas suficientes podría obstaculizar las actividades de prevención y control de brotes aunque la vigilancia sea adecuada. El Comité Ejecutivo aprobó una resolución sobre el tema por la cual recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución instando a los Estados Miembros a que fortalezcan la infraestructura de las redes de vigilancia epidemiológica, aumenten el intercambio regional de información sobre las enfermedades emergentes y reemergentes y modifiquen las políticas y los mecanismos legales que rigen el uso racional de los antimicrobianos con miras a controlar el aumento de la resistencia a estos medicamentos.

El Dr. LIBEL (OPS), haciendo uso de diapositivas, dice que el escenario de las enfermedades infecciosas emergentes se ha configurado como una historia de frágil equilibrio. A pesar del avance que representó la erradicación de la viruela y de la poliomielitis, la realidad actual muestra que se han desbordado algunas previsiones triunfalistas que hablaban del cierre del capítulo de las enfermedades transmisibles o de una excesiva confianza en las balas mágicas que contribuirían al control o a la erradicación de algunas entidades. En las dos últimas décadas, se han identificado más de 20 agentes patógenos nuevos, han resurgido de forma epidémica otros considerados como controlados y han aparecido agentes microbianos más virulentos como consecuencia de la resistencia a los antibióticos.

Los factores asociados con la emergencia incluyen cambios ecológicos, el aumento de los viajes internacionales, el comercio internacional, incluido el de animales, y transformaciones en la industria de los alimentos. Algunos ejemplos de este tema son la actual epidemia de encefalitis declarada en la ciudad de Nueva York, la fiebre del Nilo occidental y los brotes del síndrome pulmonar por hantavirus.

Ya se ha mencionado en el Comité Ejecutivo la amenaza que representa el retroceso que ha sufrido en la Región el control del *Aedes aegypti* y el riesgo que ello entraña para la reurbanización de la fiebre amarilla. En los últimos años se están observando cada vez más brotes de fiebre amarilla selvática cerca de las ciudades. La estrategia de la OPS para enfrentar este desafío se basa en la vigilancia epidemiológica

regional, que incluye la utilización de los mecanismos tecnológicos más modernos, la detección y respuesta rápidas a los brotes y la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos. Un elemento imprescindible de todos estos componentes es la capacidad del laboratorio de salud pública para reducir los brotes que se quedan sin diagnóstico etiológico definido. En cuanto a la vigilancia, hay que resaltar su vinculación con la capacidad de las acciones de respuesta de los países en función de los análisis realizados.

La difusión de la información sobre vigilancia ya está vinculada a las redes mundiales de la Internet, lo cual constituye a un tiempo una amenaza y una oportunidad. Una amenaza, porque la circulación de la información se hace sin que sea posible controlarla, y una oportunidad, porque se multiplican las fuentes de información y se acelera la velocidad de transmisión. A este respecto, la OPS ha preparado una plataforma electrónica que facilita la obtención y la diseminación actualizada de datos sobre las tendencias de las enfermedades transmisibles y la emergencia de brotes. El ingreso de los datos será responsabilidad de los servicios nacionales de vigilancia epidemiológica, que tendrán acceso a las bases de datos de los demás países. Una vez validados, los datos se distribuirán a través de la página Web de la OPS.

Como parte del enfoque de vigilancia, se han establecido redes subregionales de vigilancia basadas en el laboratorio. El laboratorio aporta un elemento de calidad a la información oportuna, que aumenta la sensibilidad del sistema, tal como puede comprobarse en las dos redes que se han establecido en la Cuenca Amazónica y en el

Cono Sur para notificar síndromes en sitios centinelas. Esto se hace de manera escalonada para permitir que los laboratorios de salud pública satisfagan la necesidad que representa la vigilancia basada en síndromes y exige el trabajo conjunto entre epidemiólogos y el personal de los laboratorios. Varias actividades relacionadas con este enfoque que se han llevado a cabo en la Región estuvieron dirigidas a capacitar equipos nacionales de respuesta rápida, sobre todo servicios. Con ellas, busca tener capacidad nacional para responder a brotes y emergencias generadas por desastres naturales. Esas actividades se están desarrollando prioritariamente en Centroamérica a raíz de las debilidades identificadas inmediatamente después del huracán Mitch. En el área de comunicación, se intentan reducir los efectos adversos de la cobertura de la prensa en situaciones de crisis y mejorar el conocimiento del público sobre las medidas de control idóneas. En relación con la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, se ha establecido un plan regional que incluye la determinación de la magnitud del impacto del problema, la revisión de las políticas y de las normas legales sobre la prescripción, el uso racional de antibióticos, y la mejora de la calidad de los laboratorios. En la Región existen actualmente tres sistemas de vigilancia de las resistencias a los antimicrobianos, uno destinado a verificar la resistencia de *Plasmodium falciparum*, otro relacionado con patógenos entéricos, que goza del apoyo del Laboratorio Centro de Control de Enfermedades del Canadá, y un tercero, que realiza el seguimiento de la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis*. La evolución de la resistencia de *Plasmodium falciparum*

en la Región revela cómo se ha perdido la oportunidad de intervenir de manera eficiente y efectiva en el tratamiento de esta enfermedad.

En el siglo XXI los países de la Región deberán disponer de sistemas sólidos de vigilancia epidemiológica, de redes regionales para monitorear las enfermedades, ser capaces de intercambiar rápidamente información y contar con elementos de alerta y respuesta efectivos.

