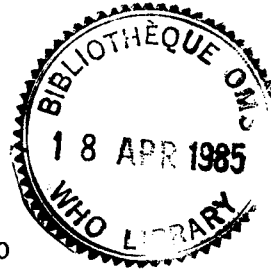




CONSEJO EJECUTIVO

76^a reunión

Punto 5 del orden del día provisional



INFORME SOBRE REUNIONES DE COMITES DE EXPERTOS Y GRUPOS DE ESTUDIO

Informe del Director General

El Director General da cuenta en el presente documento de cinco reuniones de comités de expertos¹ y cuatro reuniones de grupos de estudio² cuyos informes han aparecido en inglés y francés desde la 75^a reunión del Consejo Ejecutivo.³

En el presente documento se reseñan las reuniones de cinco comités de expertos y de cuatro grupos de estudio, así como los informes respectivos, por el siguiente orden:

1. METODOS Y PROGRAMAS DE PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES
Informe de un Comité de Expertos de la OMS
2. VIGILANCIA DE LA CONTAMINACION DEL MEDIO EN RELACION CON EL DESARROLLO
Informe de un Comité de Expertos de la OMS
3. NECESIDADES DE PERSONAL SANITARIO PARA ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 MEDIANTE LA ATENCION PRIMARIA
Informe de un Comité de Expertos de la OMS
4. IDENTIFICACION Y LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO
Informe de un Comité de Expertos de la OMS
5. RECONOCIMIENTO Y CONTROL DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ADVERSOS EN EL TRABAJO
9º informe del Comité Mixto OIT/OMS
6. LIMITES DE EXPOSICION PROFESIONAL QUE SE RECOMIENDAN POR RAZONES DE SALUD:
SUSTANCIAS IRRITANTES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
7. INVESTIGACIONES SOBRE LA TENSION ARTERIAL EN LOS NIÑOS
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
8. EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPROA EN RELACION CON LA LUCHA ANTILEPROSA
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
9. LA LUCHA ANTIPALUDICA COMO PARTE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS

¹ De conformidad con el Artículo 4.23 del Reglamento de los Cuadros y Comités de Expertos (OMS, Documentos Básicos, 35^a ed. 1985, p. 99).

² De conformidad con el párrafo 4 de la parte dispositiva de la resolución EB17.R13.

³ Para facilitar la consulta, se adjuntan al presente documento sendos ejemplares de los informes (destinados exclusivamente a los miembros del Consejo Ejecutivo) en su forma definitiva o en pruebas de imprenta.

1. METODOS Y PROGRAMAS DE PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

Informe de un Comité de Expertos de la OMS
Ginebra, 12-16 de septiembre de 1983¹

1.1 Antecedentes

A raíz de haber adoptado la Asamblea de la Salud las resoluciones WHA28.64 (1975), WHA31.50 (1978) y WHA36.14 (1983) en las que se subraya la importancia de la prevención de las enfermedades bucodentales, y en conformidad con el foco central del programa de salud bucodental en el último decenio, se convocó la reunión de un Comité de Expertos de la OMS encargado de dar orientaciones sobre el establecimiento y la ejecución de programas nacionales de salud bucodental en los que se dé particular importancia a la prevención a fin de mejorar la salud bucodental en sus aspectos susceptibles de medición.

Un vasto grupo de países industrializados y un grupo mucho más reducido de países en desarrollo han aportado pruebas indiscutibles de la eficacia de la prevención de la caries dental, principalmente mediante diversos usos de los fluoruros. En algunas poblaciones, la reducción de esa enfermedad ha llegado a cerca de un 80% y parece que continúa en todos los casos en que la tendencia se ha iniciado. Más recientemente se han observado además en esos países signos de mejoras en la salud periodóntica.

En muchos países en desarrollo, sin embargo, la prevalencia de las periodontopatías sigue siendo muy elevada y la de la caries dental va en aumento, en particular en las comunidades urbanas. Es evidente que la aplicación de los conocimientos de que se dispone actualmente es de suma importancia, tanto en relación con la salud como en términos económicos.

