



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



41.^{er} CONSEJO DIRECTIVO 51.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

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

SÉPTIMA REUNIÓN SEVENTH MEETING

Jueves, 30 de septiembre de 1999, a las 9.00 a.m.
Thursday, 30 September 1999, at 9:00 a.m.

Presidente:

President:

Dra. Carmen Feliciano de Melecio

Puerto Rico

Contenido

Contents

Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación
Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption

*Punto 3.1: Propuesta de modificación de la Constitución de la Organización
Panamericana de la Salud*

*Item 3.1: Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health
Organization*

CONTENIDO (cont.)

CONTENTS (cont.)

Consideración de los proyectos de resolución pendiente de aprobación (cont.)

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption (cont.)

Punto 4.4: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

Item 4.4: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas

Punto 4.5: Vacunas e inmunización

Item 4.5: Vaccines and Immunization

Punto 4.7: Contaminantes orgánicos persistentes

Item 4.7: Persistent Organic Pollutants

Punto 4.8: Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas

Item 4.8: Strengthening Blood Banks in the Region of the Americas

Punto 4.9: Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud

Item 4.9: Monitoring and Evaluation of the Health Sector Reform Processes

CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTES DE APROBACIÓN
CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION

Punto 3.1: Propuestas de modificaciones a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

Item 3.1: Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/1):

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD41/3, “Propuesta de modificación de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud en relación con el mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana”;

Tomando nota de las acciones del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud destinadas a modificar el Artículo 48 del Reglamento Interno del Consejo para estipular que el nombramiento de un Director Regional tenga una duración de cinco años y que la persona solo pueda reelegirse una vez, así como de su solicitud de que la Organización Panamericana de la Salud considere modificar su Constitución a objeto de establecer las mismas normas para el nombramiento del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos también se elige para un período quinquenal y no puede reelegirse más de una vez;

Considerando la importancia que tiene para la Organización que la Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre el mismo año en que se conmemora el 100.º aniversario de la Organización Panamericana de la Salud, es decir, en 2002, y

Enterada de las disposiciones para modificar la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Modificar los Artículos 7.A y 21.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud de la siguiente forma:

"Artículo 7.A. La Conferencia se reunirá cada cinco años en la Sede de la Organización, en la fecha fijada por el Director de la Oficina en consulta con el Comité Ejecutivo".

"Artículo 21.A. La Oficina tendrá un Director, elegido en la Conferencia, por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización. El Director ocupará el cargo por un período de cinco años y no podrá reelegirse más de una vez. En caso de que, antes de expirar su mandato, no sea elegido su sucesor, el Director continuará en el desempeño de sus funciones hasta que su sucesor tome posesión. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Director Adjunto asumirá sus obligaciones hasta la próxima reunión del Consejo en la que se elegirá un Director Interino por el voto de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes".

2. Establecer como fecha de entrada en vigencia de estas modificaciones, la fecha de la inauguración de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en 2002.
3. Determinar que estas modificaciones no se aplicarán al Director actual.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed Document CD41/3, "Proposal to Amend the Constitution of the Pan American Health Organization in relation to the Term of Office of the Director of the Pan American Sanitary Bureau";

Noting the action of the Executive Board of the World Health Organization to amend Rule 48 of the Rules of Procedure of the Board to provide that the appointment of a Regional Director shall be for five years and he or she will be eligible for reappointment once only, and its request that the Pan American Health Organization consider an amendment to its Constitution to establish the same rules for the appointment of the Director of the Pan American Sanitary Bureau;

Bearing in mind that the Secretary General of the Organization of American States is also elected for a five-year term and may not be reelected more than once;

Taking into consideration the importance to the Organization of the Pan American Sanitary Conference being held in the 100th anniversary year of the Pan American Health Organization, that is, in 2002; and

Aware of the provisions for amending the Constitution of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To amend Articles 7.A and 21.A of the Constitution of the Pan American Health Organization to read as follows:

“Article 7.A. The Conference shall meet every five years at the Headquarters of the Organization on a date fixed by the Director of the Bureau in consultation with the Executive Committee.”

“Article 21.A. The Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization. The Director shall hold office for a period of five years, and may not be reelected more than once. In the event that the successor to the Director has not been elected prior to the expiration of the Director’s term of office, the Director shall continue to serve until the successor takes office. In the event of the resignation, incapacity, or death of the Director, the Deputy Director shall assume the duties of the Director until the next meeting of the Council. The Council shall then elect a Director ad interim by a majority vote of the Governments present and voting.”

2. To establish the effective date of the amendments as the opening date of the 26th Pan American Sanitary Conference in 2002.
3. To determine that the amendments not apply to the incumbent Director.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Punto 4.4: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

Item 4.4: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/2), que incluye las enmiendas propuestas por Brasil y México:

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD41/9);

Teniendo en cuenta las características y las tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en las Américas, que está afectando a un número cada vez mayor de hombres jóvenes, mujeres y niños vulnerables;

Enterado de la asociación conocida e importante de la transmisión del VIH y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, y

Reconociendo los esfuerzos desplegados, los conocimientos especializados y la experiencia obtenidos a lo largo de los 15 últimos años por los programas nacionales contra el SIDA y las infecciones de transmisión sexual con respecto a la prevención de la transmisión sexual, hematogena y perinatal del VIH en la Región,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que amplíen aun más la respuesta nacional contra el VIH/SIDA procurando una participación más activa de las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, las personas que viven con VIH/SIDA, organizaciones religiosas y otros grupos de la comunidad;
 - b) a que sigan fortaleciendo la capacidad regional en materia de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la causada por el VIH, especialmente en las áreas de diagnóstico de laboratorio, adquisición de medicamentos, vigilancia epidemiológica y atención y manejo de pacientes;
 - c) a que presten atención especial a la transmisión sexual y perinatal del VIH y la prevención y el control de otras infecciones de transmisión sexual mediante la adopción o adaptación de normas y protocolos mundiales y regionales;

- d) a que mantengan los logros alcanzados en el último decenio en cuanto a la prevención de la transmisión hematológica del VIH y otros agentes patógenos mediante el adiestramiento constante del personal sanitario, una información y educación más amplia del público, y la aplicación de la garantía de la calidad en los laboratorios y bancos de sangre;
- e) a que elaboren y apliquen protocolos nacionales para proporcionar atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA, teniendo en consideración normas de calidad, eficiencia y equidad que permitan mejorar la calidad de la vida de las personas afectadas por la epidemia;
- f) a que lleven a cabo actividades integradas para prevenir, tratar y reducir los daños causados a la salud por el uso de drogas, las inyectables en particular, como enfoque importante para reducir la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual;
- g) a que den énfasis a la importancia de contar con un Grupo Temático de las Naciones Unidas para ampliar, apoyar y fortalecer la respuesta nacional al VIH/SIDA, de acuerdo a las prioridades nacionales establecidas por cada país;
- h) a que promuevan el establecimiento de redes y mecanismos de cooperación binacionales, multilaterales, Sur-Sur o regionales en el área de VIH/SIDA, particularmente en contextos con gran movilidad poblacional, que permitan desarrollar proyectos regionales para la prevención del VIH/SIDA en estas poblaciones.

2. Solicitar al Director:

- a) que mantenga informados a los Estados Miembros acerca de los acontecimientos que sucedan con relación a los mecanismos regionales para la adquisición de medicamentos antirretrovíricos a fin de proporcionar una atención médica equitativa, apropiada y eficaz a las personas con VIH/SIDA y de prevenir la transmisión de madre a hijo;
- b) que siga fortaleciendo la capacidad técnica del sector de la salud mediante la formación de alianzas con asociaciones profesionales nacionales y regionales, así como instituciones académicas y de investigación y organizaciones no gubernamentales relevantes, sin dejar de preservar y acrecentar la capacidad técnica nacional con que cuentan los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social y otras instituciones que prestan servicios de salud.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the report on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas (Document CD41/9);

Taking into account the characteristics and trends of the HIV/AIDS epidemic in the Americas, which is affecting larger numbers of vulnerable young men, women, and children;

Cognizant of the well-known and important association of HIV transmission and the presence of other sexually transmitted infections; and

Recognizing the efforts, expertise, and experience developed throughout the last 15 years by the national AIDS/STD programs in preventing the sexual, bloodborne, and perinatal transmission of HIV in the Region,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) further expand the national response against HIV/AIDS by actively engaging non-governmental organizations, the private sector, persons living with HIV/AIDS, religious organizations, and other community groups;
 - (b) continue to strengthen the Regional capacity for the prevention and control of sexually transmitted infections, specifically that caused by HIV, especially in the areas of laboratory diagnosis, drug procurement, epidemiological surveillance, and patient care and management;
 - (c) put special emphasis on the sexual and perinatal transmission of HIV and the prevention and control of other sexually transmitted infections through the adoption and/or adaptation of global and regional guidelines and protocols;
 - (d) maintain the gains obtained in the last decade in the prevention of the bloodborne transmission of HIV and other pathogens through ongoing training of health personnel, broader public information and education, and implementation of quality assurance in laboratories and blood banks;
 - (e) develop and implement national protocols for providing comprehensive care to people living with HIV/AIDS, taking into consideration standards of quality,

- efficiency and equity that ensure improvement in the quality of life of those affected by the epidemic;
- (f) undertake integrated actions for the prevention, treatment, and mitigation of the harm to health caused by drug abuse, particularly intravenous drug abuse, as an important approach for reducing HIV and other sexually transmitted infections;
 - (g) emphasize the importance of having an expanded United Nations Theme Group to support and strengthen the national response to HIV/AIDS, in keeping with the national priorities set by each country;
 - (h) promote the establishment of binational, multilateral, South-South, or regional networks and mechanisms for cooperation on HIV/AIDS, particularly in contexts characterized by great population mobility, to permit the development of regional projects for the prevention of HIV/AIDS in these populations.
2. To request that the Director:
- (a) keep Member States informed about developments in regional mechanisms for antiretroviral drug procurement to ensure equitable, appropriate and effective medical care of people with HIV/AIDS, and to prevent mother-to-child transmission;
 - (b) continue to strengthen the technical capacity of the health sector by forming alliances with national and regional professional associations, academic and research institutions and relevant nongovernmental organizations, while preserving and increasing the national expertise available in the ministries of health, social security institutions and other agencies that provide health services.

La PRESIDENTA pregunta si hay algún comentario.

El Delegado de CHILE afirma que su Delegación está de acuerdo con el contenido del proyecto de resolución pero sugiere que todos los países, ya que están presentes, entreguen un mandato a la OPS para que ésta negocie con los laboratorios farmacéuticos el precio de los medicamentos, especialmente los antirretrovíricos.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that his Delegation did not support the inclusion of the proposal made by the Chilean Delegate.