O Delegado do BRASIL diz que a Delegação Brasileira concorda com o documento apresentado e afirma que o tema tem sido uma das prioridades do Ministério da Saúde nos últimos dois anos. Para aprimorar a vigilância epidemiológica das doenças emergentes, o Brasil vem desenvolvendo quatro estratégias. A primeira consiste numa rede que inclui serviços de assistência especializados, laboratórios e instituições de pesquisa para detectar e investigar os casos de doenças raras ou doenças de etiologias não conhecidas ou não esclarecidas. Essa rede é coordenada por uma gerência técnica dentro do Centro Nacional de Epidemiologia e está integrada às duas redes da OPAS—a Rede da Região Amazônica e a Rede do Cone Sul. A segunda estratégia é um programa permanente de treinamento de recursos humanos em epidemiologia. Além de cursos de curta duração e a capacitação de equipes municipais, está sendo negociada com o CDC dos Estados Unidos a implantação do Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo, provavelmente no ano 2000. A terceira estratégia consiste na implantação de um fluxo de informações rápido para surtos, epidemias e doenças raras, doenças de etiologia



desconhecida ou não esclarecida, tendo sido também implantado um modelo nacional de vigilância das doenças transmitidas por alimentos. A última estratégia é a utilização de um estudo para a implantação da vigilância por síndromes. A OPAS havia proposto um estudo multicêntrico de implantação da vigilância por síndrome, mas, infelizmente, este estudo não se realizou. Porém, o Brasil decidiu manter a proposta de viabilidade e factibilidade da vigilância por síndrome e está realizando estudos em dois locais, numa região mais urbanizada do sudeste brasileiro e na região amazônica. O resultado dessas estratégias se reflete no aumento da notificação, e na detecção de doenças raras e emergentes. Em 1998 houve uma epidemia de glomerulonefrite pós-infecção por estreptococos zoonóticos de origem alimentar, investigada também com o apoio do CDC dos Estados Unidos. Também foi detectada a síndrome pulmonar por hantavírus em quatro estados brasileiros onde não havia registro de detecção anterior, bem como dois surtos de toxoplasmose alimentar aguda, surtos de parvovirose pelo parvovírus B19, e casos humanos de varíola bovina ou *cowpox* e outros episódios somente nos últimos dois anos.

Le Délégué du CANADA félicite le Secrétariat de l'OPS du rapport sur les progrès du Plan régional de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses émergentes ou en recrudescence. Le plus récent indique que des progrès considérables ont été réalisés jusqu'à maintenant. Toutefois, il y a encore beaucoup à faire tant pour

enrayer les problèmes bien connus tels que le choléra ou les autres pathogènes entériques que pour avoir la capacité de faire face à des nouveaux défis encore inconnus.

L'émergence ou la réémergence des pathogènes est un secteur qui préoccupe le Canada au plus haut point. A l'intérieur même des frontières canadiennes, a été observée la résistance accrue d'organismes bien connus, sensibles antérieurement aux antibiotiques les plus fréquemment utilisés et une importante initiative a été mise en œuvre pour contrer cette tendance inquiétante. Ont été établis un comité national sur la résistance aux antimicrobiens et un programme recoupant trois composantes clés.

La première consiste à évaluer l'utilisation des antibiotiques tant chez les humains que chez les animaux et à modifier cette utilisation lorsqu'elle est inadéquate. La deuxième composante est d'intensifier la surveillance de la résistance aux médicaments de certains organismes clés qu'on retrouve fréquemment dans les laboratoires. La troisième vise à arrêter la propagation d'organismes résistants entre les humains de même qu'entre les animaux et entre humains et animaux. A fin de relier les laboratoires en un seul réseau d'information et d'ainsi renforcer la capacité d'intervention en matière d'épidémiologie et de contrôle d'éclosion, des investissements ont été faits dans la conception de l'infrastructure canadienne de surveillance de la santé. Cette infrastructure représente un investissement important dans la technologie électronique visant à bâtir les relations, les outils et les liens nécessaires afin que les décideurs des secteurs de la santé publique de partout au Canada puissent avoir accès par l'entremise de l'Internet à l'information dont ils ont besoin; et via l'Internet cette information est accessible à tous.

L'infrastructure permettra de recueillir, d'intégrer et d'analyser les données de diverses sources afin de fournir de l'information relative à la gestion des risques, y compris des interventions face aux maladies infectieuses émergentes. Des projets pilotes sont actuellement en cours, intégrant des données concernant tant la santé des animaux, que les aliments, l'eau potable et l'environnement

Par ailleurs, le Canada demeure très préoccupé par la détérioration des efforts de prévention et de lutte contre des pathogènes connus, comme ceux de la tuberculose et de l'émergence de nouveaux organismes. A titre d'exemple, on vient de découvrir cinq cas de tuberculose résistant aux principaux antituberculeux au sein des groupes d'immigrants qui sont nouvellement arrivés au Canada. Au cours des prochaines années, il est estimé que les soins et les traitements qui vont être donnés à ces seuls cinq personnes coûteront plus de 2 millions et demi de dollars pour cinq cas.

Enfin pour contrer les menaces au plan mondial dues à l'apparition possible de nouvelles souches d'influenza hautement pathogènes, le Canada s'apprête à terminer un plan de lutte nationale contre une pandémie éventuelle de grippe afin de pouvoir faire face à cette situation. Le Canada accueille donc l'initiative des Etats Membres de l'OPS de renforcer les systèmes de surveillance et lui prête tout son appui.

Dans un environnement où les pathogènes infectieux se déplaceront de plus de plus rapidement avec leurs hôtes humains, il est essentiel que les situations émergentes soient déclarées dès que possible. Le partage rapide d'information sur les poussées des maladies infectieuses est primordial. Le Canada appuie les efforts de l'OPS visant à

établir des systèmes sur l'Internet pour le transfert rapide d'information. Au cours des dernières années, l'OPS est venu en aide à plusieurs reprises à Santé Canada pour vérifier la nature et l'étendue des poussées des maladies infectieuses dans la Région. Le réseau d'information sur la santé mondiale, le RISME, développé par le Canada, qui surveille la fréquence globale des poussées de maladies infectieuses, est devenu une des principales sources d'information rapide pour l'OMS à Genève. La capacité opérationnelle du RISME a augmenté, mais en termes de surveillance mondiale l'accès à l'information concernant l'Amérique latine est limité en fonction du manque actuel de capacité linguistique en espagnol. Le RISME est prêt à collaborer avec l'OPS pour développer cette capacité en vue de l'identification rapide des éclosions de maladies infectieuses en Amérique latine.

Le Canada estime que ces outils de surveillance permettront, non seulement pour les infections les plus exotiques et de plus fréquentes, mais aussi pour les problèmes plus communs et souvent très complexes rencontrés, d'utiliser cette information pour élaborer l'essentiel: des politiques et des outils d'intervention pour pouvoir y faire face.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that emerging and reemerging infectious diseases were a health priority for her Government. Infectious disease was a shared challenge for both developing and industrialized countries. PAHO's leadership in working with countries to strengthen surveillance efforts was long-standing, as were its efforts to bolster subregional and national capacity in detecting and responding

to outbreaks. Such interventions were especially pertinent as the Region continued to rebuild from last year's hurricane devastation.