1.2 El informe

El informe está centrado en la planificación de programas de salud bucodental y en la elección de estrategias de prevención apropiadas. Así, el informe trata de ofrecer a las autoridades sanitarias pautas prácticas sobre la manera de establecer programas nacionales de salud bucodental con particular insistencia en la prevención. Con este fin se intenta sentar una base para la elección de estrategias y procedimientos en función de los niveles de enfermedad y de los recursos.

Los cimientos en que están basadas esas orientaciones se describen en la primera parte del informe, que trata de los patrones de distribución de las enfermedades y de sus tendencias, de los objetivos de salud bucodental para el año 2000, de los métodos establecidos para prevenir las enfermedades bucodentales y de la función de la educación sanitaria y el fomento de la salud. Se examinan los tres pilares de la prevención de las enfermedades bucodentales, a saber, la higiene bucodental, el empleo óptimo de fluoruros, y la prudencia dietética. El uso de fluoruros tiende a predominar, lógicamente, a causa de los notables beneficios que se han derivado de la aplicación de los diversos métodos de prevención, de eficacia comprobada, en los que los fluoruros constituyen el factor esencial. Sin embargo, se señala la necesidad de prevenir la fluorosis dental en las poblaciones donde los fluoruros se encuentran en proporciones excesivas en el medio ambiente natural, y se ha procurado describir todos los métodos de los que se ha comprobado que son eficaces para la prevención o la lucha contra las enfermedades bucodentales.

En la prevención de esas enfermedades es mucho lo que pueden hacer las poblaciones, y en el informe se insiste en la importancia de la educación sanitaria y del fomento de la salud.

1.3 Las recomendaciones

En las recomendaciones se insiste en la importancia de la autoasistencia y la participación de la comunidad, en la necesidad de conseguir la intervención del personal de salud de

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 713, 1984.

todas las categorías y de introducir las modificaciones apropiadas en sus programas de formación; en la posibilidad de transferir recursos por conducto del Programa Internacional de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA36.14; y en la necesidad urgente de acelerar la preparación de un manual sobre programas de prevención de las enfermedades bucodentales en los que se expongan pormenorizadamente los principales elementos del informe.

1.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

La caries dental y las periodontopatías, las dos enfermedades bucodentales que afectan a poblaciones enteras o pueden afectarlas, pueden reducirse intensificando al máximo la prevención hasta alcanzar un nivel que sea insignificante desde el punto de vista de la salud pública. Así pues, el informe puede promover mejoras importantes - o evitar un empeoramiento masivo - en la salud bucodental si las autoridades nacionales responsables de la planificación y el funcionamiento de los servicios de salud aplican sus orientaciones. La base del éxito es una organización, administración, educación y vigilancia apropiadas así como el mantenimiento de los sistemas de prevención una vez establecidos.

Aunque el programa OMS de salud bucodental lleva ya por lo menos un decenio centrando su atención en los aspectos preventivos, se trata ahora de intensificar en gran medida las actividades encaminadas a conseguir que el mensaje contenido en el informe llegue a los Estados Miembros. No es difícil fortalecer la prevención en los lugares donde su eficacia es ya evidente, ya sea en los países industrializados o en los países en desarrollo donde se ha podido comprobar la eficacia de la prevención. Sin embargo, hay gran número de países cuyas poblaciones han estado hasta ahora relativamente exentas de las formas destructivas de las enfermedades bucodentales comunes y que, por consiguiente, no se dan bastante cuenta de la rapidez y la importancia de la deterioración de la salud bucodental que puede derivarse de la evolución en los hábitos de una sociedad, en ausencia de un programa de prevención bien establecido. Es en esos países, en particular, donde la OMS debe difundir el conocimiento de esos problemas y donde conviene aprovechar al máximo el programa interregional de colaboración para el desarrollo de la salud bucodental. El informe viene además a recordar oportunamente que, si bien es cierto que la caries dental y las periodontopatías pueden prevenirse y combatirse con los mejores efectos, el programa OMS de salud bucodental debería estudiar las posibilidades de combatir y prevenir otras enfermedades y afecciones bucodentales que, aun siendo menos prevalentes, son de mayor importancia para el individuo.