La PRESIDENTA dice que las observaciones quedarán reflejadas en el acta.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Punto 4.5: Vacunas e inmunización

Item 4.5: Vaccines and Immunization

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/3), con la enmienda propuesta por Brasil:

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CD41/10) sobre vacunas e inmunización;

Observando con satisfacción que se están introduciendo vacunas nuevas en los programas nacionales y consciente de que el advenimiento de vacunas nuevas y mejoradas aportará al sector de la salud nuevas herramientas para mejorar la salud de la población de las Américas;

Teniendo en cuenta que la sostenibilidad de los programas de inmunización y la introducción de vacunas nuevas exigirá contar ininterrumpidamente con recursos financieros considerables;

Consciente de que el proceso de reforma del sector de la salud tiene que llevarse a cabo de tal manera que se fortalezca la ejecución de todas las intervenciones sanitarias, y

Reconociendo que para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis y lograr la meta de la erradicación del sarampión en el año 2000 será necesario emprender esfuerzos extraordinarios,

RESUELVE:

1. Elogiar a todos los países por la prioridad que han otorgado a los programas de inmunización y a la introducción de las vacunas nuevas en el uso corriente.
2. Agradecer a todos los organismos asociados que están colaborando con el programa a nivel regional y de país, en especial a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, al Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional y a la Agencia Española de Cooperación Internacional, y acoger con beneplácito el apoyo recibido recientemente de la March of Dimes y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos para la erradicación del sarampión.
3. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que pongan de relieve la necesidad de mantener la calidad y la eficacia de los programas nacionales de inmunización y la vigilancia de enfermedades en el proceso de reforma del sector de la salud;
 - b) a que velen por que las estrategias de inmunización y las actividades de vigilancia previstas para la erradicación de sarampión se pongan en práctica cabalmente;
 - c) a que procuren que se cuente con los recursos necesarios para sostener los programas de inmunización, en especial para el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, así como para el uso de vacunas de calidad y la introducción de otras nuevas, cuando así lo exija la carga de morbilidad.
4. Solicitar al Director:
 - a) que continúe las actividades tendientes a obtener los recursos humanos y financieros necesarios para lograr los objetivos del programa de vacunas e inmunización y la erradicación del sarampión en el año 2000;
 - b) que comparta con otras regiones del mundo los métodos aplicados y la experiencia lograda en la Región de las Américas en la prestación de cooperación técnica para el control y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación;

- c) que señale a los Representantes de la OPS/OMS en la Región la necesidad de estimular iniciativas bilaterales y trilaterales, según fuera el caso, con miras al planeamiento y la ejecución de actividades de vacunación en las zonas fronterizas.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having considered the progress report by the Director on vaccines and immunization (Document CD41/10);

Taking into account that countries' immunization programs have had a tremendous impact on disease control and eradication throughout the Americas and that transmission of measles is on the verge of being interrupted;

Noting with satisfaction that new vaccines are being introduced in national programs and cognizant that the advent of new and improved vaccines will give the health sector new tools for improving the health of the population of the Americas;

Realizing that the sustainability of immunization programs and the introduction of new vaccines will require the continued availability of significant financial resources;

Aware that the process of health sector reform has to be conducted in a way that strengthens the delivery of all health interventions; and

Recognizing that maintaining the Region of the Americas polio free and achieving the target of measles eradication by the year 2000 will require extraordinary efforts,

RESOLVES:

1. To commend all countries for the priority that has been accorded to immunization programs and to the introduction of new vaccines into routine use.
2. To thank all partner agencies that are collaborating with the program at the regional and country level, including the United States Agency for International Development, the Canadian International Development Agency, and the Agencia Española de Cooperación Internacional, and to welcome the support received recently from the March of Dimes and the United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for the eradication of measles.
3. To urge Member States to:

- (a) emphasize that the quality and effectiveness of national immunization programs and disease surveillance be maintained in the process of health sector reform;
 - (b) ensure that immunization strategies and surveillance activities outlined for measles eradication are fully implemented;
 - (c) ensure that resources are made available for sustaining immunization programs, including the maintenance of polio eradication and the use of quality vaccines and the introduction of new ones, whenever warranted by the disease burden.
4. To request that the Director:
- (a) continue his efforts to secure the human and financial resources needed to achieve the objectives of the vaccine and immunization program and the eradication of measles by the year 2000;
 - (b) share with other regions of the world the practices and experiences gained in the Region of the Americas in the delivery of technical cooperation for the control and eradication of vaccine-preventable diseases;
 - (c) indicate to the PAHO/WHO Representatives in the Region the need to promote bilateral and trilateral initiatives, as the case may be, with a view to planning and implementing vaccination activities in border areas.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Punto 4.7: Contaminantes orgánicos persistentes

Item 4.7: Persistent Organic Pollutants

La RELATORA presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/4), con la enmienda propuesta por Canadá:

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre los contaminantes orgánicos persistentes, en especial la propuesta para colaborar con los Estados Miembros en sus

esfuerzos encaminados a lograr el manejo seguro, la disminución y la eliminación de dichos contaminantes, y

Recordando la resolución WHA50.13 de la Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1997) sobre el fomento de la seguridad química, con atención especial a los contaminantes orgánicos persistentes, mediante la cual se insta a los organismos nacionales de salud a que participen en el manejo seguro de esos contaminantes; y teniendo presente además la resolución CSP23.R11 de la 23.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, relativa al establecimiento del Programa Regional de Seguridad de las Sustancias Químicas,

RESUELVE:

1. Apoyar la iniciativa para ayudar a los Estados Miembros a abordar los problemas asociados con los contaminantes orgánicos persistentes en el medio ambiente, especialmente en cuanto a sus efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente.
2. Exhortar a los Estados Miembros:
 - a) a que velen por que el uso del DDT sea autorizado por los gobiernos solamente para finalidades de salud pública y por que, en esos casos, su uso se limite a programas autorizados por el gobierno que adopten un enfoque integrado y que se tomen medidas estrictas para garantizar que no haya ninguna desviación del DDT hacia entidades en el sector privado;
 - b) a que tomen medidas para reducir el uso de insecticidas en las actividades de control de las enfermedades transmitidas por vectores, mediante la promoción de enfoques de manejo integrado de las plagas;
 - c) a que identifiquen los usos y las existencias de contaminantes orgánicos persistentes, en particular del DDT, determinen las necesidades esenciales para el control de vectores de enfermedades y elaboren un plan para el uso seguro de estas sustancias con miras a proteger la salud humana y el medio ambiente;
 - d) a que conciban y apliquen los enfoques apropiados, de acuerdo con la situación epidemiológica particular en cada país, al control de enfermedades transmitidas por vectores, incluyendo la realización de estudios de eficacia en función de los costos y la aplicación de las normas publicadas por la OMS;
 - e) a que apoyen los esfuerzos de la OPS —especialmente los Estados Miembros que cuentan con experiencia y tecnología apropiadas— con recursos técnicos y

financieros para promover y efectuar evaluaciones, especialmente de los grupos de población más afectados en América Latina y el Caribe, sobre los efectos que a largo plazo tienen los contaminantes orgánicos persistentes sobre la salud humana.

3. Recomendar al Director:
 - a) que incorpore en el sistema de información de REPIDISCA del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), información técnica y científica sobre los contaminantes orgánicos persistentes, prestando atención especial a los efectos sobre la salud humana, incluida la recopilación de información sobre las concentraciones actuales de contaminantes orgánicos persistentes en la sangre humana con objeto de identificar las poblaciones en mayor riesgo, y difunda dicha información a los Estados Miembros;
 - b) que tome las medidas necesarias tendientes a reforzar la capacidad de la OPS para formular una estrategia regional de manejo seguro de los contaminantes orgánicos persistentes basada en la evaluación del riesgo que plantean estas sustancias, prestando atención especial al DDT, y a la aplicación de las normas de la OMS para el control de los vectores de enfermedades;
 - c) que coopere con los ministerios de salud y del ambiente en sus esfuerzos para identificar, caracterizar, evaluar, vigilar, controlar y eliminar gradualmente los contaminantes orgánicos persistentes que pueden tener efectos adversos sobre la salud humana;
 - d) que, con la cooperación de los Estados Miembros que ya han logrado avances considerables en esta materia, organice y mantenga una base de datos regional de los indicadores de salud y el medio ambiente relativos a los contaminantes orgánicos persistentes, y la amplíe para incorporar a otros Estados Miembros;
 - e) que estimule la cooperación interpaíses, en particular para hacer frente a los problemas de la salud y el medio ambiente derivados de los contaminantes orgánicos persistentes.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on persistent organic pollutants (Document CD41/12), including the proposal to assist Member States in their efforts towards their safe management, decrease, and elimination; and

Recalling Resolution WHA50.13 of the World Health Assembly (May 1997) on the promotion of chemical safety, with special attention to persistent organic pollutants, in which participation of national health agencies is encouraged for their safe management, as well as Resolution CSP23.R11 of the 23rd Pan American Sanitary Conference concerning the establishment of the Regional Program on Chemical Safety,

RESOLVES:

1. To endorse the initiative to assist Member States to deal with the problems associated with persistent organic pollutants in the environment, especially in relation to the negative effects on health and the environment.
2. To call upon Member States to:
 - (a) ensure that the use of DDT is authorized by governments for public health purposes only, and that, in those instances, such use is limited to government-authorized programs that take an integrated approach, and that strong steps are taken to ensure that there is no diversion of DDT to entities in the private sector;
 - (b) take steps to reduce reliance on insecticides for the control of vectorborne diseases through promotion of integrated pest management approaches;
 - (c) identify existing uses and stockpiles of persistent organic pollutants, particularly of DDT, determine essential needs for the control of disease vectors, and elaborate a plan for their safe use in the protection of human health and the environment;
 - (d) develop and apply appropriate alternatives, in accord with the particular epidemiological situation in the respective countries, to control vector-transmitted diseases, including cost effectiveness studies and following published WHO guidelines;
 - (e) support PAHO efforts—especially those Member States with experience and appropriate technology—with technical and financial resources to promote and conduct evaluations of the long-term effects of persistent organic pollutants on human health, especially of the most affected population groups in Latin American and the Caribbean.
3. To recommend that the Director:
 - (a) incorporate in the REPIDISCA information system of the PAHO Center for Sanitary Engineering and Environmental Services (CEPIS), technical and

- scientific information on persistent organic pollutants, giving special attention to the effects on human health, including gathering information on current levels of persistent organic pollutants in human blood to identify populations at greatest risk, and to disseminate such information to Member States;
- (b) take the necessary steps to reinforce PAHO's capacity to develop a regional safe management strategy for persistent organic pollutants based on the assessment of risk of these substances, giving particular attention to DDT, and including application of the WHO guidelines for the control of disease vectors;
 - (c) cooperate with ministries of health and environment in their efforts to identify, characterize, evaluate, monitor, control and gradually eliminate persistent organic pollutants that may have adverse effects on human health;
 - (d) organize and maintain a Regional database of indicators of health and environment related to persistent organic pollutants, with the cooperation of Member States which have already made significant progress in the field, and to expand it to incorporate other Member States;
 - (e) stimulate intercountry cooperation, particularly for the tackling of problems of health and environment associated with persistent organic pollutants.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

**PUNTO 4.8: FORTALECIMIENTO DE LOS BANCOS DE SANGRE EN LA
REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

**ITEM 4.8: STRENGTHENING BLOOD BANKS IN THE REGION OF THE
AMERICAS**

La PRESIDENTA llama la atención del Consejo al documento CD41/13 y pide al Representante del Comité Ejecutivo que dé su informe sobre el fortalecimiento de los bancos de sangre.

El representante del COMITÉ EJECUTIVO señala que este punto fue tratado por el Comité en su 124.^a sesión y éste encontró que el documento correspondiente reflejaba fielmente la situación de los bancos de sangre en la Región. El Comité también encontró apropiada la estrategia de la OPS y sus actividades de cooperación en este campo y subrayó la función vital de los bancos de sangre en los sistemas nacionales de salud y en el marco de las iniciativas regionales dirigidas a eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública.