The proposed technical cooperation, especially in the areas of rapid assessment of national surveillance capacity and the strengthening of public health laboratory networks, would require considerable resources in the long term. Her Delegation therefore encouraged PAHO to apply a phased approach in carrying out the activities in order to ensure adequate funding and commitment from multiple sources. The United States was pleased that PAHO was actively promoting the need for reliable data to determine the real magnitude of antibiotic resistance in the Region and looked forward to the implementation of joint efforts with USAID in that area. It also encouraged PAHO to continue to promote the collection and sharing of reliable data on increasing resistance to malaria drugs, which was a growing problem in parts of Latin America, and to work with other interested stakeholders and with industry to explore new developments in those drugs.

El Delegado de ARGENTINA dice que la vigilancia epidemiológica y la lucha contra las enfermedades transmisibles, incluidas las emergentes y reemergentes, es uno de los programas prioritarios de su país. Por ello, en el último año se ha elaborado el proyecto Vigilancia de Argentina (VIGIA), financiado con recursos externos y elaborado con la cooperación técnica de la OPS, cuyo objetivo es fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica a todos los niveles; fortalecer, entre otros, los programas nacionales de

control del dengue, la tuberculosis, las infecciones nosocomiales y las enfermedades emergentes y reemergentes; fomentar la participación social en los procesos de vigilancia, control y prevención de las enfermedades, y mejorar la red de laboratorios de salud.

El programa tiene cuatro componentes. El primero persigue el objetivo de fortalecer la organización y la operatividad del sistema de salud a nivel nacional y de las provincias y dotar de equipamiento y material a todas las unidades periféricas locales. El segundo componente, de prevención y control de la enfermedad, tiene por objeto actuar sobre el terreno, fortalecer la capacidad local y difundir información a nivel local para su amplia aplicación. El tercer componente, promoción social, hace especial hincapié en los procesos de educación sanitaria de la población general y de las áreas de riesgo en particular. El cuarto componente está vinculado con el desarrollo de un proceso técnico y administrativo destinado a velar por que este programa tenga el máximo de utilidad en función de los recursos disponibles.

La Delegada de PUERTO RICO reconoce que la manera más efectiva de luchar contra las enfermedades emergentes es desarrollar estrategias que enfatizen la aplicación de sistemas de vigilancia e investigación y actividades preventivas. En Puerto Rico, esa función corre a cargo de la División de Epidemiología que, en coordinación con la epidemióloga del Estado, mantiene el sistema de vigilancia de enfermedades infecciosas notificables con arreglo a la Ley No. 81, de 4 de junio de 1983. Para 1998, el número de enfermedades infecciosas notificadas aumentó, incluidos casos de influenza, legionelosis,

leptospirosis, infecciones por *Escherichia coli* O157H7, tuberculosis multirresistente e infecciones enterotóxicas por gérmenes resistentes a la vancomicina.

La notificación de estas enfermedades es obligatoria para todos los médicos, enfermeras de control de infecciones y laboratorios públicos y privados, y la recopilación de datos descansa en informes de investigación sobre cada una de las enfermedades. Estos informes se revisaron en 1996 para que cumplieran los requisitos mínimos de presentación clínica. La metodología es crucial para garantizar la uniformidad y la precisión del análisis epidemiológico.

A partir de 1998, por mandato de la Secretaría de Salud, se crearon oficinas de epidemiología en cada una de las ocho regiones de salud dotadas de personal idóneo en el campo de investigación epidemiológica (epidemiólogos y una enfermera epidemióloga por cada 100.000 habitantes). Cada región recopila la información y la transmite semanalmente por vía electrónica a la oficina central, donde se analizan los datos para describir y monitorear las tendencias de las enfermedades en las regiones y a nivel de toda la isla. Además, la información se transmite a los CDC de Atlanta, que la publican semanalmente en *Morbidity and Mortality Weekly Report*.

Por otro lado, es necesario establecer prioridades en el tiempo de notificación de casos. Además de esta vigilancia, conocida como vigilancia de categoría número uno, en la cual los informes se reciben en un plazo no superior a cinco días por término medio, se cuenta con la vigilancia de categoría número tres, en la cual se informa en un plazo de no más de 24 horas. Las enfermedades sujetas a esta categoría de vigilancia son el botulismo,

el cólera, la difteria, la intoxicación alimentaria, la malaria, la poliomielitis y la rabia. Gracias a esta vigilancia se ha comprobado que en los últimos 40 años no se ha registrado ningún caso autóctono de malaria. No se han notificado casos de polio en varias décadas y se ha observado una reducción notable de los casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo B.

Es preciso recalcar que los sistemas de vigilancia deben perpetuarse hasta que se logre la erradicación completa de las enfermedades, pues de lo contrario continuarán aumentando las enfermedades emergentes y reemergentes.

El Delegado de EL SALVADOR dice que la mayoría de los países centroamericanos están experimentando trastornos climatológicos, los cuales generan inundaciones, incendios y otras catástrofes que contribuyen a generar condiciones favorables para la proliferación de vectores. Hace pocas semanas hubo un brote de leptospirosis, que fue rápidamente controlado gracias a la capacidad instalada de laboratorio. Puesto que se están produciendo acontecimientos similares en todos los países centroamericanos, sugiere que en toda la subregión se integren sistemas de vigilancia epidemiológica para que todos los países puedan compartir la información oportunamente y establecer medidas de control. Por lo tanto, su Delegación apoya la resolución y felicita a la OPS por la propuesta.

El Delegado de CHILE agradece a la Secretaría que haya presentado un tema tan relevante. Su país apoya la propuesta de fortalecer los sistemas de vigilancia



epidemiológica de las enfermedades transmisibles, haciendo hincapié en las enfermedades emergentes y reemergentes. En Chile, el Ministerio de Salud está redefiniendo el sistema de vigilancia epidemiológica y de enfermedades sujetas a notificación obligatoria. Se está tratando de reducir el número de estas, por considerar que la inclusión de un gran número de enfermedades deteriora la calidad de la información recolectada. Las enfermedades de notificación obligatoria deben ser estados patológicos con altas tasas de morbilidad o mortalidad, capaces de generar brotes o epidemias y para las cuales haya medidas de control eficaces en función del costo. El sistema propuesto incluye tres subsistemas: vigilancia de la morbilidad, laboratorios y vigilancia ambiental.

