



CONSEJO EJECUTIVO

57<sup>a</sup> reunión

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA 14<sup>a</sup> SESION

Sede de la OMS, Ginebra  
Jueves, 22 de enero de 1976, a las 9,30 horas

PRESIDENTE: Profesor J. KOSTRZEWSKI

Indice

	<u>Página</u>
1. Desarrollo del programa antipalúdico (continuación) .....	3
2. Examen del presupuesto por programas propuesto para 1976 y 1977 (ejercicio financiero de 1977) (continuación) .....	9
El proceso de evaluación en la OMS (continuación) .....	9
Prevención de incapacidades y rehabilitación (continuación) .....	10
3. Promoción de los servicios nacionales de salud en relación con la atención primaria .....	11

Nota: Los señores delegados que quieran introducir correcciones en el texto de la presente acta resumida provisional deben enviarlas por escrito al Jefe del Servicio de Actas (despacho 4103 del Edificio de la OMS), dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de distribución, o entregarlas al Jefe del Servicio de Conferencias.



MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

(Para la lista de los miembros y otros participantes en la  
57<sup>a</sup> reunión, véase el documento de 15 de enero de 1976,  
publicado por separado.)

14<sup>a</sup> SESION

Jueves, 22 de enero de 1976, a las 9,30 horas

Presidente: Profesor J. KOSTRZEWSKI

1. DESARROLLO DEL PROGRAMA ANTIPALUDICO: Punto 15 del orden del día (resolución WHA28.87; documento EB57/19) (continuación)

El Dr. KHALIL felicita al Comité Especial por su informe, particularmente valioso dado el gran número de países, especialmente países en desarrollo, afectados por una enfermedad que debilita a un sector considerable de su población laboral.

En la actual situación, algunos países continúan la lucha antipalúdica y tratan de hallar técnicas que eviten que surja la resistencia a los insecticidas, mientras que otros países - por razones geográficas o de otra especie - tratan de perfeccionar otros métodos. Le gustaría oír lo que la Secretaría tenga que decir sobre las posibilidades existentes en cuanto al empleo de insecticidas de acción residual, si la enfermedad no ha llegado a dominarse.

El Dr. TARIMO dice que ha formado parte del Comité Especial. Respecto a la política futura de la Organización sobre la lucha antipalúdica, conviene con el Profesor Aujaleu en que es preciso tener ideas claras sobre lo que se entiende por integración de las medidas antipalúdicas en los servicios generales de salud. Advierte que la OMS ha dado una definición utilizable de la integración en varias publicaciones. El Director General ha afirmado que la Organización se ha lanzado a una política de integración de las actividades antipalúdicas en los servicios sanitarios generales; a su juicio, se trata de una política acertada que para muchos países en desarrollo es la única posible. Sin embargo, lo que en la práctica está sucediendo tiene también gran importancia. A pesar de ser indudable que la Secretaría de la OMS se ha comprometido a la integración, tanto con hechos como con palabras, el orador ha hallado ciertas reservas en cuanto a las actividades prácticas. Resulta difícil imaginar cómo puede el Director General asegurar a ciencia cierta que los equipos que trabajan en la lucha antipalúdica están plenamente dedicados a poner en práctica esta integración que, sin embargo, es esencial. De hecho, el compromiso de integración puede considerarse también aplicable a otros programas de la OMS - por ejemplo, el de inmunización - puesto que se tiende a que los equipos de trabajo atribuyan importancia especial a programas de su competencia específica. Es responsabilidad del Consejo hacer que se logre la integración hasta donde sea posible.

El segundo de los criterios que hay que subrayar es el de participación e implicación de la comunidad. El orador cita el caso de una ciudad en la que se dedica la suma anual de 1 dólar per capita a la erradicación del paludismo, pero los salarios del personal absorben el 90% de la cantidad total, con lo que, dada el alza mundial de los precios, es imposible suministrar los necesarios insecticidas. Debe hacerse todo lo posible por hallar métodos por los que la comunidad pueda llevar a cabo por sí misma el trabajo, siendo los insecticidas suministrados por el gobierno. A este respecto es interesante la experiencia de China. La cuestión de la plena dedicación de los equipos de trabajo antipalúdico es importante también para la implicación de la comunidad, ya que debe asegurarse que aquéllos estimulan la participación en lugar de dedicarse a destacar las dificultades que ofrece el empleo de trabajadores no especializados.

El Dr. DIBA une a las de oradores anteriores sus alabanzas del informe presentado. Es esencial que se conceda la máxima preferencia a las actividades antipalúdicas, especialmente considerando las enormes sumas ya gastadas. Las autoridades deben mantener una actitud vigilante y no deben descorazonarse por ningún retroceso en los resultados. Un país que el orador conoce ha dedicado esfuerzos considerables, en personal y fondos, para seguir la política de la OMS sobre el paludismo y - a pesar de haberse presentado cierta resistencia a los insecticidas - ha logrado resultados magníficos. En algunas de sus zonas, el paludismo se ha erradicado por completo y existen otras zonas pequeñas en las que todavía se presentan casos de resistencia.

Comentando la cuestión de la integración, suscitada por el Dr. Tarimo, el orador hace hincapié en la conveniencia de que la OMS adopte en la actualidad una actitud de cautela. Está de acuerdo con la idea de que, siempre que sea posible, debe adiestrarse personal sanitario perteneciente a los servicios de salud pública para que, en cuanto el paludismo haya sido erradicado, pueda pasar a formar parte de la infraestructura de salud y ocuparse de otras actividades. Sin embargo, es preciso primeramente establecer centros de vigilancia antipalúdica que, aun en el caso de que tengan a su cargo actividades distintas, continúen, en una fase posterior, ejerciendo la necesaria vigilancia sobre la recurrencia del paludismo.

El informe contiene apenas una breve referencia al saneamiento y el orador sugiere que bien pudiera la OMS llevar a cabo un estudio exhaustivo sobre la posibilidad de emplear métodos de saneamiento en áreas en las que se registra resistencia a los insecticidas e incluso a los medicamentos. Aunque las actividades de saneamiento son sumamente costosas, pueden simultanearse con las de fomento de la producción agrícola.