2. VIGILANCIA DE LA CONTAMINACION DEL MEDIO EN RELACION CON EL DESARROLLO

Informe de un Comité de Expertos de la OMS
Ginebra, 14-21 de noviembre de 1983¹

2.1 Antecedentes

La contaminación ambiental es un problema fundamental que se plantea en muchos de los países en desarrollo. En estos países, sobre todo en los grandes centros urbanos e industriales o en sus cercanías, los desechos industriales y domésticos han afectado la calidad de las aguas fluviales, lacustres y litorales; del aire en el interior y en el exterior de las viviendas; y del suelo, utilizado como receptáculo para los desechos. Y no se trata exclusivamente de un problema urbano: las tierras de cultivos están sujetas cada vez más a los efectos de ciertos productos químicos como los plaguicidas y los fertilizantes, y de otras prácticas que son causa de la erosión de valiosas extensiones de suelo. En general puede decirse que la lucha contra la contaminación ambiental y la gestión de esa contaminación se han rezagado con respecto a la multiplicación de las actividades causantes de contaminación. Debe recordarse que en los países en desarrollo los problemas de contaminación relativamente nuevos que se derivan del empleo de productos químicos y de los riesgos físicos vienen a añadirse a los problemas ya antiguos, pero no resueltos aún, de la contaminación biológica y microbiológica del agua y los alimentos, lo que supone un doble atentado contra la salud de la población.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 718, 1985.

Más aún, quizás, que la situación actual es causa de preocupación creciente la perspectiva de lo que puede llegar a ocurrir. La mayoría de las previsiones coinciden en predecir para el futuro un rapidísimo aumento del tamaño y la densidad de la población de las ciudades en todo el mundo, sobre todo en los países en desarrollo. Este crecimiento sin precedentes se acompañará de una enorme intensificación de la explotación de los recursos naturales, de un aumento de la producción y el empleo de energía, de una rápida expansión de la productividad industrial y de mayores demandas en materia de transportes. Todos esos fenómenos son susceptibles en gran manera de infligir graves daños al medio ambiente y a la salud de las poblaciones. Cada vez es más evidente la necesidad urgente de adoptar medidas concertadas para prevenir y reducir esos posibles efectos adversos. Aunque el sector de la salud no es, por supuesto, el único afectado, tiene una importante función que desempeñar, juntamente con los sectores del desarrollo y del medio ambiente.

El Comité de Expertos de la OMS precedente que se ocupó en 1973¹ de los aspectos de salud de la lucha contra la contaminación ambiental describió a grandes rasgos los principales componentes de los programas de lucha contra esa contaminación desde el punto de vista de la salud y recomendó que los países en desarrollo examinaran cuidadosamente la cuestión de la prevención de la contaminación ambiental aunque ésta no constituyera todavía un grave problema para ellos. Las principales tareas del Comité de Expertos que se reunió en 1983 eran las siguientes: a) examinar la situación actual y previsible con respecto a la contaminación ambiental, sobre todo en los países en desarrollo; b) evaluar la disponibilidad de información sobre riesgos para la salud; y c) identificar las estrategias y opciones de que se dispone para la prevención o la lucha.

2.2 El informe

El Comité abordó principalmente tres aspectos de la contaminación ambiental y el desarrollo: a) los riesgos para la salud relacionados con el desarrollo, con particular referencia a la contaminación química en los países en desarrollo; b) la contaminación ambiental y los problemas de salud que se derivan de un mayor empleo de productos agroquímicos, de la rápida urbanización y de la producción de energía y la industrialización, así como sus posibles soluciones; y c) las políticas y los procedimientos nacionales que es necesario establecer y aplicar para prevenir y combatir eficazmente la contaminación ambiental.