En su opinión, el sistema de vigilancia epidemiológica debe basarse en los agentes etiológicos, las enfermedades de notificación obligatoria y la vigilancia ambiental, en vez de en la vigilancia de síndromes que recargaría innecesariamente el sistema de diagnóstico de laboratorio.

En su país se ha puesto en marcha el mecanismo de vigilancia centinela para las infecciones respiratorias agudas. Se establecerá también la vigilancia de agentes etiológicos y resistencia a antimicrobianos mediante un subsistema paralelo de notificación por los laboratorios, encabezado por el Instituto de Salud Pública de Chile. Dicho sistema requiere una red informática apropiada que permita un flujo rápido de información para su procesamiento en el nivel central.

El sistema de vigilancia debe incluir al sector privado. Tres principios importantes del sistema son la transparencia, la oportunidad y la protección de la privacidad del paciente. Algunas acciones necesarias en este campo son fortalecer el laboratorio nacional de referencia de cada país, ofrecer capacitación en las técnicas de diagnóstico más modernas, establecer la capacidad de elaborar reactivos propios para el rápido diagnóstico de nuevos agentes infecciosos, implantar elementos de seguridad en los laboratorios regionales, establecer los medios locales e internacionales que permitan mayor fluidez de la información y destinar recursos financieros a traer recursos humanos especializados. La atracción de gente con experiencia haría posible los convenios y proyectos con grupos de otros sectores, como las universidades.

Con estos medios, se podría estudiar la epidemiología de agentes infecciosos emergentes y reemergentes con tecnologías avanzadas, producir reactivos para el pronto diagnóstico, producir biológicos de control y capacitar a profesionales de salud. Su país desea también que se formen equipos multidisciplinarios como comisiones ministeriales para enfrentar las distintas emergencias epidemiológicas. Considera vital la formación y el adiestramiento de un equipo permanente que haga frente a los brotes en consideración de factores como el turismo, los desplazamientos internacionales y las características climáticas de cada país.

En relación con la resistencia a antimicrobianos, cree que debe mantenerse la farmacovigilancia de los agentes de mayor impacto público y regular el uso de antibióticos. También recomienda campañas para educar a la población con respecto a

los peligros de la automedicación y el uso indiscriminado de antibióticos. Por último, propone que la OPS propicie la organización de una red de laboratorios de referencia regionales que coordinen los sistemas de vigilancia, la cooperación y el intercambio de información epidemiológica, el flujo expedito de información por la Internet y reuniones de trabajo para definir estrategias conjuntas contra las enfermedades infecciosas transmisibles.

El Delegado de COLOMBIA elogia la estrategia de vigilancia con la tecnología Internet implementada con el apoyo de la OPS. En su país se está capacitando en vigilancia epidemiológica a equipos rurales y se están fortaleciendo los sistemas de información local rural e implementando redes de laboratorios de salud pública en zonas remotas y de conflicto armado. Esta última situación, explica, contribuye al uso indiscriminado de antimicrobianos y, por lo tanto, estimula la resistencia de los microorganismos a esas sustancias.

The Delegate of BARBADOS congratulated PAHO for the development of the Web site and looked forward to a wider range of data and information being available on that site in the future. As classrooms throughout the Region became connected to the Internet, Web pages could be designated to target students, as well as the general public. Enlistment of an informed public in efforts to improve health standards, prevent HIV infection, and combat the vectors of malaria, dengue, and leptospirosis would make those programs much more effective. As the Director had pointed out, a preemptive strike

against HIV required changes in public attitudes and behavior patterns. Many of the reports and statistics presented by the delegates at the current meeting could also be made available on the PAHO Web site, rather than presented orally.

El Dr. LIBEL (OPS) agradece los comentarios hechos por los participantes en torno a las iniciativas de la Organización. Desea referirse brevemente a algunos aspectos no mencionados, en especial los compromisos asumidos por países como Argentina y Brasil de conseguir préstamos de agencias financieras para fortalecer sus sistemas de vigilancia. Ambos países demuestran así su apoyo al desarrollo de esa actividad.

Refiriéndose al establecimiento de prioridades mencionado por un delegado, cree que es un aspecto que debe tenerse en cuenta en función de la capacidad de respuesta que tienen los servicios para realizar investigaciones en el terreno y diagnósticos de laboratorio. Ello requiere recursos humanos y materiales que tienen que estar disponibles para obtener información oportuna.

En cuanto a la vigilancia ambiental, sin duda se relaciona con la situación de vectores y reservorios de enfermedades, que tiene que conocerse para mantener una adecuada vigilancia epidemiológica. En lo que se refiere a los laboratorios, algunos delegados mencionaron las dificultades financieras que entrañan. Por eso llama la atención sobre los préstamos para la reconstrucción de los servicios de salud que se incluyen en los procesos de reforma de los países. Los laboratorios, clínicos y de salud pública, deben ser un elemento de prioridad para los préstamos. Espera que los países

continúen informando de su situación para poner a disposición de los gobiernos y de la población en general datos sobre los brotes de enfermedades emergentes.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution contained in Document CD41/16 for the consideration of the Council.