El Dr. JAYASUNDARA dice que sus opiniones figuran en el informe del Comité Especial, del que ha formado parte. Dado que la resolución WHA28.87 pide al Consejo que siga atentamente la evolución de la erradicación del paludismo en todo el mundo, el Consejo debe ante todo decidir si puede desempeñar una función más activa a este respecto y si debe fijarse como última meta la erradicación del paludismo en el mundo entero. Las actividades de la Organización serán necesariamente más vigorosas si se adoptan plenamente todas las recomendaciones del Comité Especial. Piensa que nada se opone a la meta de la erradicación en todo el mundo, siempre que no se fije un límite en el tiempo. Prescindir de esa meta causará pesimismo. En último término la erradicación dependerá de los programas y de la postura de los diversos países afectados de paludismo. Expresa además su acuerdo con el Dr. Tarimo en el sentido de que puede aprenderse mucho de la experiencia china de participación activa de la comunidad. La erradicación del paludismo debe perseguirse en el ámbito de las regiones y países, más que en el del mundo globalmente considerado.

La OMS debe aportar todas las medidas de apoyo sobre un base lógica, teniendo plenamente en cuenta todos los programas anteriores y el estado de los diversos países afectados. El no haberlo hecho así en el pasado ha conducido a la falta de credibilidad que la OMS presenta frente a los organismos multilaterales y bilaterales que prestan ayuda. No es, con todo, demasiado tarde para comenzar de nuevo.

El Dr. CHILEMBA se une a las alabanzas dirigidas al informe del Comité Especial y añade que puede verse que sólo tres de las regiones de la OMS tienen planteado el problema del paludismo y que, de los 120 millones de casos calculados en 1974, 100 millones se registraron en Africa que es sin duda alguna donde se observaron los más elevados índices de morbilidad y mortalidad. Es evidente que sólo si se adoptan tácticas nuevas y más dinámicas se podrá de alguna manera influir en esta situación. La erradicación se ha conseguido sólo en dos países de la Región africana y no se ve que esté próxima en ningún otro país de la Región, si continúa el actual ritmo de avance. Solamente dos países de Africa han adoptado extensas medidas de lucha antipalúdica, aunque se desarrollan actividades limitadas en todos los países menos en cinco. Debe intentarse ponderar las razones de esta diversidad y poner de relieve las dificultades que algunos países parecen incapaces de superar. Agradecería que el Director General explique qué línea se propone seguir en esta cuestión y qué medidas van a adoptarse ante la resistencia a la cloroquina y a la aminoquina, que se han presentado en ciertos casos.

El Dr. BAIRD pregunta por las estrategias que van a adoptarse para tratar los casos fronterizos específicos del paludismo ya que, como puede verse, entre los cinco grupos de países afectados de esta enfermedad que enumera el Anexo del informe del Comité Especial, los Grupos II, III y IV comprenden países con fronteras comunes.

El párrafo 5.2.3 del informe se refiere a ingeniería sanitaria y otras actividades de reducción de fuentes como métodos de lucha antivectorial y el orador pide más información sobre estos métodos.

Es importante tener una idea clara del significado que se da al término "erradicación". A su entender significa que en un país determinado y en un momento dado el vector no está presente y han sido eliminados los posibles criaderos del mosquito. Considera que es posible este objetivo con tal de que se asegure la plena participación de la comunidad.

El Dr. GRAHAM, suplente del Dr. Cumming, expresa su convencimiento de que, en relación con el excelente informe presentado, puede ser útil describir la situación extraña de un país por él bien conocido.

Se descubrió la transmisión del paludismo en una zona tropical y relativamente aislada y como método de lucha se recurrió a la distribución de medicamentos, con los resultados ya mencionados por Sir Harold Walter. El problema siguiente fue el de mantener una situación de salubridad en lo que al mosquito se refiere. Y el objetivo se consiguió dando cursos de erradicación a personas de las zonas palúdicas. Pero si la zona se hubiese hecho más accesible, hubiera debido adoptarse un enfoque más amplio. El interés de este caso radica en que pone de relieve la importancia de la flexibilidad, que puede ser la respuesta a la pregunta de cómo mantener los avances logrados.

Sir Harlod WALTER expresa su apoyo al documento sobre el tema del paludismo, dado por el Director General para su publicación y asegura que la erradicación del paludismo dentro de unos límites de tiempo fijados se verá condenada al fracaso; pero la integración de las actividades antipalúdicas en los servicios generales de salud permitirá mantener una lucha permanente, con la flexibilidad necesaria. Las actividades deben iniciarse en las zonas afectadas y extenderse luego al país en su totalidad. Recordando que, en la sesión anterior, el Director General dijo al Consejo que si no se restaura la confianza en el programa antipalúdico de la OMS es poco probable que ésta pueda atraer los recursos que ahora necesita, el orador afirma que en algunos países se han empleado sumas enormes de dinero sin que los resultados hayan sido plenamente satisfactorios; que, sin embargo, se ha conocido el éxito cuando los programas antipalúdicos se han integrado en los servicios generales de salud y han recibido asistencia de la OMS en forma de insecticidas, equipos y, en ciertos casos, personal experto; y que el Director General está en lo cierto al subrayar que jamás se logrará la erradicación en todo el mundo si no se mantiene alguna forma de vigilancia y lucha.

Cree que los considerables fondos que se dedican a salarios del personal que trabaja en los programas antipalúdicos han contribuido al fracaso. Además todo cambio provoca una resistencia natural, que quizá en esta fase está impidiendo la adopción de nuevos métodos de lucha antipalúdica. El enfoque dinámico del Director General conduce a una discusión franca y abierta, que dará un nuevo estímulo para las actividades. Considera también el orador que puede aprenderse mucho de la exposición, realizada en la sesión anterior, sobre la implicación de la comunidad en la campaña antipalúdica llevada a cabo en China.

El Dr. BUTERA encarece la necesidad de que la OMS tome la relación costo/beneficio como primer criterio para sus futuras actividades antipalúdicas y afirma que posiblemente el programa hubiera conservado una mayor flexibilidad si en el pasado se hubiese empleado esta medida de forma consistente.