El Comité hizo hincapié en la función de los ministros de salud de regular la obtención, el tamizaje y el procesamiento de la sangre, así como el uso apropiado de la misma y de los productos sanguíneos. Alentó a la OPS a seguir apoyando la formulación de leyes y normas uniformadas en toda la Región para la selección de donantes y la obtención y el tamizaje de la sangre. Determinó como tareas fundamentales de la OPS la difusión de información actualizada sobre la transmisión de enfermedades infecciosas y nuevas tecnologías, la educación en materia de salud, especialmente en lo concerniente a la donación voluntaria de sangre, y la movilización y promoción de la donación voluntaria en la comunidad.

El Comité recomendó que el Consejo Directivo apruebe una resolución que inste a los Estados Miembros a fortalecer las políticas e infraestructuras nacionales para mejorar el manejo de los bancos de sangre, estimular la donación de sangre voluntaria y velar por la inocuidad de la sangre donada.

La PRESIDENTA invita al Dr. José Ramiro Cruz, Asesor Regional del Programa de Servicios de Laboratorio y Bancos de Sangre, a hacer una exposición sobre el fortalecimiento de los bancos de sangre.

El Dr. CRUZ (OPS) hace alusión al documento CD41/13 y explica que el uso apropiado de los componentes sanguíneos se basa en la disponibilidad de productos seguros para problemas médicos que no pueden tratarse por otros medios. Ello a su vez implica reclutar, seleccionar, educar y retener a los donantes, someter las unidades de sangre a pruebas inmunohematológicas y detectoras de marcadores de infección, separar la sangre en sus componentes y almacenarla adecuadamente antes de liberarla para su uso. Todo ello debe hacerse bajo estrictos sistemas de seguridad para proteger al donante, al personal de los bancos de sangre y al paciente que recibe la sangre o sus componentes.

Añade que la situación de los bancos de sangre en las Américas no es uniforme. Los países del Caribe, con pocas excepciones, tienen un solo banco de sangre, mientras que países como Brasil, Colombia y México cuentan con centenares y hasta miles de bancos. Tales cifras reflejan el número de donaciones que se hacen en cada país. Esto es importante porque la carga de trabajo de los bancos afecta a la eficiencia de su labor. En promedio, el número de unidades de sangre que cada banco procesa anualmente oscila entre 58.000 en países como Canadá, 16.000 en países como Cuba y los Estados Unidos de América y unos pocos centenares en algunos países. El alto número de bancos de sangre dificulta la implantación de sistemas para la garantía de la calidad.

En cuanto a la relación que existe entre la eficiencia de los bancos de sangre y el porcentaje de la sangre donada voluntariamente en cada país, el orador cita como ejemplos a Aruba, Canadá, Cuba, Curaçao y Estados Unidos de América, donde 100% de la sangre se dona voluntariamente, pero añadió que en algunos países este porcentaje solo asciende a 10. A continuación describe la alarmante situación de la donación remunerada, que en algunos países constituye hasta 25%, y la de los donantes de reposición (aportados por los parientes del enfermo), por tratarse de prácticas que obstaculizan la donación voluntaria. Señala los casos de Ecuador y Jamaica como ejemplos de la gran variabilidad en la capacidad de los servicios de atraer donantes de sangre, incluso dentro de un mismo país o una misma ciudad, muchas veces debido a la facilidad o dificultad del acceso a los centros de recolección.

Seguidamente describe cómo el porcentaje de donaciones involuntarias repercute en la frecuencia con la que se encuentran en la sangre donada marcadores de enfermedades, tales como las hepatitis B y C y la infección por el VIH. Mientras más alto el porcentaje de donantes de reposición, más alta la frecuencia de estos marcadores. En los países del Caribe, 64% de las unidades de sangre no se someten a pruebas detectoras del virus de la hepatitis C. En América Latina, esto sucede en más de un millón de unidades anuales. Alrededor de 20.000 casos de la hepatitis C se asocian con transfusiones sanguíneas. En el caso de los VIH 1 y 2, todavía existen nueve países en la Región que no efectúan pruebas de tamizaje en la totalidad de las unidades de sangre colectadas, y en el caso del virus de la hepatitis B, el número de países es 10. En resumen,

solo 16 de los 42 países o territorios de la Región llevan a cabo pruebas para detectar la infección por los virus de las hepatitis B y C, los VIH y la sífilis en todas las unidades de sangre.

El Dr. Cruz concluye con la descripción de las metas del plan de acción trazado por la OPS. La primera es conseguir el tamizaje universal, preciso y eficiente de todas las unidades de sangre en todos los países. La segunda es lograr que en cada país 50% de las donaciones sean voluntarias y altruistas, es decir, no remuneradas, meta quizá más fácil de alcanzar gracias a que se escogió el tema de la “sangre segura” para el Día Mundial de la Salud en el año 2000. Alcanzar esta meta exige, no obstante, reorganizar los servicios de bancos de sangre y crear programas de donación, además de las alianzas estratégicas ya formadas por la Organización. Por último, comenta que las actividades para el logro de estas metas tendrán el apoyo de centros colaboradores, del CAREC y de numerosas asociaciones profesionales.

La Delegada de URUGUAY desea añadir algunas cosas al proyecto de resolución planteado. Explica que para su país es importante incluir la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre, como uno de los indicadores del desarrollo humano de la población, y en la garantía de calidad. También manifiesta que la eliminación del comercio de la sangre debe verse reflejada en la calidad de vida de las personas. Reitera el deseo de su país de que prosigan los esfuerzos que se llevan a cabo para establecer los estándares de los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, que merecen traducirse de

manera oportuna en documentos oficiales que sirvan de referencia a las autoridades de los países sin limitar la libertad de acción de las organizaciones nacionales. Sugiere, además, proponer la regulación de la evaluación de la situación en cada país a fin de poder apreciar la situación de la Región en su totalidad en comparación con el resto del mundo.

El Delegado de PUERTO RICO reconoce la calidad del informe sobre los bancos de sangre en la Región, el cual resalta no solo la importancia de tener suficiente sangre y hemoderivados para situaciones clínicas de urgencia, sino también de garantizar su calidad. A continuación describe la estructura de los bancos de sangre en Puerto Rico, que cuenta con tres bancos gubernamentales más dos corporaciones públicas y 40 privadas. Para satisfacer su requisito anual de 100.000 unidades de sangre, el país cuenta con un 60% de sangre donada de forma voluntaria y con 40% de sangre comprada a los Estados Unidos de América. Se aplican a Puerto Rico todas las leyes y normas federales que gobiernan en los Estados Unidos de América el funcionamiento de los laboratorios clínicos y bancos de sangre, así como la obtención, preservación, manufactura, transfusión y control de los productos transfundibles, y el Departamento de Salud de Puerto Rico regula el funcionamiento de los laboratorios mediante las guías de tasación para bancos de sangre estadounidenses. El Departamento de Medicina y la Escuela de Medicina, mediante el Departamento de Medicina de Transfusión, realizan seminarios anuales de educación médica continua para los profesionales de la salud que participan en la transfusión de sangre, lo que ha llevado a una gran disminución de los accidentes y

errores y a una mejor utilización de la sangre y los hemoderivados. Por último, señala que en Puerto Rico todas las unidades de sangre son sometidas a un tamizaje para los virus de las hepatitis B y C y los VIH.

El Delegado de ARGENTINA dice que su país cuenta con una legislación actualizada y con normas de medicina transfusional elaboradas por el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica que, como ya lo señaló anteriormente, es un programa de aplicación obligatorio en todo el sistema de salud público, de la seguridad social y privado. Estas normas son elaboradas en forma conjunta y con la activa participación de todos los que tienen que ver con el acto médico. En este momento hay 93 normas en vigencia y otras 87 que están en etapa avanzada de elaboración y que van a ser aprobadas antes de fin de año. Estas normas establecen todos los requisitos para cada etapa del proceso de transfusión de sangre y han sido muy bien recibidas por los propios participantes. Existe una Comisión Nacional de Sangre, con participación de distintas áreas relacionadas con la seguridad de la sangre, con el fin de proteger no solamente al donante, sino a todos los miembros del equipo de salud que trabajan en los servicios de hemoterapia y en los bancos de sangre, y también a la comunidad a través de una campaña de difusión masiva. Además, se lleva a cabo un intenso trabajo para la fiscalización de los bancos de sangre. Las normas establecen asimismo el control de todos los estudios de laboratorios disponibles actualmente y se van actualizando. El

objetivo es alcanzar el 100% de la sangre a transfundir o de uso en hemoterapia y en transplantes.

Añade que Argentina tiene prohibida por la ley la comercialización de la sangre humana. El éxito de las actividades radica en lograr el consenso y el compromiso por parte de todas las entidades académicas, universitarias y profesionales responsables de los bancos de sangre y servicios de medicina transfusional.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA, stressing the role of health ministries in regulating the blood industry, said that in the United States, the Food and Drug Administration regulated the blood supply. It was advised by a Blood Safety Committee comprised of the Federal Drug Administration (FDA), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the National Institutes of Health (NIH). Screening alone, however, was not enough to provide a safe blood supply, even with 100% coverage of screened blood. There must be continuous updating and strict application of standards for collecting, processing, and storing blood. Ongoing management training, evaluation, equipment validation, training in laboratory procedures, and routine internal and external audits were also essential to prevent risks from blood products. PAHO's role in the development of standards for blood testing and screening was an important one, as was its work with countries to ensure that adequate laws, regulations, and management skills existed to promote safe blood supplies and quality insurance. That included clinical management and judgement as to the appropriate use of blood products. Developing

national and local guidelines for the training of health care providers in the appropriate use of blood would reduce unnecessary transfusions, decrease unnecessary exposure to the risks of blood, and increase the availability of blood for those who needed it. To that end, he would like to offer an amendment to the proposed resolution. In the operative part, under section 1, add: “ensure training of medical providers in appropriate clinical use of blood products.”

Since a safe and adequate blood supply should rely on donations from volunteer, nonremunerated donors, mass education and donor mobilization were important and expensive components of blood safety that required designated resources. PAHO could help in the promotion of voluntary blood donation through the development of appropriate messages and the education of potential donors. Blood banking had become a manufacturing industry and must therefore conform to the highest standards and meet quality control requirements. PAHO’s leadership and technical cooperation could help Member States work towards that goal.

Le Délégué du CANADA accorde extrêmement d’importance aux risques que peut représenter l’approvisionnement en sang et en produits sanguins pour une population. On sait qu’au milieu des années 80, le Canada a connu l’une de ses plus graves crises dans le domaine de la santé publique lorsque des milliers de personnes ont été infectées par le VIH et par le virus de l’hépatite C à cause du sang contaminé. Une commission d’enquête, la Commission Grable, fut chargée de mener une enquête

approfondie sur le système du sang et de nombreux changements ont été introduits pour faire du système d'approvisionnement en sang au Canada l'un des plus sûrs possibles. Le document du Conseil directeur relève avec réalisme les problèmes que doivent affronter les pays pour mettre des réserves de sang sécuritaires à la disposition de leur population.