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución:

*EL 41.ª CONSEJO DIRECTIVO,*

Visto el informe sobre los adelantos del sistema regional de vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos (documento CD41/16) y reconociendo la necesidad de adoptar a nivel regional y nacional medidas urgentes para la implantación de mecanismos que detecten, investiguen y respondan al surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas o al resurgimiento de otras consideradas bajo control;

Teniendo en cuenta que la oportunidad para intervenir con medidas de prevención y control es limitada por la velocidad de la movilización de bienes, alimentos y personas, así como la aparición de agentes patógenos resistentes al arsenal antimicrobiano disponible, y

Tomando en consideración que existen tecnologías capaces de conducir la vigilancia y limitar el daño causado por la emergencia de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que fortalezcan la infraestructura que permita el desempeño eficiente de las redes de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, con especial atención a los sistemas de pronta alarma y rápida respuesta;
  - b) a que incrementen el intercambio regional de información sobre la ocurrencia de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes de importancia para la salud

- regional y global, por medio de los mecanismos propuestos en el documento CD41/16 para tal efecto;
- c) a que revisen las políticas y normas legales sobre el uso racional de antimicrobianos con miras a introducir cambios tendientes a controlar el crecimiento de la resistencia a dichos fármacos.
2. Pedir al Director:
- a) que promueva el establecimiento de asociaciones con agencias de cooperación y desarrollo multilaterales, bilaterales y privadas para que actúen sinérgicamente en el financiamiento y apoyo de los enfoques propuestos;
  - b) que promueva el mantenimiento y la ampliación de las redes subregionales para la vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, incluida la resistencia a los antimicrobianos;
  - c) que mantenga la coordinación de la respuesta regional a las situaciones de emergencia por la aparición de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes.

*THE 41st DIRECTING COUNCIL,*

Having seen the progress report on the regional surveillance system for emerging and reemerging infectious diseases and antimicrobial resistance (Document CD41/16) and recognizing the need to adopt urgent measures at the regional and national level for implementing mechanisms that detect, investigate, and respond to new infectious diseases or to the reemergence of others formerly considered under control;

Taking into account that the opportunity to intervene with prevention and control measures is limited by the speed with which goods, food, and people are mobilized and by the emergence of pathogens resistant to the available antimicrobial arsenal; and

Considering that technologies exist for conducting surveillance and limiting the harm caused by outbreaks of emerging and reemerging diseases,

*RESOLVES:*

1. To urge the Member States to:

- (a) strengthen the infrastructure that will permit the efficient performance of epidemiological surveillance networks for communicable diseases, with special attention to early warning and rapid response systems;
  - (b) increase regional information exchange on outbreaks of emerging and reemerging diseases of importance to regional and global health through the mechanisms proposed in Document CD41/16 for this purpose;
  - (c) review the policies and legal mechanisms governing the rational use of antimicrobials, with a view to introducing changes aimed at controlling the growth of resistance to these drugs.
2. To request that the Director:
- (a) foster ties with multilateral, bilateral, and private cooperation and development agencies so that they act synergistically in the financing and support of the proposed approaches;
  - (b) promote the maintenance and expansion of the subregional surveillance networks for emerging and reemerging infectious diseases and antimicrobial resistance;
  - (c) continue to coordinate the regional response to the emergencies caused by outbreaks of emerging and reemerging diseases.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

*Decision:* The proposed resolution was unanimously adopted.

**PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 1999**

**ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1999**

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el jurado para la adjudicación del premio OPS en Administración, 1999, integrado por Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua, se reunió el 22 de junio de 1999 y, después de un extenso debate, decidió otorgar el premio a la Dra. Ana Flisser Steinbruch, de México, por su trabajo para transformar la red de laboratorios de salud pública de su país a fin de

que estos apoyaran los programas de salud prioritarios. El Jurado examinó también el proceso de selección y recomendó varios cambios encaminados a facilitar en el futuro la consideración de los méritos de los candidatos. Dichos cambios se mencionaron en el informe anexo al documento CD41/26. El Comité Ejecutivo aprobó una resolución por la que hace suya la decisión del jurado de otorgar el premio a la Dra. Flisser, aprueba los cambios propuestos en el proceso de selección y transmite el informe del jurado al Consejo Directivo, para su consideración.

The PRESIDENT said that each year the governments of the Americas, through their representatives at the meetings of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization, conferred the PAHO Award for Administration in recognition of a significant contribution to the administration of national health services. The Award dated back to 1969, when the 61st Session of the Executive Committee accepted a generous donation from Dr. Stewart Portner, former Chief of Administration of the Pan American Sanitary Bureau, to institute an annual award for contributing to the improvement of administrative systems in health programs.

The winner of the 1999 award, Dr. Ana Flisser Steinbruch, had received her doctorate in immunology in 1978. She had worked as an investigator at the biomedical research institute and as a professor at the School of Veterinary Medicine and Zootechnics and at the professional and graduate studies department of the National



University of Mexico. She had also served as head of the library and translator at the National Institute for Fisheries Biology Research.

Dr. Flisser had been named Director of Mexico's National Diagnostic and Reference Institute for Epidemiology in May 1995. Since then, she had created new diagnostic areas and strengthened those already in place. She had also expanded and consolidated the national network of public health laboratories, promoting research and academic excellence and establishing a reputation for the Institute, both nationally and internationally. During her administration, the development of a computerized information network—INFOLAB—which could be updated to meet changing needs, had made it possible to process clinical information and laboratory specimens and results in a highly efficient manner. Dr. Flisser was a prominent investigator with numerous scientific publications in national and international journals and was the author and co-author of several books. She had received various awards for her work and leadership in her field. Dr. Flisser had approached her work in public health management with equal dedication, excellence, and tenacity, and she was therefore richly deserving of the PAHO Award for Administration.

*El Presidente hace entrega del Premio OPS en Administración, 1999,  
a la Dra. Ana Flisser Steinbruch, de México.  
The President presented the PAHO Award for Administration, 1999,  
to Dr. Ana Flisser Steinbruch, of Mexico.*

La Dra. FLISSER dice que el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de la Secretaría de Salud de México (INDRE) es el más antiguo de la Secretaría de Salud ya que fue inaugurado el 18 de marzo de 1939. Desde su creación, fue un hospital para enfermedades tropicales sujetas a proyectos de investigación clínica y en 1985 cambió su dirección hacia el diagnóstico y la referencia en apoyo de la vigilancia epidemiológica. Se incorporaron las redes de diagnóstico de tuberculosis, paludismo y cáncer cervicouterino, que funcionaban de manera independiente, y se implementó la red de VIH para bancos de sangre. A raíz de la última pandemia de cólera que llegó a México en junio de 1991, se habilitaron laboratorios en todo el país para identificar el *Vibrio cholerae*. Desde 1995, se han generado nuevas áreas de diagnóstico, se han fortalecido las existentes y, además, se ha fomentado la investigación y la superación académica y se ha dado una proyección nacional e internacional al Instituto.