Expresa su acuerdo con la importancia atribuida por el Dr. Tarimo a la implicación de la comunidad. La OMS posee una función catalizadora vital que desempeñar, animando a los gobiernos para que busquen esa participación en un grado máximo. A decir verdad, deben tenerse plenamente en cuenta todas las recomendaciones del Comité Especial para evitar la repetición de pasados errores. Parece que el medio más eficaz de combatir el paludismo consiste en emprender inicialmente actividades - a través de los servicios primarios de salud y con los métodos disponibles - en las zonas afectadas, perfeccionando luego las estrategias. El orador conviene en que en la actualidad no es posible hablar de un plan para la erradicación del paludismo en todo el mundo.

El Dr. VALLADARES dice que conoce un país donde hace años se logró erradicar el paludismo en el 75% de su territorio, quedando el resto con escasa endemividad. Pero desde 1971 ha reaparecido la enfermedad en ciertas zonas, incluso en algunas donde se pensaba haber logrado la erradicación. Esto se ha debido fundamentalmente a la emigración a partir de fuentes de infección de países vecinos, a las condiciones especiales del Anopheles, y a la disminución de los recursos financieros disponibles para programas antipalúdicos. Se ha pensado en integrar los servicios antipalúdicos en los servicios generales de salud, pero hay divergencia de opiniones sobre el modo concreto de llevarlo a cabo. Cabe hacer un parangón entre las actividades de un grupo antipalúdico y las de un ejército, en el que no todas las compañías tienen la misma tarea ni el mismo armamento ni operan al mismo ritmo. Asimismo, no cabe pretender que todo el personal de salud se ocupe sin distinción de todas las operaciones de la lucha antipalúdica, tanto de las relacionadas con el hombre como de las relacionadas con el medio ambiente. Las primeras

deben estar integradas en los servicios sanitarios generales, que han de mantener una actitud flexible en las diversas fases de la ejecución del programa, de manera que se pueda sacar el máximo provecho de los últimos descubrimientos científicos. Tiene razón el Dr. Carrillo al decir que lo que está faltando es el impulso de la OMS que estimule y vuelva a despertar en los gobiernos el interés por la erradicación del paludismo.

El Dr. TAKABE destaca, a propósito de la orientación radicalmente nueva del programa antipalúdico, la importancia de adoptar métodos basados en principios logísticos sólidos y recuerda que en el programa de erradicación de la viruela la clave del éxito ha sido la estrategia seguida.

El Dr. YAÑEZ, suplente del Dr. Villani, considera que la OMS tiene una gran responsabilidad en la lucha contra el paludismo. No obstante, es aún mayor la responsabilidad de los países mismos, dependiendo el éxito de que se haga al pueblo consciente de la gravedad y urgencia de la situación. La participación activa de la colectividad es fundamental para el éxito. Es, además, indispensable que la acción se base en una vigilancia constante en los planos regional e interpaíses.

El Dr. DEL CID PERALTA dice que la misión del personal auxiliar en los programas antipalúdicos no se debe limitar a operaciones técnicas, como el rociamiento, sino que ha de estar en relación con el conjunto del programa. Por lo menos en un país conocido del orador hay una diferenciación entre el personal antipalúdico y el personal de los servicios sanitarios básicos: si hubiese verdadera integración eso no sucedería. En el programa antipalúdico de ese país, sólo el 2,5% de las muestras de sangre son recogidas por personal permanente, mientras que el resto lo es por personal voluntario. Ello revela una lamentable falta de interés de los servicios sanitarios generales por un programa tan importante como el de la lucha antipalúdica. Si el personal de salud pública no está convencido de la prioridad del programa antipalúdico mucho menos podrá convencer a la colectividad de la necesidad de participar activamente.

El Profesor NABEDE PAKAI concuerda con las opiniones expresadas acerca de la marcha de la campaña antipalúdica y da las gracias al Comité Especial por su interesante informe. El paludismo es uno de los grandes problemas de su Región. Para que un programa tenga éxito son indispensables no sólo el personal y los equipos especializados sino también, lo que es más importante, la participación activa de la población local. Se debe evaluar permanentemente la marcha del programa, para poder introducir en el momento oportuno los reajustes necesarios. Se deben adaptar los métodos a las distintas situaciones. Como no es de esperar que los países sigan financiando los programas antipalúdicos sin saber si los métodos aplicados son los idóneos, se ha de agradecer al Director General su deseo de actualizar la campaña antipalúdica y adaptarla a la evolución de las circunstancias.

El Dr. VENEDIKTOV dice que está plenamente de acuerdo con el juicio formulado por el Director General acerca de la situación y encuentra también interesantes las observaciones de los distintos oradores. La divergencia de las opiniones manifestadas refleja más la visión de los distintos aspectos del problema que un desacuerdo fundamental acerca de la lucha antipalúdica misma. No es posible lograr la erradicación en breve tiempo: a lo que más bien se debe tender es a la erradicación progresiva país por país. Es importante que los países tengan fe en el objetivo de la erradicación y que los gobiernos tengan siempre presente ese objetivo. Es necesario un enfoque complejo del problema, que entrañe la participación activa de la población, del personal sanitario y de las autoridades públicas en todos los planos. En lo que respecta a la OMS, los comités regionales deben estudiar detenidamente el problema y también convendría revisar y reforzar la función de la Sede.

El Dr. SHAMI, en calidad de Presidente del Comité Especial, da las gracias a los miembros del Consejo por sus elogios del informe. El Comité ha procurado formular recomendaciones de índole general, sin entrar en detalles sobre el modo de llevar a efecto esas recomendaciones puesto que, a su entender, la situación es diferente según los países.

En respuesta a la pregunta del Dr. Dlamini, dice el orador que, por experiencia propia, el modo mejor de recabar la cooperación de la colectividad es el contacto personal. A propósito de la cuestión planteada por el Dr. Baird, el Dr. Shami hace referencia a la intervención del Dr. Chen, que ha puesto de manifiesto lo mucho que pueden contribuir a la lucha contra una enfermedad la participación de una colectividad instruida, la cooperación interdisciplinaria en todos los planos, un personal sanitario profundamente interesado en su labor y, por último, una dirección de las operaciones orientada hacia la salud pública.