Pour maintenir son équilibre, le système canadien du sang dépend de plusieurs intervenants, notamment, la structure de réglementation des exploitants du système du sang, les fabricants des produits sanguins, les hôpitaux, sans oublier surtout les donneurs et les patients qui tous doivent collaborer étroitement et harmonieusement pour garantir la sûreté des approvisionnements en sang.

Au Canada le sang et les produits sanguins sont régis en tant que médicament par Santé Canada en vertu de la loi sur les aliments et les drogues. Par cette législation, Santé Canada est responsable, entre autres, de l'examen des produits sanguins à valeur mis en marché, de même que de l'approbation des trousse de dépistage et de l'agrément des établissements. Il est aussi responsable de la vérification de la conformité et de l'inspection des systèmes de transfusion de sang dans les hôpitaux, dans les banques de sang privées et dans les installations de fabricants de produits sanguins. Le Canada se consacre de plus à la surveillance, après la mise en marché, de l'établissement des normes nationales et à la consultation du public. C'est dans ce sens que Santé Canada a créé plusieurs comités consultatifs et groupes de travail dont l'un d'entre eux s'occupe spécifiquement de surveillance et d'épidémiologie dans le domaine de la transfusion.

En juillet 1998, le ministre fédéral de la santé a annoncé la création d'un Conseil national chargé d'émettre des recommandations à propos de la sûreté du sang. Les comptes rendus des réunions de ces différents groupes d'experts sont mis à la disposition du public pour favoriser la transparence dans la prise de décisions, élément important dans les discussions de la commission d'enquête. Des exigences concernant les bonnes pratiques de fabrication ont été établies pour les produits biologiques, dont le sang et les produits sanguins, et des nouveaux règlements sur la plasmaphérèse sont maintenant à l'étape de la révision. Au Québec, un comité sur l'hémovigilance a été mis sur pied pour s'assurer de la sécurité des produits sanguins avec un système de surveillance intégré de veine à veine, du donneur au receveur, qui est actuellement en développement. Le Canada sera en mesure de suivre et d'évaluer les risques et d'intervenir efficacement grâce à des informations qui vont jumeler tout ce qui concerne les donneurs, les processus de fabrication et les receveurs de ces produits.

Le Canada estime que les documents du Conseil directeur insistent avec raison sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses pour dépister l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis, le VIH et le *Trypanosome cruzi* dans les zones endémiques ou déterminer s'il y a des donneurs qui peuvent être à risque. Il est très important que les docteurs de la Région dépistent ces infections de manière à réduire véritablement les risques de l'utilisation des produits sanguins. De plus, la mise en place des programmes nationaux d'approvisionnement basés sur des dons de sang volontaires non rémunérés représente un critère de sécurité très important. Etant donné que d'autres maladies transmissibles

pourraient et vont être probablement identifiées à l'avenir comme facteur de risque les banques du sang, il faut continuer à exercer une très grande vigilance au sujet de ces nouvelles infections.

O Delegado do BRASIL diz que a Delegação Brasileira está plenamente de acordo com o documento apresentado pela OPAS e que as ações do Brasil estão em consonância com a proposta de fortalecimento dos bancos de sangue no continente americano. Salienta ainda que o país recebeu subsídios e apoio inestimável da OPAS nesta área. Em 1980 foi criado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados no Brasil, chamado Pró-Sangue, que eliminou a doação remunerada de sangue e deu início à implementação de uma rede hierarquizada de serviços hemoterápicos públicos, denominada Hemo-Rede, constituída de unidades de graus variados de complexidade e atribuições. Fazem parte desta rede o hemo-centro coordenador, hemo-centros regionais, unidades de coleta e transfusão, agências de transfusão e postos de coleta de sangue. Esta rede é composta por mais de 1.250 unidades, sendo responsável por mais de 60% do sangue coletado e transfundido no país. A estas, somam-se 1.500 unidades privadas complementares à rede pública, totalizando, portanto, mais de 2.700 unidades. No entanto, algumas regiões do país, em virtude de suas características continentais e diversidade socioeconômica, ainda não têm um serviço de qualidade garantida. Por isto, o Ministério da Saúde elegeu a qualidade do sangue como meta prioritária até o ano 2003, tendo criado 12 projetos no país abrangendo a capacitação de recursos humanos, a

infraestruturação física e organizacional da Hemo-Rede, o melhoramento gerencial com a informatização desta rede, a implementação de programas voltados para a acreditação de unidades hemoterápicas, vigilância sanitária e controle de qualidade do sangue, bem como o fornecimento de hemoderivados aos 650 hemofílicos cadastrados na rede pública, com distribuição gratuita de fatores de coagulação 8 e 9. Acredita-se que a consolidação dos projetos envolvidos no Pró-Sangue permitirão o fortalecimento da qualidade dos bancos de sangue brasileiros, garantindo o acesso da população aos mesmos.

Le Délégué de la FRANCE reconnaît l'importance du secteur de la transfusion sanguine dans un système de santé et indique que la pression subie en France par le système de transfusion sanguine dans les différents procès en demande d'indemnisation par la contamination par le VIH a montré que ledit système était au même niveau des autres pays européens. Les procès ont eu au moins le mérite de pousser à une analyse et une réforme profondes de la transfusion sanguine en France. Ces demandes de changement ont permis d'analyser les étapes qui se révélaient tout à fait importantes pour la mise en place d'un système de transfusion sanguine efficace.

Il sied d'insister sur l'importance de la législation, de l'aspect réglementaire, de la responsabilité de l'Etat non seulement d'adopter des textes dans ce domaine, mais de veiller à leur application en développant un système d'inspection

Pour ce qui est de la nécessité de la formation de professionnels de santé et tout d'abord des professionnels de la transfusion sanguine, il est tout à fait essentiel de

changer les pratiques en matière de collecte ; les professionnels de santé prescripteurs d'utilisation de produits sanguins et l'utilisation rationnelle de ces produits sanguins permettent de réaliser qu'on peut largement diminuer les besoins en la matière et c'est là un élément fondamental.

Les produits sanguins vont être lancés sur le marché de la santé comme n'importe quel autre produit, et en respectant les règles éthiques y afférentes, il va falloir aussi penser à leur distribution et à leur efficience, c'est-à-dire à étudier leurs coûts réels, même s'ils proviennent de dons gratuits. En conclusion, la France accorde son appui à la résolution proposée avec la modification demandée par les Etats-Unis.

El Delegado de CHILE dice que su país cuenta con un sistema que da garantía razonable de accesibilidad y de transfusiones con una seguridad básica. Sin embargo, en los dos últimos años se ha reconocido la necesidad de otorgar mayores garantías de calidad de los elementos transfundidos, especialmente dados los avances tecnológicos y el aumento de la complejidad de las intervenciones quirúrgicas, como las cardio-cirugías o los trasplantes hepáticos.

Existen actualmente unos 160 bancos de sangre que procesan pequeñas cantidades cada uno. La principal dificultad que existe es la geografía del país, que hace preciso contar con tantos bancos.

La calidad y la seguridad tienen que ir aumentando, por lo que se está tratando de cambiar el sistema de donación, hoy día fundamentalmente de reposición; de cambiar el

sistema de producción de hemoderivados, hoy día demasiado descentralizado; y de inducir un mejor empleo de los productos sanguíneos a través del uso de hemoderivados y de un mejor seguimiento de las transfusiones.

Dice que Chile apoya el proyecto de resolución presentado, y considera que también es importante que el almacenamiento cumpla con las normas técnicas adecuadas de distribución. Apoya asimismo lo planteado por Francia y los Estados Unidos de América.

El Dr. CRUZ (OPS) señala que la mayoría de los comentarios se centran en tres puntos importantes. El primero es la donación voluntaria, que en su opinión debe ser apoyada mediante campañas de educación del público y también del personal de los servicios; para el efecto, las actividades de mercadeo social desempeñan un papel central.

La OPS elaboró recientemente, con ayuda de un grupo de antropólogos, una guía metodológica para hacer estudios socioculturales que permitan diseñar programas educativos y mensajes apropiados para la población de que se trate. Ya se está apoyando a algunos países para que hagan estas investigaciones y obtengan resultados a corto plazo. Por otro lado, con respecto a la normalización o la propuesta de normas, la OPS, en colaboración con la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre y con el apoyo de un grupo especial que utilizó como base el sistema ISO 9000, ha preparado un documento de normas de trabajo para los bancos de sangre que fue presentado a todos los programas nacionales de sangre en una reunión celebrada en Cartagena, Colombia, a finales de

mayo. A partir de esa reunión se propuso formar un grupo mixto de estudio con representación de los países y del comité consultivo especial —la Organización Panamericana de la Salud— que reunió en Washington, D.C. para revisar los estándares. Debido a la representatividad geográfica de los participantes, la segunda revisión de las normas representa un consenso de los programas nacionales. Por otro lado, en colaboración con la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre, el CAREC, y con la participación de colegas de Bahamas, Jamaica y Santa Lucía, se ha producido un documento similar para los países del Caribe de habla inglesa.

En segundo lugar, dice el orador, el uso apropiado de la sangre reviste interés especial para la OPS y esto se puede corroborar en el documento CD41/13. Ahora bien, no existen guías nacionales para el uso de la sangre, y la Organización está pugnando para que se elaboren, aunque cada uno de los servicios médicos tendrá guías diferentes según su nivel de complejidad y el tipo de pacientes que atiende. El funcionario reitera que la OPS, por petición de los propios Estados Miembros, ha dado prioridad a la seguridad hematológica y la donación voluntaria, y luego al uso apropiado de la sangre.

Por último, el Dr. Cruz dice que la OPS está estudiando lo que conviene hacer en el ámbito regional con la información proporcionada por los países. Señala que algunos sistemas nacionales de información aún adolecen de muchas deficiencias, lo cual dificulta tener la información general de la Región; sin embargo y afortunadamente, en los últimos años la situación ha mejorado; por ejemplo, los datos que mencionó en su ponencia sobre prevalencia de marcadores proceden de los países.

The DIRECTOR called attention to the fact that next year the theme of World Health Day would be “Safe Blood,” which would provide an opportunity to strengthen commitment in that area. It was impossible to deal with safe blood and not deal with the problems involved in other disease entities and problems in the services. He acknowledged the support given by such agencies as the International Red Cross.

La PRESIDENTA pide a la Relatora que incorpore los cambios en el proyecto de resolución y que éste se presentará para su ratificación al día siguiente.

PUNTO 4.9: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD
ITEM 4.9: MONITORING AND EVALUATION OF THE HEALTH SECTOR REFORM PROCESS

La PRESIDENTA pide al representante del Comité Ejecutivo que introduce el documento CD41/14 sobre este punto.

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que cuando se trató el tema en la 124.^a sesión del Comité Ejecutivo, se destacó el papel central de la OPS en la elaboración de la metodología para vigilar y evaluar los procesos de reforma en el sector de la salud, así como para armonizar los datos. El Comité opinó que la metodología era una herramienta útil para evaluar la reforma sectorial y alentó a todos los países a aplicarla. No obstante, se observó que la metodología era aún muy nueva y, aunque parecía bien diseñada, era preciso usarla más tiempo para ver si satisfacía las necesidades de los países.

En el Comité se plantearon dudas e inquietudes sobre ciertos aspectos de la metodología, entre ellas si era adecuada la sensibilidad de los indicadores en el corto plazo. Asimismo, se afirmó la necesidad de adaptar la metodología para responder a los procesos de transición de la reforma en los países y facilitar el intercambio de ideas y experiencias en torno a los éxitos y fracasos que han tenido las reformas sectoriales. Siendo tan completa la metodología, el Comité juzgó posible que planteara dificultades en países pequeños con recursos humanos limitados.