El gran crecimiento del INDRE ha conllevado la recepción de alrededor de 25% más de muestras a partir de 1995, que actualmente suma más de 220.000 al año. Esto implicó que se generara mayor comunicación y coordinación entre las diferentes áreas y el personal de recepción de muestras, así como la creación de una red informática con capacidad para ser actualizada según las necesidades, lo que ha permitido que toda la información clínica de las muestras y los resultados de laboratorio se manejen de una manera muy eficaz.

Profesionales del INDRE han salido al extranjero a recibir entrenamiento en tecnologías modernas: por ejemplo, ahora se tiene la capacidad para identificar variantes

antigénicas del virus de la rabia a fin de saber cuál fue el agresor. Entre las diversas pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (RCP) que se realizan, una es para confirmar los casos diagnosticados como dengue hemorrágico. En los casos de tuberculosis se tiene gran capacidad para identificar la especie de micobacteria e incluso la cepa aislada y conocer su resistencia a antibióticos. Se pueden identificar agentes patógenos emergentes, tanto virus como bacterias y parásitos. Se envían a los CDC los aislamientos de virus de influenza para apoyar las decisiones del contenido de la vacuna anual; también se envían los aislamientos de poliovirus para confirmar que los obtenidos en esta década han sido todos vacunales. Se está implementando una red nacional para confirmar la infección por VIH y para evaluar el tratamiento en población abierta mediante la cuantificación de la carga viral y de linfocitos CD4. Las técnicas empleadas para diagnosticar brucelosis y leptospirosis, que son clásicas, son las mismas que se emplean en los Estados Unidos, al igual que las técnicas de biología molecular usadas para identificar cepas toxigénicas de *E. coli*.

Una faceta muy importante es la capacitación que el INDRE ofrece al personal de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública mediante estancias en diversos laboratorios, elaboración y actualización de manuales de procedimientos y asesoría técnica, aunada al control de calidad y a las supervisiones. Por otro lado, se han aplicado las normas vigentes para el manejo de residuos infecciosos y de bioseguridad; también se ha logrado que el personal comprenda la importancia de dichas normas y modifique sus hábitos.

El personal del INDRE ha demostrado su alta calidad y su capacidad de asesorar a entidades federativas del país que sufrieron las consecuencias del huracán Paulina en 1997 y del Mitch en 1998, la organización de laboratorios, la implantación de técnicas, la provisión de reactivos y materiales y las actividades de apoyo a los programas de urgencias epidemiológicas. Durante 1998, entomólogos y personal de los laboratorios de leptospiras y de enterobacterias realizaron estancias en Guatemala y Honduras, durante las cuales enseñaron diversos aspectos de laboratorio y de control de vectores para evitar posibles brotes epidémicos en sus países debidos al huracán Mitch.

Un reto importante ha sido la consolidación de otras redes nacionales de diagnóstico, como las de influenza, rotavirus, rabia, brucelosis, VIH, cólera, tuberculosis, paludismo, citología cervical, dengue y enfermedades febriles exantemáticas. El INDRE coordina también los laboratorios que participan en la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. La organización de las redes nacionales ha permitido que todos los componentes, ya sean reactivos, materiales y equipos o información y datos, trabajen al unísono. La red de más reciente creación es la de trasplantes de médula ósea que, localizada en el INDRE, puede hacer búsquedas en cualquier registro de donantes del mundo, y ya ha logrado que se realicen 12 trasplantes con células de cordón umbilical, además de los múltiples donantes intrafamiliares que se han identificado por medio de técnicas modernas de biología celular y molecular.

Se ha favorecido la interacción del personal del INDRE con el de otras instituciones nacionales, y se ha logrado que, en las entidades federativas donde no hay

instalaciones óptimas para los laboratorios estatales de salud pública, los Servicios Estatales de Salud se comprometían a construirlos y equiparlos. Desde 1995, se han inaugurado seis y están actualmente en construcción otros cinco; sin embargo, aún es necesario que ocho entidades federativas tomen la decisión de construir un laboratorio estatal de salud pública.

Dos programas de prevención y control de enfermedades prioritarios en México son el del cáncer cervicouterino y el de tuberculosis. Para conocer con detalle el estado del funcionamiento de sus redes de diagnóstico, durante 1998 se llevaron a cabo evaluaciones nacionales con un grupo de microscopistas del INDRE, que visitaron los 748 laboratorios del país que hacen diagnósticos de estas dos enfermedades. La información obtenida permitió emprender acciones que han fortalecido los programas respectivos. También se evaluaron laboratorios de paludismo existentes en la costa de Oaxaca y Chiapas y se capacitó a su personal. La idea de realizar evaluaciones *in situ* a las redes de laboratorio mencionadas se fortaleció con la instauración de un nuevo sistema de control de calidad basado en pruebas de eficiencia, conocidas en inglés como “proficiency testing”.

La investigación que se realiza en el INDRE ha mostrado avances que se reflejan en los proyectos en desarrollo, los financiamientos obtenidos, la nueva información generada, la incorporación y promoción del personal del INDRE al sistema de los Institutos Nacionales de Salud, así como en los intercambios con instituciones académicas de México y de los Estados Unidos. Entre los resultados obtenidos a partir de

1995 destacan la identificación de la gran susceptibilidad de la población mexicana al serotipo 3 del virus del dengue, la identificación de *Aedes albopictus* infectadas por virus del dengue, la determinación de los niveles de resistencia a medicamentos de primera elección en la tuberculosis primaria o adquirida, la identificación de *Salmonella* multirresistente, la definición geográfica y genotípica de los rotavirus y de los virus rábicos circulantes en el país, y la implementación del tamizaje de anticuerpos anti-*Trypanosoma cruzi* en bancos de sangre debido a la seroprevalencia de la enfermedad de Chagas encontrada a lo largo del país.

El reto para los últimos dos años de esta administración es consolidar los adelantos logrados en las diversas áreas con el fin de que el INDRE sea una institución de excelencia en el servicio, en la capacitación y apoyo a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y en la investigación que realiza, así como en la interacción con otras instancias gubernamentales.