En respuesta a lo dicho el día anterior por el Director General, señala el orador que la intención de los miembros del Consejo no es ni alabar ni reprochar, sino simplemente manifestar su opinión sincera, y le da las gracias por su declaración de que la OMS hará todo lo posible por cooperar con los países y con los organismos internacionales y bilaterales en la eliminación del paludismo. Todos los países siguen esperando de la OMS que tome la iniciativa en todos los sectores sanitarios, pero especialmente en la lucha contra el paludismo.

El Dr. LEPES, Director, División de Paludismo y otras Enfermedades Parasitarias, en respuesta a una pregunta de varios oradores, dice que la intensidad de la endemoepidemicidad palúdica varía considerablemente y está directamente influida por las condiciones ecológicas locales. Por ejemplo, en algunas zonas hay menos de una picadura infectante por habitante y año, mientras que en otras hay más de 100. Tales diferencias de epidemicidad exigen de los servicios sanitarios formas de acción diferentes. Es, por lo tanto, importante que haya flexibilidad en la elección de los métodos de lucha, así como en su aplicación más o menos intensa, y en todas las actividades relacionadas con el paludismo.

Es verdad que la técnica ha tenido gran influencia sobre los programas de erradicación del paludismo. Aún no se han aprovechado todas las posibilidades de otros métodos encaminados a reducir la densidad de los mosquitos, por ejemplo, el empleo de peces predadores, de larvicidas químicos y de obras de ingeniería. No obstante, erraría quien pensase que la mera aplicación de esas medidas resolvería el problema de la transmisión del paludismo. Téngase en cuenta que nunca se ha concebido el programa de erradicación del paludismo en función de la erradicación de los vectores, aunque esa erradicación se ha conseguido en la isla de Chipre y en cuatro islas del Adriático utilizando peces predadores. El rociamiento de las viviendas con insecticidas tenía por objeto acortar la vida de los vectores, interrumpiendo así el ciclo esporogónico del desarrollo del parásito y finalmente la transmisión del paludismo. Sobre este elemento básico se estableció el concepto de la erradicación del paludismo. Con ningún otro de los métodos existentes se puede interrumpir la transmisión.

Si bien conviene ensayar todas las posibilidades, no se deben olvidar los datos técnicos pertinentes. Es verdad que la participación de la colectividad permite reducir considerablemente la población de vectores lográndose, en consecuencia, si no la interrupción global de la transmisión, al menos su reducción en aquellas zonas donde la intensidad de la endemoepidemicidad lo haga posible. Téngase, pues, presente que, mientras en algunos países es viable la erradicación, en otros, de alta endemicidad palúdica, sólo cabe esperar reducir la morbilidad y la mortalidad.

En lo que respecta a la cuestión planteada por el Dr. Chen y el Dr. Venediktov, es verdad que, aun cuando se han evaluado los programas en cuanto a sus aspectos técnicos, con frecuencia no se han adoptado las medidas prácticas que exigía la situación.

En respuesta a la pregunta del Dr. Cumming acerca de la capacitación de personal profesional, dice el Dr. Lepas que es preciso hacer más para formar malariólogos en las técnicas de la erradicación. El objetivo habría de ser formar personal de salud pública con conocimientos especializados y completos sobre la ecología del paludismo como enfermedad, es decir, de sus relaciones con el huésped humano y el vector, así como con otras enfermedades parasitarias. Ese personal debería estar capacitado para asesorar en las campañas antipalúdicas y participar en la formación del personal sanitario. La mayoría de los miembros del Consejo tienen sin duda conocimiento del curso para la capacitación de malariólogos que se está desarrollando en colaboración con la Escuela de Salud Pública de Teherán y de otro curso semejante organizado en México. Aparte de esos cursos especializados, los servicios nacionales de salud tendrán que seguir formando personal profesional y auxiliar para la realización de campañas, siendo además necesarias otras actividades especiales de formación. El diagnóstico y la quimioterapia del paludismo deberían figurar en los planes de estudio de las facultades de medicina, sobre todo en los países desarrollados.

La resistencia a los medicamentos, lejos de estar reducida a los países de la Región de Asia Sudoriental, se ha observado también en la Región del Pacífico Occidental, así como en América Central y del Sur. Hasta ahora no se ha registrado resistencia a la cloroquina en Africa. Entre otras medidas que piensa adoptar la OMS en relación con la resistencia a la cloroquina, además de las investigaciones para obtener nuevos medicamentos antipalúdicos, está la distribución de estuches de ensayo que faciliten a los servicios nacionales de salud el estudio del problema en los países donde se sospeche que exista esa resistencia.

El Dr. BERNARD, Subdirector General, dice que se ha tomado nota de todas las opiniones expresadas en el debate, para tenerlas en cuenta en la orientación futura del programa de lucha antipalúdica, y agradece su colaboración a los miembros del Consejo y en particular a los miembros del Comité Especial. Es indiscutible que incumbe a la OMS asumir la dirección del programa antipalúdico, en los planos mundial y regional, y ayudar a los países a formular y ejecutar sus programas nacionales. Muchos oradores han preguntado cómo se propone la OMS desempeñar esa función y qué recursos puede dedicar a la empresa. Hay que reconocer sin ambages que lo único que la Organización puede ofrecer en la etapa actual son principios y orientaciones básicas. Por el momento no es posible dar respuestas pormenorizadas acerca de todas las cuestiones; la OMS ha llegado a un punto crucial del programa y está tratando de reorientar su política. El Comité Especial ha debatido extensamente la cuestión y sus recomendaciones se presentan como orientaciones sobre cuya base el Director General podrá elaborar planes detallados.

En el sector de la formación y las investigaciones, los progresos han sido más considerables. Se han proseguido activamente las investigaciones, y el Dr. Lepes ha indicado las medidas que se están adoptando para intensificar la formación de malariólogos en las regiones. El problema crucial radica en las operaciones, punto al que el Director General está dedicando particular atención. Mucho podría hacerse con los recursos financieros y de personal de que se dispone. El Comité Especial ha recomendado que el Consejo Ejecutivo y el Director General emprendan un estudio especial sobre la mejor manera en que podría organizarse la lucha antipalúdica en los diversos planos operativos de la OMS; sobre la base de esta recomendación se hará un nuevo despliegue de los recursos de la OMS en la Sede, en las regiones y en los países. Sólo cuando se haya establecido la nueva orientación podrá el Director General informar al Consejo si bastan los fondos del presupuesto ordinario o si debe procurarse allegar fondos complementarios. Se examinará también el orden de prioridades para ver si es posible sacrificar ciertas actividades con miras a dedicar mayores esfuerzos y recursos al programa antipalúdico. En este examen del lugar que ocupa el programa antipalúdico en el conjunto de las actividades de la OMS, las regiones tienen una importante función que ejercer, por mediación de sus comités regionales, facilitando indicaciones sobre la situación del paludismo en su zona e ideando soluciones regionales. Un ejemplo de la colaboración que pueden aportar las regiones es la reunión que se celebrará en abril en Nueva Delhi para examinar la situación del paludismo en Asia Sudoriental.