El Comité también reafirmó que para mejorar la situación sanitaria de la población, única justificación de la reforma, había que contar con el liderazgo decidido del gobierno y con metas muy claras. De hecho, la reforma del sector de la salud podía ser un arma de doble filo. En algunos países, la descentralización ha tenido consecuencias imprevistas, como la de imponer a las mujeres una sobrecarga como proveedoras de servicios asistenciales y la de reducir la cobertura por vacunación.

El Comité reconoció que los países deben sopesar cuidadosamente los efectos positivos y negativos de la descentralización y de las medidas de reforma sectorial, sobre todo con respecto a las necesidades de los grupos marginados en materia de salud. El Comité recomendó al Consejo Directivo que apruebe una resolución para instar a los Estados Miembros a adoptar la metodología e institucionalizar el seguimiento y la evaluación de sus procesos de reforma del sector.

La PRESIDENTA pide al Dr. Daniel López Acuña que presente su informe sobre el punto.

El Dr. LÓPEZ ACUÑA (OPS) explica que el texto del documento CD41/14 ha sido distribuido entre los delegados junto con un anexo complementario sobre la metodología específica contenida en aquel. Recuerda a los delegados que la primera Cumbre de las Américas emitió el mandato a los países de intensificar sus esfuerzos por emprender reformas sectoriales encaminadas a lograr un acceso equitativo a servicios básicos de salud. Simultáneamente le dio a la OPS el mandato de confeccionar una metodología que habría de aplicarse permanentemente para el seguimiento y la evaluación de estas reformas. A raíz de esa primera Cumbre y simultáneamente con el Consejo Directivo, se celebró en septiembre de 1995 en Washington, D.C una reunión especial sobre la reforma del sector de la salud que permitió explorar los criterios y puntos de vista de los países sobre sus procesos de reforma y establecer a partir de ello una serie de principios rectores que habría que tomar en cuenta en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las reformas. Como consecuencia se logró avanzar en la confección de una iniciativa conjunta entre la OPS y la Agencia de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) iniciada en 1997 y denominada Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, la cual se encamina a apoyar los procesos de reforma sectorial en la Región y especialmente a fortalecer las acciones necesarias para emprender y diseminar el monitoreo y la evaluación de dichos procesos.

En acatamiento del mandato, se inició en 1997 la determinación de una línea basal que permitiera caracterizar la evolución del proceso de seguimiento y evaluación en cada país. De esa iniciativa se desprendió claramente la necesidad de describir los perfiles de los sistemas de salud de los países de la Región, los cuales ya están disponibles en forma completa en los medios electrónicos de comunicación en 23 países. Aunque parezca paradójico, no había una base de comparación con ciertos elementos comunes que permitiera establecer con claridad la forma en que opera estructural y funcionalmente cada uno de los sistemas de salud del continente, lo cual es necesario para emprender las actividades de monitoreo y evaluación. Todo ello dio lugar, con la participación de los países, expertos, instituciones académicas y donantes, a la conformación de la metodología para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector.

El diseño de la metodología tenía que contemplar la naturaleza de las reformas del sector, que son agendas de cambio en la organización, el financiamiento y la estructuración de las instituciones, prestando atención a la realidad de cada país. No se trata de una prescripción única ni de una fórmula mágica, sino del eje fundamental de los esfuerzos por reorganizar y transformar el sector a fin de que responda mejor a las necesidades de salud de la población. Los análisis del proceso de reforma, así como su metodología, deben tomar en cuenta que en cada país las reformas obedecen a demandas ciudadanas, presiones externas y decisiones gubernamentales, y que estas reformas llevan a transformaciones en la organización del sistema, el financiamiento del sector y la provisión de servicios. Una agenda de cambios tan amplia y compleja exige una

descripción pormenorizada de la organización del sistema en cada país y una medición del impacto de los cambios que se introducen a partir de la reforma. Esto planteaba la necesidad de contar con datos armonizados que permitieran hacer comparaciones entre países y de esa forma sirvieran de base para la metodología de seguimiento de los procesos y de la evaluación de los resultados, todo con el fin de obtener retroalimentación para el diseño y la implementación de políticas.

Añade el Dr. López Acuña que los procesos y sistemas de salud de la Región son heterogéneos y que falta un marco unificado para su descripción, problema que se ha tratado de superar mediante la metodología ideada. La variabilidad se extiende a los indicadores, variables y fuentes de información. Por añadidura, no es suficiente el desarrollo institucional en los países para evaluar los procesos en marcha, sobre todo cuando se trata de macroprocesos de alta complejidad. Por consiguiente, la medición del impacto de la reforma del sector de la salud en los sistemas encierra dificultades intrínsecas que hay que tener presentes y se torna necesario entender sus orígenes, sus motivaciones y sus objetivos esenciales, ya que la dinámica de cambio variará en función de éstos.

Constituye un desafío, el poder establecer la relación entre los cambios observados y el desempeño de los sistemas de salud, y en lograr atribuir los resultados específicos a las intervenciones de reforma, ya que esos resultados pueden también obedecer a otros procesos de cambio no necesariamente relacionados con ellas. De ahí que la metodología ideada contemple fundamentalmente un monitoreo de la dinámica y

del contenido de los procesos. Se entiende por dinámica el diseño, la negociación, la implantación y el ejercicio sistemático de la evaluación, y la presencia o ausencia de un plan con metas, fechas y personas responsables. En cuanto a dinámica, la metodología creada también incluye elementos relacionados con el proceso mismo, basándose para ello en los siguientes criterios: a) el marco jurídico y su evolución; b) la modificación del derecho a la salud y al aseguramiento; c) el grado de fortalecimiento de la capacidad rectora del sector; d) el grado de separación de las funciones en las reformas sectoriales; e) la evolución e impacto de la descentralización; f) el grado de participación y control social dentro de la gestión del sistema; g) el financiamiento y gasto; h) la modificación efectiva de la oferta de servicios; i) la transformación del modelo de gestión del sistema; j) el desarrollo de recursos humanos en el marco de la reforma; k) la creación de programas de calidad y evaluación de tecnologías.

El Dr. López Acuña añade, por último, que en la evaluación de resultados hay que tener en cuenta el logro de ganancias efectivas en los procesos de reforma de manera que correspondan a sus cinco principios rectores: equidad, participación social, sostenibilidad financiera, mayor eficiencia técnica y de asignación de recursos, y efectividad y calidad. La metodología planteada permite determinar si se está progresando en estos campos. Concluye el conferenciante con la afirmación de que el reto futuro consiste en institucionalizar este proceso como parte activa de la gestión y de la rectoría de la política sanitaria, procurando obtener retroalimentación para la toma de decisiones de políticas. La disponibilidad actual de un sistema de información y análisis de la reforma del sector

permite examinar los éxitos y fracasos de las experiencias nacionales y consolidar más elementos de análisis comparativo, a fin de tomar decisiones que lleven a la OPS a brindar una cooperación técnica más estrecha a los países en procesos de reforma sectorial.

El Delegado de PUERTO RICO agradece a la OPS el apoyo brindado a su país para la transformación de la prestación de servicios de salud, que comenzó en 1994. Por aprobación en 1993 de la Asamblea Legislativa se creó en la isla la Administración del Seguro de Salud (ASES) como entidad transformadora de los mecanismos de acceso a atención médica hospitalaria para la población “médicoindigente”. ASES representa una corporación pública con personalidad jurídica e independiente del Gobierno de Puerto Rico. Se ve regida por una junta de directores y tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contrato con compañías de seguros, un sistema de seguros de salud que proporcione a todos los residentes de la isla acceso a cuidados médicos y hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago del usuario. También se encarga de fiscalizar y evaluar los requerimientos contractuales con compañías de seguros, tales como accesibilidad, calidad y libre elección. La clave principal de este proceso es la prestación de servicios de salud basados en un modelo de cuidado coordinado. Mediante esta decisión legislativa el Gobierno de Puerto Rico abandonó su función como proveedor directo de servicios de salud a la población “médicoindigente” y se trazó como objetivo establecer un solo

sistema de salud para todos los puertorriqueños. De esa forma el Departamento de Salud se convirtió en una agencia ejecutiva de carácter regulador y fiscalizador. La creación del ASES llevó al ofrecimiento de una amplia gama de beneficios uniformes por medio de las compañías aseguradoras y dio acceso a los servicios de salud del sector privado. Con el nuevo sistema se hace hincapié en la promoción, educación y prevención, enfocadas en los casos de alto riesgo. El actual seguro de salud puertorriqueño cubre a 1.635.608 beneficiarios en los 77 municipios del país, por contrato con cuatro compañías. Uno de sus logros más destacados ha sido el notable aumento del número de proveedores de servicios para la población “médicoindigente”. Mientras que antes de 1994 había solamente 1.500 de estos proveedores, la cifra en 1999 asciende a 8.530.

ASES lleva a cabo evaluaciones retrospectivas periódicas en las que aplica los criterios de calidad del Gobierno federal. Ha obtenido resultados excelentes en el manejo y la documentación de expedientes clínicos y ha realizado un gran esfuerzo por lograr niveles óptimos en el campo de la medicina preventiva. ASES también realiza periódicamente encuestas que, después de la reforma, han revelado una y otra vez un nivel de satisfacción de 90% en la población que se beneficia del seguro de salud del Gobierno de Puerto Rico. Pese a la amplitud de los beneficios cubiertos y aun con los aumentos de costos que se han dado en la industria de los seguros, el seguro de salud de Puerto Rico se ha mantenido en una prima promedio que fluctúa alrededor de los \$50.00 mensuales por beneficiario, equivalente a cerca de \$1.000 millones en el año fiscal 1999-2000.

El Delegado expresa su orgullo en los resultados positivos del seguro de salud del Gobierno de su país, especialmente en las áreas de vacunación, salud maternoinfantil, educación y prevención, y cobertura de procedimientos dentales de restauración. La administración del seguro, como parte de este proceso, ha llevado a cabo extensas campañas de educación y prevención para fomentar cambios en el estilo de vida.

Explica que dentro del cuadro programático de su Gobierno figura como meta para el 1 de julio de 2000 poder brindar a toda la población de Puerto Rico, con la incorporación de los residentes del Municipio de San Juan, la posibilidad de acogerse a un seguro que atienda todas sus necesidades de servicio de salud.

El Delegado de VENEZUELA felicita a la OPS por haber creado y llevado a la práctica una metodología de evaluación para el proceso de reforma del sector de la salud en los países de la Región. Afirma que en Venezuela el proceso de reforma tiene apenas cinco meses de gestión gubernamental en materia de salud. Eligió hace dos meses una asamblea nacional constitutiva cuyos objetivos principales son, por un lado, producir una “refundación” o reforma profunda del Estado y de los poderes públicos que le confieren su papel de conductor social y por el otro elaborar una nueva constitución nacional que por primera vez establezca un capítulo particular para el campo de salud.