El Comité comprobó que desde la precedente reunión del Comité de Expertos que tuvo lugar en 1973 se ha reunido un gran caudal de nuevas informaciones sobre los efectos de la contaminación ambiental en la salud, y que se han hecho considerables progresos en la acción y cooperación internacionales. Sin embargo, son muy pocos los progresos realizados en los países en desarrollo en cuanto a evaluación de la contaminación y lucha contra la misma. El Comité abogó por una mayor intervención de los países en esos aspectos, aunque reconoció que esa intervención puede resultar difícil en la actual situación económica y ante las demandas para atender otras necesidades básicas. Además de la información reunida en los países industrializados sobre los efectos adversos de la contaminación y otros riesgos ambientales en la salud humana, son cada vez más numerosas las pruebas de los efectos adversos para la salud que se producen también en los países en desarrollo. En realidad, la intensidad de esos efectos puede ser más pronunciada en estos últimos países a causa de las condiciones de vida menos higiénicas, la malnutrición, las infecciones, etc., aspectos que requieren ulteriores estudios e investigaciones.

En cuanto a los productos agroquímicos, el Comité examinó los riesgos que pueden derivarse de la dependencia de la moderna agricultura respecto de las sustancias químicas sintéticas, como, por ejemplo, la aparición de resistencia de las plagas, los riesgos profesionales asociados a la manipulación de productos químicos peligrosos, la exposición de la población en general y la persistencia prolongada de los plaguicidas en el medio ambiente. En los países en desarrollo plantea un problema importante la necesidad de evacuar de manera inocua las enormes cantidades de plaguicidas no utilizados y que ya no es posible utilizar. Entre los graves problemas de higiene del medio asociados a la rápida urbanización el Comité subrayó los del saneamiento, la vivienda, los desechos sólidos y el tráfico automovil. Para cada uno de esos

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 554, 1974.

aspectos se propusieron varias soluciones posibles, con hincapié en la prevención. El Comité examinó los efectos ambientales y para la salud que se derivan de la producción y el empleo de energía, la extracción y fundición de minerales y la fabricación de productos químicos. Se sugieren posibles estrategias de lucha para prevenir los efectos adversos graves, incluidas pautas para hacer frente a las situaciones creadas por las descargas accidentales. Esas pautas versan en particular sobre las medidas de protección ambiental que es necesario adoptar cuando se instalan nuevas industrias, en las que estas medidas son más fáciles y menos costosas de aplicar que en las industrias ya existentes.

En lo que atañe a las políticas y los procedimientos necesarios para la protección de la salud y del medio ambiente, el informe contiene orientaciones sobre formulación de políticas, legislación e instituciones. Se subraya la necesidad de una intervención intersectorial con la participación activa del sector de la salud. La evaluación de los efectos del desarrollo en la higiene del medio se considera como un procedimiento importante para la acción preventiva. Sin embargo, la metodología actualmente disponible deberá modificarse para posibilitar su utilización y aplicación generalizadas en los países en desarrollo.

El informe incluye además dos anexos con información adicional sobre necesidades institucionales para la aplicación de las políticas y sobre la evaluación de los efectos en la higiene del medio.

2.3 Las recomendaciones

Las recomendaciones se centran principalmente en la necesidad de que los aspectos ambientales y de salud sean tenidos en cuenta, con carácter prioritario, en la fase más precoz posible de la planificación del desarrollo y de la adopción de decisiones en el plano nacional. A este respecto se formulan propuestas concretas sobre organización institucional, acopio de información y aplicación y empleo de procedimientos tales como las evaluaciones de los efectos en la higiene del medio.

Las recomendaciones dirigidas especialmente a la OMS se refieren, entre otras cosas, a la necesidad de hacer hincapié en el desarrollo de la infraestructura, a la aplicación de tecnologías de bajo costo en la lucha contra la contaminación, a la preparación de resúmenes prácticos de las publicaciones de la OMS sobre la materia, a la preparación de pautas para vigilar la exposición humana y al fomento de su aplicación, y al desarrollo de los recursos de personal. En las recomendaciones se exhorta a la OMS a que propugne con más firmeza la necesidad de incorporar las consideraciones sanitarias y ambientales en la planificación de los proyectos de desarrollo en los que intervienen otras organizaciones internacionales.