El Dr. Jakovljević ha preguntado qué lecciones pueden extraerse del programa de erradicación de la viruela. En un plano general, ese programa ha puesto de manifiesto la importancia de la flexibilidad y de la capacidad de adaptación, pero en el plano operativo no es posible establecer una analogía demasiado estrecha entre los dos programas.

En cuanto a la referencia del Dr. Venediktov a la colaboración con otras instituciones, esa colaboración sólo podrá ser eficaz cuando la Organización haya decidido la orientación precisa que deba darse al programa.

Entre otros puntos mencionados están el problema de la integración y el de la participación de la comunidad, cuestiones estrechamente vinculadas entre sí. En la fase actual no es posible dar ningún detalle concreto sobre la forma en que deberá efectuarse la integración; se trata más bien de una cuestión de adaptación a una amplia variedad de situaciones diferentes. Por una parte, la OMS no puede mantener estructuras verticales para los programas antipalúdicos; por otra parte, los servicios básicos de salud no están todavía completamente organizados ni equipados y no puede esperarse de ellos que asuman con eficacia la lucha antipalúdica. Debe procurarse encontrar no una sino varias soluciones intermedias, e ir delegando más atribuciones a los servicios básicos de salud a medida que vaya en aumento la capacidad de éstos. No se trata de replantear la teoría ni los principios sino más bien de establecer diferentes criterios prácticos para países con diferentes condiciones epidemiológicas y socioeconómicas, y esto es lo que se propone hacer la Organización.

Acerca de la participación de la comunidad, coincide el orador con el criterio de los miembros del Consejo que se han manifestado partidarios de que esta participación se organice sobre una base muy amplia con objeto de que, una vez conseguida la integración de servicios, las comunidades locales puedan aplicar las medidas antipalúdicas por sí mismas, sin necesidad de una pesada superestructura de servicios antipalúdicos. Podrían hallarse métodos sencillos para impedir la cría de vectores y su penetración en los hogares, medidas que serían aplicables en las diversas localidades con la participación activa de toda la comunidad.



El DIRECTOR GENERAL, en respuesta a la cuestión suscitada por el Dr. Shami, dice que no trata de rehuir las críticas del Consejo. En realidad, agradece esas críticas y todas las observaciones que los miembros del Consejo pueden formular, y en modo alguno las interpreta como un ataque.

Su actitud frente a la erradicación del paludismo se basa en parte en su experiencia en relación con una propuesta presentada tiempo atrás para que la OMS organizara un programa de erradicación de la tuberculosis. En aquella ocasión se opuso a la propuesta por razones técnicas, y por esta misma clase de razones considera imprudente esperar que se consiga la erradicación mundial de paludismo dentro de un determinado límite de tiempo.

En cuanto a la integración, la OMS propugna la integración no sólo de los diversos componentes de la asistencia sanitaria, sino de esta clase de asistencia dentro del desarrollo socioeconómico general. Considera que si no ha sido posible movilizar en mayor medida la participación de la comunidad, ha sido porque el personal de salud no está bastante persuadido de la relación que existe entre la salud y la estructura social y económica. Un ejemplo concreto de esta falta de integración es la resistencia a los insecticidas con que se tropieza, y que no ha sido causada por ningún fallo de los servicios de salud sino por el empleo indiscriminado de insecticidas en la agricultura.

Algunos miembros se han referido a la necesidad de acelerar el ritmo de ejecución del programa antipalúdico. Esta aceleración no será posible hasta que los diversos países de las regiones hayan alcanzado una fase en que, sobre la base de unos criterios de programa precisos, puedan determinar sus necesidades y pedir a la OMS su colaboración. Sólo entonces la OMS podrá emprender las actividades necesarias en un periodo de tiempo relativamente corto. Pide, por consiguiente, al Consejo que permita a la Secretaría proseguir las actividades que ha venido desarrollando hasta ahora, hasta que se convenza de que la situación, en los planos de los países y de las regiones, demuestre que su programa antipalúdico fue concebido con acierto.

El PRESIDENTE invita al Presidente y los miembros del Comité Especial sobre Paludismo, juntamente con los Relatores y la Secretaría, a preparar un proyecto de resolución.

El Dr. SHAMI dice que el Comité Especial ha presentado su informe en cumplimiento del inciso 2 del párrafo 2 de la parte dispositiva de la resolución EB55.R37. El informe está a la disposición del Consejo para que se prepare el proyecto de resolución que ha pedido el Presidente.

El PRESIDENTE da las gracias al Presidente y los miembros del Comité Especial por el eficaz trabajo que han llevado a cabo.

2. EXAMEN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PROPUESTO PARA 1976 Y 1977 (EJERCICIO FINANCIERO DE 1977): Punto 10 del orden del día (resoluciones WHA26.38, WHA28.52 Y WHA28.76; Actas Oficiales N<sup>os</sup> 220 y 223; documentos EB57/6, EB57/WP/1-7 y EB57/WP/9 y 10) (continuación)

#### El proceso de evaluación en la OMS (continuación)

El PRESIDENTE somete a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución revisado:

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe del Director General sobre el proceso de evaluación en la OMS;

Persuadido de la necesidad de fortalecer y mejorar la evaluación del programa de la Organización de manera permanente;

Considerando que, para que el proceso de evaluación sea efectivo, la Organización ha de establecer objetivos específicos y, siempre que sea posible, cuantificados, sobre todo a nivel nacional y regional;

Considerando que, en su estudio orgánico sobre las relaciones entre los servicios técnicos centrales de la OMS y los programas de asistencia directa a los Estados Miembros, el Consejo señaló que era necesario intensificar la colaboración con los Estados Miembros para evaluar sistemáticamente la ejecución del programa de la Organización y sus repercusiones últimas en la situación sanitaria de los países,

1. DA LAS GRACIAS al Director General por su informe;

2. HACE SUYAS las propuestas del Director General respecto del proceso de evaluación del programa en todos los niveles operativos de la Organización;

3. RECOMIENDA que todos los Estados Miembros apliquen los nuevos criterios de evaluación de los programas de salud; y
4. PIDE al Director General que, al poner en práctica sus propuestas, tenga en cuenta los debates habidos en la 57ª reunión del Consejo Ejecutivo y que informe al Consejo y a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los resultados obtenidos y de los progresos realizados en el proceso de evaluación del programa.