En el proceso de reforma sectorial venezolano destaca la conciencia de que la salud desempeña un papel en el desarrollo social y general de la nación. Y ello, a la vez, ha llevado a la necesidad de realizar una reestructuración administrativa de origen

gubernamental en materia de salud y desarrollo social. Así, el componente específico de la salud deja de tener una organización muy fragmentada, con instituciones de salud dispersas y de escasa cobertura y poca eficiencia, y adquiere una organización que integra los dos grandes componentes de la asistencia sanitaria en Venezuela: el antiguo Ministerio de Sanidad y el Seguro Social. Todo ello implica también la vigilancia, seguimiento y evaluación de este proceso y conseguir la capacidad científica necesaria para lograr que dicho proceso se lleve a cabo de la mejor manera posible, sobre la base de observaciones estimables y medibles.

Destaca que en Venezuela, hay un gran interés por producir un proceso de seguimiento y evaluación de la reforma sectorial en lo referente a la formulación de políticas y a las nuevas funciones asumidas por el recién creado Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en la sostenibilidad financiera, la viabilidad política del sistema y la obtención de cambios en el perfil de salud de la población. En este sentido, ha sido sumamente importante la metodología desarrollada por la OPS.

The Delegate of SAINT LUCIA welcomed PAHO's work in health sector reform and thanked the Organization for its assistance to Saint Lucia in that area.

In the report under discussion, there seemed to be an underlying assumption that countries were already well into the reform process. However, some of the CARICOM countries, such as Saint Lucia, were not yet fully into the implementation stage. They still needed to assess the resources required and the cost of services currently being provided

before moving ahead. She called for more emphasis on those countries that were in the preplanning and preimplementation stage.

PAHO played a critical role in assisting and coordinating that process, especially by sharing information based on the experiences of the Member States that were already further along in the process.

El Delegado del PARAGUAY reconoce la ayuda brindada a los países por la OPS en el proceso de reforma del sector de la salud dentro de un marco de universalidad y equidad, proceso que se encuentra en etapa incipiente en su país. Se ha iniciado el proceso de mejorar los indicadores de salud de la población mediante un mayor acceso a un sistema capaz de satisfacer sus necesidades de salud. Actualmente el Gobierno, que es de unidad nacional, encara el proceso de reforma bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Dentro de ese marco, la ayuda aportada por la metodología para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector de la salud en América Latina y el Caribe constituye una valiosa herramienta para los ministerios.

Reitera que en los últimos años se ha producido en el Paraguay un proceso de seguimiento de las reformas, pero sin que el Ministerio haya ejercido una función rectora y directriz, fenómeno que ha llevado a algunos conflictos con las entidades sociales que tienen gran ingerencia en el proceso. Hoy en día se está restableciendo la función rectora del Ministerio y, según lo establecido por ley de 1996, se encuentra en funcionamiento la superintendencia de salud que ejerce una función de contraloría para todos los servicios

de salud, ya sea de la seguridad social, del sector público o del sector privado. El Paraguay también se propone estudiar el sistema de financiamiento del país, a modo de poder proponer dentro de este proceso de reforma un nuevo sistema de financiamiento para el sector de la salud.

The Delegate of GUYANA stated that his country was involved in fundamental reforms in terms of both structure and process. Thanks to assistance from the Inter-American Development Bank starting in early 1998, the reform process was finally under way in Guyana. With the help of PAHO, the Government had delinked its major tertiary institution and turned it into an autonomous board. It was also involved in a mass education campaign to inform the public of its intention to decentralize the health system and transform the Ministry into a steering institution.

The speaker commended PAHO for its efforts in developing a methodology for monitoring and evaluating the countries' experiences in that area. He would comment that the methodology should pay attention to the context. For example, some countries spent as little as \$100 per capita on health while others spent \$2,000; it was difficult for the methodology to assess possibilities across such a gulf. The methodology might also attempt to provide a benchmark or some understanding of the point at which spending in any sector would be optimized. More emphasis might be placed on what had not been achieved. Also, the methodology might suggest whether or not it was worthwhile to pursue certain avenues and how to go about achieving the objectives of the process.

Finally, it might also be judged on the extent to which it enhanced integration and cross-border cooperation.

Le Délégué de la FRANCE exprime son grand intérêt au processus de mise en œuvre de la réforme des systèmes de santé dans la Région et annonce que la France peut y apporter une contribution puisqu'elle a défini une de ses priorités dans ses orientations stratégiques. Son intervention comprend trois volets : la définition de politiques de santé, le financement des systèmes de santé et la gestion des ressources humaines.

En matière de définition des politiques de santé, la France s'attache à développer deux volets : l'analyse des besoins et la mise en parallèle des composants de l'offre de santé existant localement en respectant la spécificité des zones rurales et urbaines et en aidant à la décentralisation. La santé urbaine nécessite une attention particulière et il faut dans ce cadre essayer de donner une place juste à l'hôpital en tant que lieu de référence et de formation.

Le deuxième volet consiste à renforcer les capacités institutionnelles des organisations publiques pour une meilleure définition des politiques et le contrôle de leur application; c'est le rôle de tutelle du ministère de la santé. Mais il est aussi nécessaire d'envisager une responsabilisation accrue des structures de prise en charge en leur donnant une réelle autonomie. Cette approche ne peut s'appuyer que sur des systèmes d'information décentralisés de qualité pour une aide à la prise de décisions et pour favoriser les mécanismes de contractualisation favorisant la responsabilité.

Une attention particulière est portée à l'amélioration des capacités gestionnaires et à la performance des organisations en terme de qualité des présentations délivrées. Cette démarche se déroule autour du développement des filières de soins qui s'adressent aux populations les plus vulnérables ; il s'agit de la situation des femmes et des enfants ou des priorités de santé qui sont par exemple les pathologies infectieuses et les accidents de la voie publique en ville.

Le domaine des urgences présente ici un intérêt particulier car il est l'élément de la crédibilité des soins et un puissant facteur d'organisation des institutions. La mise en réseau permet d'organiser ces filières de soins en respectant le statut et les objectifs de chaque institution et d'assurer ainsi une accessibilité aux soins.

Le but visé est de favoriser la gestion et la qualité des soins et il paraît extrêmement important de mobiliser les professionnels dans une démarche visant à disposer des référentiels de protocole de soins.

Le financement des systèmes de santé n'est envisageable que s'il s'agit d'un financement durable, ce qui implique non seulement une meilleure compréhension du rôle et de la responsabilité d'Etat dans le financement des dépenses de santé, mais aussi le développement de nouveaux moyens alternatifs de financements communautaires guidés par un souci de solidarité.

En matière de politique de ressources humaines, en raison de la faiblesse des ressources humaines et de l'absence d'une véritable gestion des compétences en fonction des priorités de santé, il faut une adaptation qui prend en compte les conditions d'emploi,

tant au niveau des carrières et des rémunérations qu'au niveau des compétences nécessaires pour améliorer le système de santé. Ainsi une politique de formation initiale et continue doit être au service des objectifs de cette politique de santé et pleinement adaptée au contexte et à la nature des emplois exercés localement. Dans le cadre de cette politique de réforme des systèmes de santé, le rôle du Bureau régional des Amériques est tout à fait essentiel et c'est pourquoi la France appuie la résolution proposée.

El Delegado de COLOMBIA explica que en su país existe la llamada ley del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, resultado de un esfuerzo iniciado en 1993 por ofrecer seguro de salud a 42 millones de habitantes. Se empezó con una cobertura de 23% que actualmente asciende a 60,1%, habiéndose observado una resistencia inicial a la ley. Posteriormente, después de 16 foros nacionales, se determinó que la ley era buena y que debía llevarse al Congreso, donde sufrió diversas modificaciones tras la aplicación de herramientas legales, decretos de resoluciones y acuerdos.

En primera instancia se fortalecieron los procesos informáticos, para lo cual el Gobierno creó un programa denominado el “átomo de la felicidad”, constituido por nueve módulos de informática que estará a disposición en todo el territorio para mantener total vigencia en todo lo concerniente a legislación, finanzas y recursos disponibles en el sector. Otro problema delicado ha sido el de la descentralización y transferencia de responsabilidad, que generan corrupción, falta de equidad y otros males si se afectan sin

una infraestructura humana competente y estable y sin el empoderamiento de la población. No obstante, Colombia se dedica a corregir estos problemas mediante una fuerte inversión de capital y con el apoyo de la OPS y de algunas entidades internacionales para la capacitación de recursos humanos y el suministro de tecnología.

Cuando se lleva a cabo la descentralización, algunos departamentos son económicamente más fuertes y asimilan con mayor celeridad el proceso de aseguramiento y la tecnología, situación que origina indiscutiblemente una brecha de equidad que ha exigido la intervención del Ministerio. Otro punto importante es la reestructuración a fondo de las instituciones prestadoras de servicios. En los países de América Latina, la red pública se caracteriza por su ineficiencia, falta de efectividad y sobrecarga laboral. Para eliminar estos problemas, Colombia ha reestructurado a fondo su sistema de salud y se encuentra en proceso de lograr que los hospitales sean más eficientes en función de los costos, lo que equivale a reducir los costos de la intermediación, que es uno de los procesos que más deterioran en este momento la estructura del país.

El Delegado de HONDURAS dice que en el proceso de modernización del Estado emprendido por Honduras se ha tomado como modelo al sector de la salud y por ello se está trabajando intensamente en la reforma sanitaria, con la participación del sector privado, el seguro social y el Ministerio de Salud. Como se ha dicho, uno de los elementos fundamentales para el éxito de cualquier reforma es la formación de recursos humanos, y por esta razón se está prestando atención especial a la formación en el área de

la salud y en otras áreas conexas. Como parte de la descentralización, se está promoviendo el mejoramiento de la formación de recursos humanos en los municipios. Por otro lado, anuncia que recientemente se inauguró una clínica maternoinfantil con servicios de urgencia en una zona muy postergada de Honduras, cerca de la frontera con El Salvador. Esta obra ha sido posible gracias a la colaboración de siete municipios, con el respaldo de la Iglesia Bautista y la Iglesia Católica y con la participación de la comunidad, todo ello bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Se trata de un ejemplo muy interesante porque hace unos ocho años habría sido imposible realizar algo así en esa zona.

Dentro del Ministerio se ha implantado un sistema de información administrativa y financiera, que para el próximo año permitirá elaborar el presupuesto por programas. También se están formando recursos humanos y se han empezado a notar los efectos beneficiosos del cambio. Para acrecentar la participación comunitaria, se está tratando de colaborar con la Asociación Hondureña de Municipios. Asimismo, se ha recibido gran apoyo de organismos como la USAID, el Banco Mundial, el BID y la OPS. Un logro importante a este respecto es que estas entidades han unificado criterios en relación con el tipo de respaldo que el país necesita para llevar a cabo la reforma sanitaria. Finalmente, el orador agradece el apoyo recibido de la OPS y menciona que, aprovechando esta visita, ha conversado con funcionarios del Departamento de Salud de Puerto Rico y que este seguramente será el inicio de un intercambio beneficioso que fortalecerá el proceso de reforma del sector de la salud en su país.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA noted that Dr. López Acuña's presentation clearly outlined the national challenges to reforming health systems and monitoring the reform process. Governments must ensure access not only to health services but also to the core public health functions necessary for monitoring and evaluating outcomes, and they must develop policies within and outside the health sector that ensure health.

Since the purpose of health care systems and the reform process was to improve health outcomes, traditional health indicators such as maternal mortality or immunization rates could be used. PAHO was well positioned to help countries identify indicators, based on national priorities, that would make possible meaningful evaluation. PAHO could also help to identify core public health practices that could have long-term impact on health reform, including an approved assessment capacity, policy development and regulation, more effective health promotion policies, stronger national research, and an evaluation agenda.