**PUNTO 7.3: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTER-AMERICANA, 1999**

**ITEM 7.3: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH, 1999**

The PRESIDENT said that he was pleased to honor the winner of the 1999 Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, Dr. Rodrigo Fierro Benítez, of Ecuador. The award had been created by the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) in 1978, with the support of PAHO staff members and other

persons dedicated to international health, as an expression of admiration and affection for Dr. Horwitz. The Organization was fortunate to be able to continue to draw on the experience and wisdom of Dr. Horwitz in his current position as Director Emeritus of PAHO and President of PAHEF. The Award was intended to stimulate excellence and leadership in health work of regional significance. Over the years, it had recognized a variety of essential public health professions and had become a badge of merit and a motivating force for all health workers in the Americas.

Dr. Myron Wegman would be presenting the Award on behalf of Dr. Horwitz, whose health had not permitted him to travel to Puerto Rico. Dr. Wegman was the First Vice President of the PAHO Board of Trustees. He was a distinguished physician, with more than 60 years of service in the public health field. He was Dean Emeritus of Michigan's School of Public Health and a past Secretary-General of the Pan American Health Organization. He had published more than 200 professional articles, taught pediatrics at five universities in the United States, and served as President of the American Public Health Association.

El Dr. WEGMAN dice que es un gran privilegio para él representar a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación en la ceremonia de entrega del Premio Abraham Horwitz de 1999. Muy a su pesar, el Dr. Horwitz mismo no puede hacer entrega del premio porque su salud es delicada.

El premio Abraham Horwitz de 1999, que se otorga por contribuciones sobresalientes a la salud interamericana, se ha adjudicado al Dr. Rodrigo Fierro Benítez de Ecuador, en reconocimiento de su liderazgo notable en la lucha contra el bocio y el cretinismo. La elección del Dr. Fierro Benítez como ganador de este premio refleja claramente cuánto ha avanzado la salud pública al reconocer que no basta con conocer los fundamentos científicos para lograr progresos. La aplicación de esos conocimientos a todos los sectores de la población requiere un conjunto complementario de aptitudes y la participación de todos los sectores, e incluye cuestiones sociales complejas como la economía, la fabricación, el envasado y la comercialización de alimentos, la educación sanitaria del público y la industria.

Desde hace mucho tiempo se sabe que el bocio y el cretinismo son enfermedades de la glándula tiroides y que son ampliamente distribuidas en la población. También se sabe que ambos trastornos podrían prevenirse totalmente mediante la administración regular de compuestos de yodo en los alimentos comunes. La singular contribución del galardonado fue la de ser un líder en la aplicación de los resultados científicos, de forma que pudiera llegar a la población en general.

Hace casi 40 años, cuando el Dr. Fierro Benítez empezó su trabajo, el método de administración de yodo más comúnmente utilizado en los países desarrollados era la yodación de la sal. Aunque no se trataba de un agregado caro al costo de producción, hubo tal resistencia que la yodación no se aplicó en América Latina adecuadamente para que llegara a todas las personas. El Dr. Fierro Benítez y sus colegas no se conformaron



con esperar que el éxito definitivo de la campaña para agregar yodo a la sal llegara por sí solo. Con la colaboración de sus colegas, llevó a cabo el primer estudio demostrando, en forma ingeniosa, el beneficio de usar aceite para la administración del yodo. Este paso probablemente salvó a una generación entera de los países, porque de otro modo no habrían recibido los beneficios de la administración de suplementos de yodo.

Desde el principio, el Dr. Fierro Benítez no estuvo dispuesto a trabajar únicamente desde un escritorio; se fue al campo y visitó los pueblos más remotos y los hogares pobres para ver los problemas. Uno de sus colegas y líderes en la lucha contra el bocio y el cretinismo, el Profesor John Stanbury, de la Universidad de Harvard, describió con palabras muy vívidas el celo y la energía constantes que caracterizaron al Dr. Fierro Benítez mientras le demostraba los métodos usados para llegar hasta pueblos aislados de los altos páramos de Ecuador. Fue esa atención a los detalles y al contacto directo con las personas lo que le condujo a su éxito final, y aún hoy día el Dr. Fierro Benítez no se ha conformado con descansar mirando sus logros pasados. En la medida en que los conocimientos de los defectos causados por la deficiencia en la dieta de hierro y vitamina A han aumentado, el Dr. Fierro Benítez se dedicó a iniciar un programa nacional que ya está atacando con éxito este problema.

Después de terminar su educación básica en su país natal, Ecuador, el galardonado recibió el título de médico y los de otros estudios avanzados y pasó a ser miembro del profesorado de la Universidad Central del Ecuador y de otras instituciones. Cuando su trabajo se centró más en la carencia de yodo, pasó varias temporadas en la Universidad de

Harvard y en otros centros médicos. Durante esos años siempre encontró tiempo para hacer amplias contribuciones a la bibliografía científica.

En otra dimensión, el Dr. Fierro Benítez desempeñó varios cargos importantes de acción directa, como el de Ministro de Salud de su país de 1976 a 1979. Sus contribuciones se han reconocido ampliamente y le han hecho merecedor de premios tan distinguidos como el del mérito científico del Instituto Benjamín Franklin de Filadelfia y el del desempeño destacado que otorga el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo.

*El Presidente hace entrega del Premio Abraham Horwitz, 1999,  
al Dr. Rodrigo Fierro Benítez.  
The President presented the Abraham Horwitz Award for Inter-American  
Health, 1999, to Dr. Rodrigo Fierro Benítez.*

El Dr. FIERRO BENÍTEZ dice que la Fundación Panamericana de la Salud y Educación le ha honrado al concederle el Premio Abraham Horwitz del presente año. Entre quienes recibieron tal distinción en años pasados, se hallan ilustres científicos como Fernando Monckeberg y Roberto Caldeyro-Barcia.

Por el lado materno, forma parte de una familia campesina de la provincia del Tungurahua, en los Andes ecuatorianos. Desde niño fue acumulando impresiones sobre las condiciones en que se debatía la existencia del labriego de su comarca. Los bocios monstruosos y los casos de deficiencia mental profunda que veía golpeaban como verdaderos puñetazos su embrionaria vocación de médico y de investigador. Es la razón,

se asegura a sí mismo, de haber optado por la endocrinología. Sobre esa base, fue decisiva en su formación la ejemplaridad de sus dos maestros: el español Don Gregorio Marañón y el norteamericano Profesor John B. Stanbury; del primero su humanismo, del segundo sus rigores metodológicos.