Decisión: Se adopta la resolución.

Prevención de incapacidades y rehabilitación (continuación)

El PRESIDENTE somete a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe del Director General,

1. PIDE al Director General que presente un nuevo informe a la 29ª Asamblea Mundial de la Salud, teniendo en cuenta las deliberaciones del Consejo Ejecutivo; y
2. RECOMIENDA a la 29ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:  
"La 29ª Asamblea Mundial de la Salud,  
Vista la resolución WHA19.37;  
Enterada del informe del Director General;  
Considerando que las incapacidades tienen graves consecuencias médicas, económicas, sociales y psicológicas para millones de personas en la población mundial;  
Persuadida de que los servicios existentes son costosos e inadecuados y de que la ampliación de las estructuras existentes no bastaría para atender las necesidades de la mayoría de los países,  
1. DA LAS GRACIAS al Director General por su informe;  
2. RECOMIENDA que la política de la OMS en materia de prevención de las incapacidades y de rehabilitación se oriente en función de los siguientes objetivos:  
1) promover la aplicación de medidas eficaces para prevenir las incapacidades;  
2) promover la aplicación de criterios prácticos y de técnicas apropiadas para prevenir las incapacidades e integrar la prevención y la rehabilitación en todos los niveles de actividad de los programas de salud, en particular los de atención primaria;  
3) atender en primer término los problemas de incapacidad a los que puedan darse soluciones más prácticas y eficaces, que resulten aceptables a la población; y  
4) incorporar los métodos apropiados de prevención de las incapacidades y de rehabilitación en el adiestramiento de todo el personal de salud interesado;  
3. SEÑALA a la atención de los Estados Miembros la importancia de la prevención de las incapacidades y de la rehabilitación como elemento de los servicios sanitarios y sociales y la necesidad de que todas las instituciones interesadas en la promoción de la salud, incluidos los servicios de asistencia social, colaboren en esas actividades; y  
4. PIDE al Director General  
a) que promueva la aplicación de esos nuevos criterios; y  
b) que obtenga la cooperación de otros organismos de las Naciones Unidas y de las organizaciones no gubernamentales con el fin de ponerlos en práctica."

El Dr. EHRLICH pregunta si la presentación del proyecto de resolución a la Asamblea de la Salud obligará a crear un nuevo punto del orden del día de la Asamblea, ya bastante cargado actualmente.

El DIRECTOR GENERAL ADJUNTO explica que la cuestión de que trata el proyecto de resolución forma parte del punto 2.5 del orden del día provisional de la Asamblea de la Salud (Informe sobre cuestiones técnicas) como punto 2.5.16.

El Dr. EHRLICH se pregunta si no habría otras maneras de establecer la política que se define en el proyecto de resolución, sin necesidad de someterla a la consideración de la Asamblea, y si los debates habidos en el Consejo sobre la cuestión no constituyen base suficiente en que apoyarse.

El DIRECTOR GENERAL ADJUNTO dice que al Consejo incumbe decidir la cuestión. Sin embargo, es probable que la Asamblea de la Salud desee debatir la cuestión de la rehabilitación y las incapacidades, con todas sus ramificaciones.

El PRESIDENTE dice que ha sido deseo del Consejo, después de haber debatido extensamente el problema, presentar a la Asamblea de la Salud un proyecto de resolución sobre la materia.

Decisión: Se adopta la resolución.

3. PROMOCION DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD EN RELACION CON LA ATENCION PRIMARIA:  
Punto 16 del orden del día (resolución WHA28.88; Actas Oficiales N° 226, Anexo 15; documento EB57/20)

El Dr. NEWELL, Director, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, explica que el documento EB57/20 completa la documentación presentada en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la promoción de los servicios sanitarios nacionales (Actas Oficiales N° 220, Anexo 15) y que en él se abordan dos cuestiones concretas, en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución WHA28.88.

En primer lugar, se hace una reseña sucinta de las actividades emprendidas desde mayo de 1975. Se ha progresado satisfactoriamente tanto dentro de la OMS como en otros organismos internacionales y bilaterales y en los países. El programa recibe clara prioridad en la Sede y las oficinas regionales así como en los programas nacionales; su carácter y su importancia se comprenden ahora mejor y se ha pensado en una serie de posibilidades y propuestas, a muchas de las cuales es posible dar aplicación práctica. El programa ha tenido gran eco en los organismos internacionales, sobre todo en el UNICEF, que se ha decidido a modificar todo su programa de salud para adaptarlo a las ideas de la OMS sobre la asistencia sanitaria primaria y procede ahora a la información e instrucción detalladas del personal destacado en los países. Otros organismos, como el PNUD, han dado también una acogida entusiasta a la resolución de la Asamblea de la Salud. En una reunión convocada por el Director Regional para Africa y a la que asistieron numerosos y diversos organismos internacionales y bilaterales de crédito se adoptaron varias decisiones en apoyo de las iniciativas tomadas por la OMS para el desarrollo de los servicios de salud.