El Delegado de EL SALVADOR dice que en su país la reforma del sector de la salud se ha iniciado en respuesta a una demanda generalizada de la población, pues el sistema burocrático, disperso, deficiente, y en buena medida excluyente, debe cambiar para que pueda realmente satisfacer las demandas de la población. Los esfuerzos se han encaminado fundamentalmente a crear un consejo rector de la reforma, integrado por un representante del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, uno de las universidades y

otras instituciones académicas, usuarios de los servicios, prestadores de servicios, organizaciones no gubernamentales, el Colegio Médico Salvadoreño y el Ministerio de Salud, que ocupa la Presidencia. La finalidad de este organismo es llevar a cabo los procesos de análisis, diálogo, consulta, consenso y propuestas; en el término de un año deberá presentar el plan nacional de reforma sectorial consensuado que habrá de implantarse en los años futuros. De igual forma, se ha integrado un comité interinstitucional que agrupa a todas las organizaciones de cooperación internacional, con el propósito de que brinden un apoyo unificado a la reforma sectorial. Simultáneamente, el Ministerio está haciendo enormes esfuerzos de modernización con el propósito de adecuarse a las nuevas exigencias y responsabilidades que la reforma impondrá en el futuro.

El orador dice que es una suerte asistir a foros como este, donde se plantean diferentes experiencias de muchos países que emprendieron la reforma hace varios años y de las cuales pueden nutrirse los salvadoreños. Por último, agradece a la OPS que haya incluido el tema en el orden del día de la presente sesión, reitera la solicitud de apoyo para las actividades futuras de reforma sectorial y afirma que su Delegación respalda el proyecto de resolución.

La Delegada de ECUADOR dice que al trazar las directrices de la reforma sanitaria en su país, se partió del principio de la existencia de políticas de Estado en materia de salud, y en este campo en particular. Las medidas aplicadas desde hace

algunos años han ido contribuyendo paulatinamente a la consolidación y el perfeccionamiento del proceso de reforma. En este contexto, sobresale la desconcentración hacia las direcciones provinciales y establecimientos de salud en materia de gestión de recursos humanos y aspectos administrativos y financieros, así como la descentralización gradual hacia los gobiernos locales. Al hacer todo esto, se procura crear las condiciones adecuadas para la implantación de modelos de gestión autónoma de los servicios, propiciando la formación de comités de participación social y control de hospitales y áreas de salud, sin descuidar que los servicios de salud se presten de forma gratuita a quienes los necesitan, con eficiencia, eficacia, calidad y calor humano.

Por otro lado, también se está haciendo hincapié en fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud Pública con respecto al sistema nacional de salud. Todas las actividades que se han emprendido pretenden contribuir efectivamente a reducir las inequidades, mejorar la calidad y el calor humano con que se prestan los servicios de salud en respuesta a las necesidades de la población y su realidad epidemiológica. Importa mucho la sostenibilidad de los proyectos y programas desarrollados, y se espera lograrla mediante la participación comunitaria. El plan nacional de salud es un producto que ha surgido desde el nivel local, pues se ha nutrido de los aportes de cada una de las parroquias, cantones, provincias y regiones del país. El concepto integral e integrado de la salud ha sido el eje en torno al cual se ha venido trabajando; en el corto plazo ya ha permitido obtener los mejores resultados y cabe prever que esto continúe en el mediano y el largo plazo.

El Delegado de COSTA RICA dice que la reforma del sector de la salud comenzó en su país hace más o menos 10 años, bajo tres gobiernos con orientaciones políticas y filosóficas muy diferentes. A pesar de ello, hubo acuerdo con respecto a la reforma sanitaria, lo cual le dio continuidad a esta y permitió avanzar en una sola dirección, lo que a su vez propició que se logaran cambios importantes en el sistema de salud. Uno de los frutos de la reforma ha sido que la seguridad social (que actualmente cubre a un 92% de la población) se hiciera cargo de la prestación de los servicios de salud y que el Ministerio se ocupara de la dirección. Entre los logros principales cabe mencionar la racionalización y la eliminación de duplicaciones en la prestación de servicios, así como una definitiva mejoría en la prestación y en la calidad y la eficiencia de los servicios que presta la seguridad social. Se han instaurado compromisos de gestión por los cuales las metas de producción se vinculan con los ingresos de los centros hospitalarios o médicos encargados de prestarlos. Ha habido una descentralización verdadera, con una autonomía cada vez mayor de las unidades prestadoras de servicios, cosa que además ha permitido una participación social más activa pues se han instaurado juntas de salud en todos los hospitales y clínicas principales. Se ha permitido igualmente la participación del sector privado que anteriormente era muy limitada en Costa Rica, por medio de la compra de servicios privados que la seguridad social no puede proporcionar debidamente. Los equipos básicos de atención integral (1 por cada 4.000 habitantes) se han llevado prácticamente a todo el país, empezando por las zonas rurales y continuando con los

focos de pobreza de las zonas urbanas; además de atención primaria de salud, los equipos hacen promoción de la salud y su trabajo ha empezado a rendir frutos.

Otro aspecto que ha mejorado es la participación de otros actores, como las ONG; en especial, se ha recibido una cooperación y ayuda muy decidida de parte del Banco Mundial y del BID. Una de las posibles fallas en el proceso de reforma del sector de la salud consiste en que la función rectora del ministerio no se define con mucha claridad en todos los aspectos, por lo que puede existir un desequilibrio importante entre la función rectora ministerial y el poder de quienes prestan los servicios. Este es un renglón en el que hace falta mejorar, y por eso el orador opina que la propuesta de la Organización de evaluar y seguir la evolución de los procesos de reforma es excelente y merece ser apoyada.

El Delegado de CHILE dice que le parece importante destacar por lo menos dos cosas. Por un lado, la necesidad de que los cambios de cada país (se llamen o no “reforma”) tengan como marco sus problemas principales de salud y, además, no solo las necesidades de salud, sino también el grado de satisfacción de las personas con el sistema actual. Por otro lado, puntualiza que se debe analizar si el cambio apunta o no en la dirección correcta para resolver los problemas. En Chile han venido sucediendo varias reformas sanitarias en época reciente. En los años ochenta, durante la dictadura, se produjeron varias reformas que solo vinieron a crear y fortalecer un mercado de asistencia sanitaria que favorecía exclusivamente al segmento de la población de grandes ingresos

pero excluía a los segmentos más necesitados. Al mismo tiempo se deterioró y redujo a su mínima expresión el sector público de salud.

Por otra parte, explica el orador, al reinstaurarse la democracia en los noventa, la situación del sector ha cambiado. Por una parte, se han introducido mayores regulaciones al sistema de seguros privados de las ISAPRE y se está buscando acabar con los subsidios que el Estado hasta ahora les entrega; al mismo tiempo, se está dando mayor protección a la gente que ha optado libremente por pertenecer a ese sistema. En segundo lugar, el sector público de salud se ha recuperado hasta el punto que hoy día atiende a más de 60% de la población, sigue siendo el responsable total de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y atiende a la población de mayor riesgo y más pobre, así como a una gran parte de la clase media. A modo de ejemplo, al finalizar la dictadura el gasto sanitario era muy bajo y actualmente en el sector público de salud el gasto anual es de \$200 per cápita y en el privado de \$320.

Los esfuerzos desplegados en los últimos años, como el establecimiento de los compromisos de gestión, la medición de la productividad del sector público, y la vinculación de los resultados sanitarios con la distribución de los recursos, han permitido que la OPS y la OMS reconozcan el adelanto logrado por el país en los indicadores. Sin embargo, añade que el debate actual en materia de salud en Chile, en vísperas de una elección presidencial que se realizará en diciembre, gira en torno a lograr la equidad. Es necesario consolidar los cambios positivos mediante el fortalecimiento del sistema público e instaurar cambios más sustantivos que efectivamente consagren la búsqueda de

la equidad. Ello solo será posible si se vuelve a un sistema solidario de salud, que es lo que se está intentando. El orador afirma que la solidaridad no es para ellos un concepto hueco, sino un eje ordenador; por lo tanto, le gustaría que en los principios rectores que ha propuesto la OPS en el documento “Metodología para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector de la salud en América Latina y el Caribe” no se hablara (página 4) de que “la sostenibilidad tiene una dimensión social y otra financiera”, sino “participación social” o “participación y sostenibilidad social”. Señala igualmente que en el documento falta algo muy relevante: la satisfacción de las personas.

Por otro lado, afirma enfáticamente que tiene severos reparos con respecto a la metodología del citado documento. Por una parte, se orienta a los resultados y no a mejorar los procesos de reforma en los países. En cuanto a los indicadores, sostiene que no están claros, pues si a la pregunta de la página 14 (“¿Se han entregado, o se pretende entregar, a la gestión privada establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública?”) se responde “sí” o “no”, no se sabe si eso es un indicador positivo o un indicador negativo. Opina que el documento debe ser revisado y no puede ser aprobado. Por lo tanto, su Delegación no respalda el documento, a menos que sea considerado como un documento de trabajo que va a ser perfeccionado y que se diga explícitamente que se orienta menos a los procesos y más a los resultados, excepto los resultados sanitarios, que siempre ha propugnado la OPS y que la han caracterizado a nivel mundial.

The Delegate of CANADA said that Saint Lucia's comments constituted a useful reminder that countries of the Region were at different stages and levels of the reform process. For that reason, individual countries needed different services from PAHO.

He agreed fully with the criteria that PAHO had developed to measure progress in the reform process, adding that the criteria certainly applied to the system in Canada. Efficiency, sustainability, and equity, in particular, were extremely difficult to measure, and that aspect would remain a continuing challenge for PAHO.

Referring to the announcement by WHO Director-General Dr. Brundtland that the next World Health Report would be on health systems development, he expressed the hope that WHO would take into account the work done by PAHO and transfer some of the knowledge that PAHO had developed to the other Regions of WHO.

Referring to the remarks by the United States of America, he reiterated the importance of using outcomes as indicators. Canada had begun to do much more work on evaluating the results produced by its health system. The recently published report on the health of Canadians was intended to help with decisions about what worked and what did not work. It covered a broad spectrum of activities, with the focus ranging from individual disease areas to broad systemic issues, including the need for new approaches to service delivery in areas not yet covered by the public health system. It was hoped that the Canadian public would provide some feedback to the political level on what needed to be done.

With regard to the proposed resolution, he especially endorsed the establishment of a health sector reform network, which would be a very positive development.

Finally, he thanked Guyana and Chile for the reminder that not all change was positive and not all change was reform; it was the content of the change that mattered. There was no one health system model that could fit all the countries in the Hemisphere, but certain principles were important. Evidence continued to mount that the linkage between equity, improved levels of health, and the public financing of health was of primary importance. The World Bank report of 1997 and the more recent works by WHO, including the Director-General's most recent report, had all noted that linkage.