También se formulan recomendaciones concretas sobre los aspectos de higiene del medio de los tres sectores examinados, a saber, el empleo de productos agroquímicos, la urbanización y la industrialización.

2.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

Las pruebas sobre la contaminación ambiental y los consiguientes efectos adversos en la salud y el medio ambiente se multiplican. Los países que tienen planteados problemas de contaminación biológica y microbiológica deben hacer frente además, actualmente, a los riesgos químicos y físicos. Ante el desarrollo previsible de la urbanización y la industrialización en muchos de los países en desarrollo no cabe ignorar las posibles consecuencias adversas para el medio ambiente y la salud. El informe, que ofrece una panorámica general de los riesgos ambientales actuales y previsibles, contiene recomendaciones en las que se indica lo que los Estados Miembros y la OMS podrían y deberían hacer. Es necesario que las autoridades nacionales cobren mayor conciencia de los riesgos actuales y posibles que esos procesos van a crear y de la necesidad de iniciar medidas para emprender una acción correctiva y preventiva. De hecho, la tarea consiste principalmente en una labor de promoción, ya que la responsabilidad del desarrollo nacional y, en muchos casos, de la protección ambiental, incumbe a autoridades ajenas al sector de la salud.

El programa OMS de vigilancia de los riesgos que afectan a la higiene del medio deberá proseguir y, en lo posible, ampliar sus actividades de evaluación científica de los riesgos para la salud que entraña la exposición a los productos químicos presentes en el medio ambiente, actividades que corren a cargo del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas. De esta manera se evitará en gran medida que los países deban repetir esas evaluaciones, que en muchos casos están fuera de sus posibilidades. Esas evaluaciones científicas deben acompañarse de una información sobre el terreno acerca de los riesgos actuales o que cabe prever si no se procede a adoptar medidas apropiadas, y el programa OMS deberá apoyar esa clase de investigaciones. En consecuencia, la OMS prestará atención creciente a los aspectos de prevención y al reforzamiento de la labor de promoción, reconociendo que esa labor requiere una base válida y la disponibilidad de información de apoyo.

3. NECESIDADES DE PERSONAL SANITARIO PARA ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 MEDIANTE LA ATENCION PRIMARIA

Informe de un Comité de Expertos de la OMS
Ginebra, 12-16 de diciembre de 1983¹

3.1 Antecedentes

Alrededor del 11% del presupuesto ordinario de la OMS para el ejercicio 1984-1985 está dedicado al desarrollo de los recursos de personal de salud y una proporción análoga está prevista en el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1986-1987, lo que da idea de la importancia que se reconoce a este programa. El programa OMS de desarrollo de los recursos de personal de salud fue un precursor en el establecimiento de la política general de la Organización en favor de un desarrollo de los recursos de personal ajustado a las necesidades de los sistemas de salud. Esta política fue formulada en 1976, es decir, un año antes (y como previendo lo que iba a ocurrir) de que la Asamblea de la Salud adoptara la meta de la salud para todos. Sin embargo, la aplicación por los diversos Estados Miembros de la política de desarrollo de los recursos de personal de salud, acordada colectivamente en la Asamblea de la Salud, ha sido sumamente lenta.

El Comité de Expertos de la OMS se reunió a) para examinar con espíritu crítico la política y estrategia de la OMS en materia de desarrollo de los recursos de personal de salud; b) para identificar las estrategias de interés para la salud para todos y las que requieren ulterior desarrollo; y c) para recomendar, después de examinar las causas de la lentitud de los progresos realizados en el plano de los países, las actividades prioritarias que los Estados Miembros y la OMS deberán promover y apoyar para poder atender a las necesidades de personal sanitario con miras al logro de la salud para todos.