Los resultados deberán, sin embargo, juzgarse por la acción que se emprenda en los países. Es preciso tener paciencia y comprender las enormes dificultades con que los países tropiezan. Algunos han tomado ya decisiones nacionales en cumplimiento de la resolución de la Asamblea de la Salud sobre la asistencia primaria como parte de sus procesos nacionales de programación sanitaria; ciertos países que han alcanzado recientemente la independencia han incluido la asistencia primaria en sus proyectos iniciales y otros han expresado vivo interés. Aunque la OMS colabore y participe en esos esfuerzos, es preciso entender que el país ha de seguir su propio ritmo y que no puede imponérsele el de la Organización. Pese a los progresos realizados, quedan todavía auténticos problemas: i) la fase de promoción que precede a la presentación de una propuesta nacional concreta es onerosa y requiere largo tiempo. Hasta la fecha no se han conseguido recursos extrapresupuestarios para este fin, pese al interés declarado de algunos posibles donantes. Si no hay fondos para financiar esta fase, se producirán demoras y se perderán, incluso en 1976, algunas oportunidades. ii) La relación entre la asistencia sanitaria primaria y el desarrollo nacional y rural es cada vez más clara. Se han propuesto ya medidas a este respecto pero queda todavía mucho por hacer. iii) Un programa semejante requiere indefectiblemente la transferencia de recursos humanos y financieros de otros proyectos y programas en todos los niveles, tanto dentro como fuera de la OMS, pese a las dificultades que ello pueda entrañar. Estos tres tipos de problemas eran previsibles y tienen solución: la OMS debe resolverlos con rapidez.

La segunda cuestión abordada en el documento EB57/20 es la propuesta de una conferencia internacional sobre la organización de la asistencia sanitaria primaria como parte de los servicios nacionales de salud. Al Consejo Ejecutivo incumbe formular recomendaciones sobre la necesidad de tal conferencia y la forma de su celebración. El Director General no está persuadido de que sea el momento oportuno; a su juicio, en la fase de promoción y selección conviene centrar la acción en los planos regional, subregional y nacional, y proseguirla con claro conocimiento y conciencia de los problemas y de las soluciones que actualmente se adoptan en cada país. La organización de reuniones regionales para intercambiar experiencia puede ser

útil y se ha propuesto en una región por lo menos. Las dos reuniones subregionales previstas en Africa para 1976 son también una medida preliminar útil para el intercambio nacional intensivo. Más tarde, quizá convenga aunar todas estas experiencias nacionales y regionales, y la convocatoria de una conferencia al efecto contaría con el apoyo del Director General, pero no es probable que la oportunidad se presente hasta dentro de unos años. Si tal conferencia llega a celebrarse, sería preferible organizarla en un país del mundo en desarrollo, lo que supondría un gasto de \$500 000, cuando menos.

Se ha recibido una oferta oficial del Ministro de Salud de Egipto, que acogería complacido la convocación de una conferencia en El Cairo si el Consejo decide que su organización es útil o necesaria. Es posible que se reciban otras ofertas análogas, pero cuando se decida la fecha y el lugar de celebración de la conferencia será preciso estudiar la forma de financiarla. El Director General ha propuesto dos variantes que pueden estudiarse por separado o conjuntamente. Una es la organización de reuniones regionales sobre el tema, cuyos resultados se comunicarían al Consejo Ejecutivo o a la Asamblea de la Salud. La otra consiste en seguir acopiando datos nacionales y subnacionales, actividad que comenzó con el estudio conjunto UNICEF/OMS y cuyos resultados se presentaron al Consejo Ejecutivo en su 55ª reunión y a la 28ª Asamblea Mundial de la Salud. Las dos propuestas son viables.

El Director General acogerá complacido las instrucciones del Consejo a este respecto antes de tomar cualquier disposición. Si el Consejo está persuadido de que es preciso celebrar una conferencia internacional en 1977, el Director General desearía conocer su opinión sobre cómo ha de seleccionarse el país huésped, qué recursos financieros han de utilizarse para ello y qué temas han de inscribirse en el orden del día correspondiente. La Secretaría podría tomar las disposiciones necesarias en consulta directa con los gobiernos, en colaboración con un comité especial del Consejo, o por algún otro medio. Tal vez sea preferible debatir la necesidad y las ventajas y desventajas de organizar esa conferencia en 1977, antes de abordar las cuestiones de procedimiento.

El Dr. VENEDIKTOV atribuye gran importancia al tema que se examina y le sorprende la forma en que se ha presentado. Vistas las claras directrices que se dieron en la resolución WHA28.88, es incomprensible que se ponga ahora en tela de juicio la oportunidad de celebrar esa conferencia. Cuando ha informado al Consejo de la invitación recibida del Ministro de Salud de Egipto, el Dr. Newell ha olvidado mencionar que el Director General ha recibido también una carta del Gobierno de la URSS en la que propone que esa conferencia se celebre en 1977 en cualquiera de las Repúblicas de la Unión Soviética, y que el Gobierno de su país está dispuesto a aportar una considerable contribución financiera, en particular, a sufragar los gastos de los participantes procedentes de países en desarrollo. La celebración de una conferencia de esta clase es sumamente importante y no debe aplazarse más de lo preciso, aunque probablemente no será posible organizarla antes del verano de 1977; habrán pasado para entonces varios años desde que la OMS asignó prioridad máxima a la organización de la asistencia sanitaria primaria en los países en desarrollo.

La cuestión se suscitó por primera vez en un informe presentado por el Director General a la 55ª reunión del Consejo Ejecutivo. Un grupo de trabajo había examinado entonces con detalle todos los asuntos pertinentes y el Consejo estudió el tema. A continuación, hubo un animado debate en la Asamblea de la Salud sobre qué era la asistencia sanitaria primaria, cómo podría organizarse, qué función debían desempeñar en ella las diversas categorías de personal de salud y cuáles serían sus relaciones con los servicios sanitarios nacionales; como consecuencia, la Asamblea adoptó la resolución WHA28.88, en la que reconocía que la asistencia sanitaria primaria es el punto inicial de contacto del individuo con el sistema nacional de salud y encarecía la importancia de formar diversas categorías de personal en asistencia sanitaria primaria. Además, la OMS ha editado una publicación en la que se describe la asistencia sanitaria primaria en seis países. Esta es toda la información disponible sobre la interpretación que la OMS da al concepto de asistencia sanitaria primaria.

Se ha afirmado que para el año 2000 todos los países habrán de contar con una asistencia médica completa, pero no queda todavía claro qué se propone hacer la OMS en relación con el problema de la asistencia sanitaria primaria. Se han expresado múltiples opiniones, pero aún no se ha adoptado una decisión terminante. Ciertamente es que a la OMS corresponde iniciar este imponente programa, pero antes de iniciarlo hay que definirlo con toda claridad. Hay que pensar en la importancia que tiene dar lo antes posible asistencia médica a la población mundial.