A Delegada do BRASIL apresenta os cumprimentos da Delegação Brasileira à OPAS pelo esforço empreendido na formulação da metodologia que permite às autoridades e entidades técnicas o monitoramento e avaliação do impacto das reformas do setor de saúde sobre variáveis e indicadores de acesso, cobertura, distribuição e uso de recursos, tendo como referências a equidade, a qualidade, a eficiência, a sustentabilidade e a participação social, a partir das quais são definidas variáveis e indicadores quantitativos e qualitativos, adaptados à realidade de cada país.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, constitui a grande reforma do sistema de saúde brasileiro. Sua implantação é um processo e, como tal, está sendo construído pelos diversos atores sociais que vêm ocupando, ao longo dos anos, a cena política.

A reforma proposta com o SUS abrange a descentralização e a participação social e formas colegiadas de gestão que, por meio dos conselhos instituídos, funcionam nos três níveis de governo e envolvem também atores da sociedade civil. Para consolidar o sistema, o Ministério da Saúde criou outras formas de gestão, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dotada de maior autonomia, com vistas a agilizar as decisões e processos para o atendimento das necessidades da população.

A descentralização no Brasil busca estabelecer parcerias com os estados e municípios para efetivar a gestão plena do SUS. Estabeleceram-se redes de serviço regionalizadas e hierarquizadas, garantindo a referência e contra-referência no Sistema e o acesso universal e equânime à saúde. Consoante às responsabilidades assumidas por cada nível de governo, o Ministério repassa regular e automaticamente para os fundos de saúde desses governos os recursos financeiros correspondentes.

Segundo as realidades políticas e sanitárias e a capacidade institucional/operacional, essas instâncias aderiram a determinadas condições de gestão estabelecidas. Hoje, 5.281 dos 5.506 municípios brasileiros estão habilitados como gestores do SUS, atendendo a 92,5% da população do país.

Mesmo com os recursos colocados à disposição dos municípios, eles não os administram com a mesma eficácia, pois não dispõem da mesma infra-estrutura. Em vista disto e do número elevado de municípios do país, eles procuram se organizar de forma regional e microrregional, com a participação dos respectivos estados, para prestar os

serviços de saúde à população. Com esta organização otimizam os recursos disponíveis e garantem maior equidade.

Uma outra forma utilizada foi a criação de 143 consórcios intermunicipais de saúde, estabelecidos juridicamente pelos municípios, mediante os quais são gerenciados um ou mais serviços de saúde.

Ao lado disso, o Ministério da Saúde criou o Piso de Atenção Básica (PAB) e seus incentivos, com o objetivo de tornar mais equânime a assistência básica à população. Com o PAB, só para assistência básica, os municípios brasileiros recebem, em média, US\$ 960 milhões por ano.

Especificamente, em relação à proposta de resolução, o Ministério da Saúde reconhece que a metodologia formulada é um instrumento importante na medida em que favorece o acompanhamento e avaliação da reforma do setor na Região e endossa a proposição de que os Estados Membros continuem a colaborar para o seu aperfeiçoamento. Entende, por outro lado, que cabe a cada país a decisão de institucionalizá-la e que a assessoria da OPAS é fundamental àqueles que desejarem adotá-la. Essa assessoria e cooperação são valiosas e o Brasil considera que os Estados Membros devem implementar a avaliação sistemática de seus processos de reforma e adaptar a metodologia de forma a captar as diferenças e especificidades respectivas.

Finalmente, aprova a proposta de constituição de uma rede de articulação e intercâmbio permanente entre os países, a troca de informações e uma maior cooperação

técnica decorrentes das experiências de reforma setorial na Região, o que constituiria uma medida relevante e uma importante contribuição da OPAS.

The Delegate of TRINIDAD AND TOBAGO said that his Government supported the proposed resolution. PAHO's efforts to develop a framework and methodology for the monitoring and evaluation of health sector reform were germane and complementary to the reform process in Trinidad and Tobago. His Government had used the methodology in completing its health system profile in April 1999. The result was a reasonable baseline against which improvements could be assessed. Given the annual cyclical nature of the review process and the iteration of the three-year medium-term policy framework, it seemed entirely feasible to update the profile on a regular basis. Specifically, the health sector reform program of Trinidad and Tobago, for which IDB funding had been obtained, included a monitoring and evaluation program based on the logical framework approach, and indicators had been identified that were deemed feasible and suitable to the program. Those indicators and targets would be reviewed and subsequently updated and refined. Given the complexity of the health sector reform program and the many interlocking areas, the determination of indicators was not a simple matter. Furthermore, the state of development of the information system determined the number and specificity of the indicators to be used. The development of the information system/information technology (ISIT) element of the health sector reform program had not moved as fast as planned, and that would influence the choice and

number of indicators. The PAHO network had been inaugurated, and useful information was already available. Predictably, the country profiles available were of countries in South and Central America and had only been published in Spanish. He hoped that both Spanish and English versions would be posted for every country, particularly bearing in mind the goal of access and comparability.

There were three major challenges facing countries in regard to the reform process that needed to be developed and monitored more closely. The first had to do with human resources issues relating both to technical and professional providers and to senior administrative staff. Health providers needed to change their attitude and behavior. That had proved to be a greater problem than originally envisaged and posed one of the greatest challenges to policymakers in health sector reform. Secondly, the expectations of the population were high, and both the general public and the media were calling for immediate results. It was therefore important to be disciplined and determined so as not to get sidetracked. Communicating with the public in order to win their understanding was essential. Finally, there was the matter of health sector financing, an area that had to be addressed in any comprehensive health sector reform process. Health sector reform efforts were in their third or fourth year, and the issue of financing had become critical.

La Delegada de URUGUAY dice que el tema de la reforma sanitaria es trascendente para su país, pero un aspecto que a ella le preocupa en particular es que las reformas cuestan mucho dinero y por eso se necesita la colaboración de los bancos de

desarrollo. La necesidad de los préstamos y el endeudamiento externo consiguiente ha traído a los uruguayos, subliminalmente, el recuerdo de la crisis que tuvieron que sufrir hace tiempo por las rivalidades a veces existentes entre los bancos. En 1995, se presentó en Uruguay un proyecto de ley para la reforma sanitaria que no fue aceptado a nivel parlamentario. Aunque luego se aprobó por decreto presidencial, ese decreto tuvo que ser suspendido porque tampoco hubo aceptación debido a la oposición de corporaciones médicas y del sector privado, pues temían a la competencia que los establecimientos sanitarios públicos mejor administrados pudiesen robarles clientela. Por ello, el único costo que Uruguay no está dispuesto a pagar es el costo social de hacer algo que sea más antipopular de lo que se tiene hoy.

La oradora le pide a la OPS que, en el caso concreto de su país, lidere en lo posible la coordinación imprescindible que debe haber entre todas las fuerzas participantes e incluya también a los clientes o usuarios, porque la opinión de ellos es indispensable. Por otro lado, dice que en Uruguay se está llevando a cabo en cuatro hospitales del interior del país un proyecto piloto poco conocido que ha obtenido buenos resultados, pues hace un año se firmaron los compromisos de gestión y los nosocomios se han descentralizado (hasta donde la ley lo permite); además, en este momento se está negociando con esos hospitales el presupuesto por programas para el año que viene. No obstante, aparte del respaldo de los bancos de desarrollo, la Delegada reitera que necesitan el liderazgo de la OPS a fin de lograr conjugar todos los intereses, teniendo en cuenta que el interés que debe primar es el de la comunidad y el de la ciudadanía.

The Delegate of SAINT VINCENT AND THE GRENADINES said that his Government had embarked upon an initiative to introduce a national health scheme. The process had been under way for the past two years, and the final report would soon be submitted to the Cabinet for approval. Its implementation should take place over a one-year period. His Delegation wished to thank PAHO and the health economics unit of the University of the West Indies, based in Trinidad and Tobago, for the assistance they had provided with the introduction of the national health insurance scheme.

The National Health Insurance Steering Committee had held public consultations with the people, NGOs, and other social partners. The Government had introduced a new and modern infrastructure at Kingstown General Hospital and had invested over \$7 million in the upgrading and building of district clinics. With the new highways and road systems, access to those facilities was never more than 15 to 30 minutes away. There was a well-structured health education system. Assistance from PAHO and other agencies would be needed for implementation of the national health insurance scheme, to which the Government attached high priority. His Delegation thanked PAHO for its assistance in the past and looked forward to its continuing cooperation with the Government of Saint Vincent and the Grenadines. His Delegation supported the proposed resolution.

El Delegado de ARGENTINA dice que el tema de la reforma del sector de la salud es muy amplio, y que las intervenciones de los oradores que lo han precedido

revelan la diversidad conceptual con que los países hacen frente a un mismo proceso. Añade que en Argentina las reformas estructurales comenzaron en 1992, después de un decreto del poder ejecutivo que aprobó políticas sustantivas e instrumentales de salud que fueron claras, explícitas y consensuadas, haciendo hincapié en la participación de la sociedad. Esas políticas se han venido aplicando en forma progresiva, y sobre ello cabe hacer algunos comentarios. Los logros alcanzados se basan fundamentalmente en el cambio de la cultura organizacional, que fue preciso lograr con el fin de hacer efectivo el liderazgo del Ministerio de Salud y crear las condiciones de viabilidad necesarias para el cambio promoviendo la participación de los distintos actores y la articulación extra e intrasectorial. Hace siete años, el gasto sanitario de Argentina representaba el 8% del producto interno bruto y tenía tres subsectores con más de 3.000 establecimientos con internamiento y más de 155.000 camas. Como es evidente, el panorama era muy complejo y lo que se pretendía hacer era que todos los componentes hablaran el mismo idioma.

Otro objetivo era mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica del país, pues del 8% mencionado prácticamente el 80% se malgastaba en cuidados asistenciales. En consecuencia, hubo que hacer cambios profundos, entre ellos la descentralización, que en algunos aspectos se transformó en transferencia porque el Ministerio de Salud transfirió todos los establecimientos asistenciales a las provincias y a los municipios a fin de poder asumir la función. Se creó el modelo de hospital público de

autogestión, con participación de la propia comunidad, se humanizó el modelo de atención médica y se buscó fundamentalmente lograr un alto grado de satisfacción del usuario. Para el efecto se creó la Comisión Nacional de Ética Biomédica, integrada por representantes de la Corte Suprema de Justicia, del Congreso y de los ocho credos oficialmente reconocidos.

El tercer objetivo era incrementar las actividades de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad, con el fin de disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir. En 1999 se ha podido ahorrar dinero y eso se ha destinado a la promoción y protección de la salud. El cuarto objetivo fue lograr que el Ministerio asumiese su función rectora y que la descentralización fuese un instrumento eficaz para mejorar la gestión técnico-administrativa. Además, el Ministerio tiene ahora más alcance porque regula la seguridad social; además, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica ha sido una estrategia eficaz para el cambio porque sus normas son elaboradas con participación de toda la comunidad científica y son de aplicación obligatoria en todo el sector de la salud.

Por otra parte, el orador destaca que en el proceso de reforma sanitaria se deben tener presentes no solo las distintas realidades políticas, sociales, económicas, culturales y sanitarias, sino fundamentalmente las distintas formas de organización sanitaria y capacidad operativa, así como los principales problemas de salud. A su parecer, va a resultar muy difícil encontrar indicadores que sean comunes a todos los países, y por lo

tanto no será fácil comparar los resultados de un país con los de otro; en consecuencia, habrá que valerse de guías orientadoras como las que propone la OPS. Por tal motivo, su Delegación apoya el proyecto de resolución.

Se levanta la reunión a las 12.30 p.m.
The meeting rose at 12:30 p.m.