3.2 El informe

En el informe se empieza por examinar los principales jalones que marcan las orientaciones de la OMS y sus Estados Miembros en los últimos años, a saber, la adopción de la meta de la salud para todos por la Asamblea de la Salud en 1977, la Declaración de Alma-Ata en 1978 y la adopción en 1981 de la Estrategia mundial de salud para todos, y se sitúa luego el desarrollo de los recursos de personal de salud en el contexto de la salud para todos. El informe describe la perspectiva histórica de los recursos de personal de salud, las tendencias mundiales en la materia y la evolución de la política de la OMS en ese sector. Se examina el concepto de desarrollo integrado de los sistemas de salud y de los recursos de personal, tal como se formuló en 1976, y se confirma su validez actual. El concepto refleja el principio de que el desarrollo de los recursos de personal de salud debe estar al servicio del desarrollo de los sistemas de salud, los cuales, a su vez, tienen por objeto atender las necesidades sanitarias de la población.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 717, 1985.

En el informe se subraya la necesidad de definir las características del personal graduado en los programas de educación y formación de los Estados Miembros, así como la evolución del medio en el que operan, a fin de atender las necesidades de las comunidades en materia de atención de salud. El Comité consideró que la participación de las comunidades en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos de personal es indispensable para que el personal de salud pueda desempeñar una función central como enlace entre el sistema de salud y la comunidad.

En el informe se examinan los tres grandes componentes del proceso de desarrollo de los recursos de personal de salud - planificación, formación o producción, y gestión - juntamente con sus principales elementos, así como las cuestiones de índole general que abarcan los tres componentes y sus interacciones. La cuestión de las actitudes, los valores y la dedicación se subraya repetidamente como elemento clave para conseguir que el desarrollo de los recursos de personal responda a las necesidades de los sistemas de salud. Por último, se examina la función de la OMS, incluidos los procedimientos actuales y futuros que deberán aplicarse en el programa OMS de recursos de personal de salud.

3.3 Las recomendaciones

El Comité consideró que la adhesión al concepto de desarrollo integrado de los sistemas de salud y de los recursos de personal podría fortalecerse dando un cariz positivo a los valores y las actitudes de las diversas partes interesadas, a saber, políticos, personal de salud, grupos profesionales y educadores. La participación de la comunidad en el desarrollo de los recursos de personal de salud es indispensable ya que sirve de base para la necesaria reorientación del personal de salud, sus programas de formación y la planificación y gestión de los recursos de personal de salud con miras a atender las necesidades de salud para todos. El Comité recomendó que el punto de partida del desarrollo de los recursos de personal de salud fuese la definición de las competencias que deben adquirir los graduados en los programas de educación y formación, y de las actitudes que deben adoptar en su labor individual y como miembros del grupo de salud.

El Comité consideró que la formulación o la revisión de las políticas de personal de salud como marco para las estrategias en ese sector, y el fortalecimiento de la gestión de los recursos de personal de salud para facilitar su movilización, motivación, despliegue y autorrealización son de la mayor prioridad. Para poder vigilar y evaluar el proceso de desarrollo de los recursos de personal de salud es necesario establecer sistemas de información apropiados.

Uno de los procedimientos recomendados fue que los Estados Miembros emprendan investigaciones sobre recursos de personal de salud como parte de sus investigaciones sobre sistemas de salud, a fin de resolver muchas cuestiones todavía pendientes de solución, quedando bien entendido que tales investigaciones deben ser de tipo práctico y oportunas en cuanto al momento de su ejecución, y deben estar vinculadas a la formulación de las políticas y a la adopción de las decisiones. El Comité recomendó además que la OMS coopere con los Estados Miembros en el establecimiento de una base mundial de datos sobre desarrollo de los recursos de personal de salud a fin de intercambiar experiencias tanto sobre los éxitos conseguidos como sobre las deficiencias observadas.