A poco de retornar a su país fue llamado por la Escuela Politécnica Nacional para que dirigiera un Departamento de Aplicaciones Biomédicas del Instituto de Ciencias Nucleares de reciente creación. Poco tiempo después fue el primer titular de la Cátedra de Endocrinología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central.

Con recursos limitadísimos y sin tecnologías de punta iniciaron sus investigaciones sobre lo que hoy se conoce como desórdenes por deficiencia de yodo (DDY), de los cuales apenas se habían identificado el bocio endémico y el cretinismo endémico, este último sin definición precisa al inicio de los años sesenta.

Uno de los días más gloriosos que recuerda fue uno de 1962: el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos le comunicó que un proyecto de investigación que habían presentado les había sido aprobado para su financiamiento. Fue su primer “grant”, y los dólares comenzaron a lloverles. Igual respuesta tuvieron de otras instituciones, como la OPS/OMS, durante más de 30 años ininterrumpidos.

Pese a que ya se conocían los efectos devastadores de la deficiencia de yodo, en la mayoría de los países afectados no se daba la voluntad política que requerían los programas nacionales de yodación de la sal. Infructuosos resultaban los esfuerzos de las

comunidades médicas locales y de las agencias internacionales relacionadas con la salud pública.

El estado de postración biológica al que habían llegado las grandes masas campesinas de Bolivia, Ecuador y Perú, al que los DDY contribuían en gran medida, no se compadecía con su pasado prehispánico. En el caso concreto de Ecuador, el conocimiento empírico llevó al serrano prehispánico a preferir y consumir las sales provenientes de “las salinas yodíferas de los Andes”, como las denominó Boussingault a comienzos del siglo pasado. Pocos años antes, el yodo había sido identificado y ya se sabía de sus propiedades curativas de los bocios. Al uso continuo de esta sal deben los habitantes de la provincia de los Pastos el privilegio de carecer del coto, según opinión precisa del mismo Boussingault.

Pese a todos los argumentos y motivaciones, numerosos países de todos los continentes no implementaban programas de yodación de la sal. Ante tal situación, y como un método alternativo, en febrero de 1996 fueron los primeros en corregir la carencia de yodo por medio del aceite yodado de depósito a escala comunitaria. Sus resultados fueron avalados por la OMS y aquel método fue utilizado en numerosos países de África, América y Asia.

En 1984 el Gobierno ecuatoriano decidió iniciar el programa de control de los DDY por medio de la yodación de la sal como política de Estado. Hoy día, algo más del 95% de la sal que se consume contiene niveles apropiados de yodo y un porcentaje

similar de la población la consume. Los DDY van desapareciendo de la patología nacional.

Tales resultados los llevaron a la certidumbre de que habían escogido el cambio correcto. En un país como el suyo, al igual que en casi todos los del Tercer Mundo, lo posible era lo mejor. Pudieron haberse empeñado también en organizar un programa nacional de tamización (screening) del hipotiroidismo neonatal, más prevalente en las poblaciones con deficiencia de yodo. Dicho programa requiere un sistema de servicios de salud altamente estructurado, eficiente y que cubra el territorio nacional; es un objetivo a largo plazo que requerirá transformaciones profundas.

Yodar la sal era lo posible. Por esa ruta trajinaron, sabiendo bien que corregir la malnutrición calórico-energética era lo más importante; sin embargo, ello exigía que se produjeran transformaciones sociales, políticas y económicas, que algún día tendrán lugar. Entre tanto, lo que les correspondía era hacer lo posible. Es lo que también hicieron para corregir las deficiencias alimentarias en hierro y vitamina A. En Ecuador, altos porcentajes de mujeres embarazadas y niños menores de dos años presentaban anemia alimentaria. En las áreas más empobrecidas la deficiencia de vitamina A era una realidad. En el país se habían hecho estudios que no admitían dudas—se trataba de dos graves problemas de la salud pública. En 1995, se dio la voluntad política para controlarlos. Para tal propósito, se contaba con recursos provenientes de un préstamo del Banco Mundial que no habían sido utilizados. El Ministro de Salud de entonces, Dr. Alfredo Palacio, vino a solicitarle que se hiciera cargo de la dirección del Comité

Nacional de Micronutrientes, que iba a crearse. Tal comité sería el responsable de que se continuara apropiadamente el programa de control de los DDY e iniciaran los relacionados con el hierro y la vitamina A. Se dio por aludido y aceptó un desafío que valía la pena. Abandonó algunas de sus actividades habituales y puso manos a la obra contando con el máximo apoyo político que le ofrecía el Ministro Palacio.

Para cuando se hizo cargo de la dirección de aquel comité, contaba con un proyecto que tenían que convertir en un programa concreto. El Ministerio de Salud contaba además con un grupo de especialistas de alto nivel. Por otra parte, bioquímicos del Ministerio de Salud y de la Universidad Central habían montado, entre otras técnicas de laboratorio de relativa complejidad, las determinaciones de retinol.

El Comité Nacional de Micronutrientes se constituyó en un verdadero equipo de trabajo que actuaba como tal, pues se habían puesto de acuerdo en ciertos extremos. Ya no cabían más diagnósticos en los que se empeñaban algunos funcionarios del Ministerio de Salud y una de las agencias internacionales. Los conocimientos que tenían sobre el hierro y la vitamina A eran suficientes para pasar a la acción con criterios propios cuando fuera el caso. Se hallaban familiarizados con los trabajos de campo y los asuntos relacionados con la comunicación no revestían mayores complejidades.

Hoy en Ecuador la corrección de las deficiencias de micronutrientes es una política de Estado. Cuentan con sal yodada y fluorada y con harina de trigo enriquecida con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B. La suplementación de hierro y vitamina A es una práctica corriente en las unidades operativas del Ministerio de Salud y

de otras organizaciones. La monitorización y la evaluación de los programas se realizan con regularidad.

En materia de nutrición, cree que en su país se ha hecho lo mejor, lo que es posible. Ha contribuido a ello. Debe, pues, estar agradecido a la vida; sus sueños se hicieron realidad en la medida de lo posible.

*Se levanta la reunión a las 6.00 p.m.*  
*The meeting rose at 6:00 p.m.*