Se ha hecho hincapié en la importancia de la función que a la OMS incumbe a este respecto, sobre todo en relación con las zonas rurales y las barriadas miserables que rodean las ciudades de los países en desarrollo. Ni la propaganda ni las resoluciones bastan. Lo que hace falta es un documento en el que se exponga la estrategia para los próximos cinco o diez años. Muchos países tienen una experiencia interesante en estas actividades: por ejemplo, se han adoptado medidas prometedoras en países de América Latina, Asia y Europa. En este sector de actividad, el orador quedó impresionado ante lo que vio en Argelia y también ha leído algo acerca de las disposiciones adoptadas en la República Unida de Tanzania y en otros países. Es importante estudiar distintos métodos para resolver este complicado problema. No basta con enviar otro grupo de expertos a unos cuantos países y preparar otra publicación ni con organizar reuniones conjuntas de expertos de la OMS y del UNICEF, por calificados que esos expertos sean. En un libro sobre la salud y los países en desarrollo publicado por el Fondo Rockefeller hace algunos años se decía que los autores no habían podido por falta de tiempo visitar diversos países, comprendidos la Unión Soviética y China; en ese libro no se había conseguido destacar el espíritu de la asistencia sanitaria primaria. Hasta el Quinto Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial carece de datos sobre mortalidad y morbilidad en Africa. En general, la información sobre las dificultades y las necesidades de los países en desarrollo es insuficiente.

Es fundamental que se celebre la conferencia prevista para que puedan conocerse las opiniones de todos los países y organizaciones sobre la cuestión. Al argumento de que la conferencia será cara y de que podría ser inútil, cabe responder que muchas conferencias son caras y no siempre muy eficaces, lo que no impide que todos los años se celebren cientos de congresos y simposios científicos en todo el mundo sin que nadie discuta su oportunidad.

Esta es la primera noticia que el orador tiene de la invitación formulada por el Gobierno de Egipto; el Gobierno de la URSS tomó la iniciativa de enviar su invitación en vista de que no se sabía nada sobre otras posibles invitaciones y con el deseo de dar a los participantes ocasión de expresar sus diversas opiniones sobre la organización de la asistencia sanitaria primaria. No importa que en la conferencia no se formulen recomendaciones: lo importante es que quede constancia de los debates para uso de todos los interesados. El Gobierno de la Unión Soviética está dispuesto a mostrar a los participantes lo que ha hecho a este respecto en su país durante los últimos 50 años. Hay ejemplos interesantes y variados en muchas repúblicas diferentes. Los donantes y los representantes de organizaciones benéficas serán bienvenidos, pero deberán sufragar sus propios gastos. El Gobierno de la Unión Soviética está dispuesto a financiar la organización de la conferencia hasta unos dos tercios de la suma mencionada (los detalles pueden discutirse de inmediato o en un futuro muy próximo). También está dispuesto a recibir a un comité de miembros del Consejo, si así se desea, para examinar las condiciones en que podría celebrarse la conferencia en la URSS, pero antes habrá que tomar una decisión firme sobre su convocatoria. No se tiene el propósito de utilizar la conferencia como plataforma con fines propagandísticos ni para imponer la experiencia de la Unión Soviética a otros países.

Después de lo sucedido con el paludismo, es fundamental dar directrices claras y específicas. El tema que se debate debe examinarse en todas las divisiones competentes de la OMS, en particular en las relacionadas con el programa ampliado de inmunización, y con la formación y el perfeccionamiento del personal de salud. La conferencia puede aportar una importante contribución a la estrategia de la OMS. Apenas quedan 25 años para el año 2000 y los objetivos enunciados por el Director General sólo se alcanzarán si todos los interesados colaboran con entusiasmo.

El DIRECTOR GENERAL dice que no cabe duda alguna de que toda resolución de la Asamblea de la Salud es vinculante para la Secretaría y pide disculpas al Dr. Venediktov si de la presentación del tema ha parecido desprenderse otra cosa. Probablemente, ello se debe a que en la resolución de la Asamblea se consideraba conveniente celebrar la conferencia. Lo que el Director General había querido decir es que el Consejo debe decidir cuál es el momento más adecuado para convocar esa conferencia y que tal vez fuera útil despertar el interés de las regiones y de los países antes de su celebración.

Cuando se haya tomado una decisión acerca del lugar y la fecha de la celebración, se hará todo lo posible por que la conferencia sea un éxito. Es posible que se reciban varias invitaciones y el Director General estima difícil decidir al respecto, por lo que desearía que

el Consejo le autorice a invitar a un pequeño grupo de sus miembros a que se reúna en Ginebra en un momento u otro del mes de marzo, cuando haya transcurrido un plazo razonable para la recepción de invitaciones, y le dé las directrices necesarias para la negociación. Entonces se podría obtener la información necesaria de los países que se hayan ofrecido como huéspedes para proceder a la selección definitiva. Los resultados podrían comunicarse al Consejo en su próxima reunión del mes de mayo.

El Dr. Newell ha omitido en efecto mencionar la invitación que el Director General había recibido personalmente del Gobierno de la URSS unos días antes y el orador pide sinceras excusas por esta omisión. La invitación de la URSS es verdaderamente muy generosa, por cuanto se ofrece a tomar disposiciones muy flexibles y a sufragar todos los gastos locales, no sólo para la administración de la conferencia sino también para todos los viajes que los participantes estimen necesario efectuar en el interior del territorio nacional.

El Dr. VENEDIKTOV pregunta si se considera realmente que el periodo transcurrido desde la última Asamblea de la Salud es demasiado breve para que se hayan recibido todas las invitaciones posibles y que las recibidas son insuficientes para proceder a una selección inmediata.

El DIRECTOR GENERAL no dudará en aceptar que se cierre la lista de posibles países huéspedes, si el Consejo así lo desea; el comité restringido cuya constitución ha propuesto podría reunirse antes de que termine la actual reunión del Consejo y dar asesoramiento sobre las medidas que convenga tomar.

Se levanta la sesión a las 12,35 horas.