3.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

Los recursos de personal de salud son indispensables para el funcionamiento de los sistemas de salud, ya que si las personas pueden construir instalaciones éstas no pueden funcionar sin personal. La meta social de la salud para todos, basada en el criterio de la atención primaria de salud, ejerce una fuerte e irrevocable influencia en todos los aspectos del desarrollo de los recursos de personal de salud. La salud para todos, sin embargo, requiere sistemas de salud que respondan a los valores de la población en un espíritu de equidad y justicia social. En consecuencia, las deliberaciones del Comité reflejan su preocupación por los valores y actitudes que predominan y la necesidad de una atención de salud orientada a la comunidad. Sería un error creer que si las escuelas de ciencias de la salud y en particular las escuelas

de medicina no centran la formación de sus estudiantes en la atención orientada a la comunidad es por casualidad. La dirección que esas instituciones han tomado corresponde a los valores que actualmente predominan en ellas.

Los problemas que plantea la reorientación de los actuales sistemas de salud hacia el criterio de la atención primaria son enormes. Aparte de las limitaciones financieras, de personal y tecnológicas, existen los problemas generales de resistencia a toda evolución dentro del sistema de salud y por parte de las instituciones docentes que están a su servicio y de los profesionales formados por esas instituciones. Esta es la razón por la que los progresos realizados en el desarrollo de los recursos de personal de salud con miras a la salud para todos han sido tan lentos en los Estados Miembros. La reorientación de los valores en la medida necesaria es ciertamente muy difícil pero no imposible. Incumbe ahora a la OMS la función de prestar apoyo a los Estados Miembros en esta ardua tarea.

Lo primero que debe hacerse para conseguir una reorientación de los valores es conseguir que las comunidades participen directamente en todos los aspectos del desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos de personal. Hay dos series de ideas relacionadas con la participación de la comunidad. Una que versa sobre la justicia social y los valores humanos, y la otra relativa al apoyo que la comunidad debe prestar a los programas prácticos encaminados a mejorar la situación sanitaria. La participación de la comunidad requiere además que se consiga el apoyo de los grupos ideológicos del país, por ejemplo las organizaciones religiosas y populares, que probablemente sean las que tengan más posibilidades de promover una reorientación radical de los valores, así como los grupos profesionales y otros interesados que, de lo contrario, militarían en la vanguardia de la resistencia al cambio.

Al mismo tiempo, los cambios en las actitudes del personal de salud y de las comunidades pueden fomentarse fortaleciendo la formulación, la aplicación y la revisión de las políticas sobre personal de salud, y mejorando la gestión de los recursos de personal de salud. La formulación de una política coherente en materia de recursos de personal de salud puede resolver los graves problemas de desarrollo de esos recursos que se derivan de los conflictos de fidelidad a distintos sistemas de valores. Por otra parte, una gestión eficaz de esos recursos, al conseguir la movilización y motivación necesarias del personal de salud, suscitará el apoyo en favor del desarrollo de unos sistemas de salud más orientados a la comunidad que basados en las estructuras profesionales.

A pesar de los progresos realizados en algunos Estados Miembros en el establecimiento de los mecanismos de coordinación necesarios para aplicar el concepto de desarrollo integrado de los sistemas de salud y de los recursos de personal, la OMS deberá intensificar la vigilancia del funcionamiento de esos mecanismos. Puede facilitar esta labor el fortalecimiento de la base mundial de datos sobre desarrollo de los recursos de personal de salud, por medio de la cual los Estados Miembros puedan beneficiarse mutuamente de su experiencia. Las investigaciones sobre recursos de personal de salud, en las que se hará hincapié en los aspectos sociales y de evolución de las actitudes, enriquecerán esa base de datos aportando información sobre procedimientos originales que cabe aplicar para resolver los obstáculos con que se tropieza en el desarrollo de los recursos de personal de salud.

4. IDENTIFICACION Y LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

Informe de un Comité de Expertos de la OMS
Ginebra, 28 de noviembre - 2 de diciembre de 1983¹

4.1 Antecedentes

Se dispone de copiosa información sobre los factores causantes de determinadas enfermedades profesionales (por ejemplo, la silicosis y la intoxicación por plomo). Sin embargo, hay

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 714, 1984.

problemas de salud multifactoriales que afectan a las poblaciones de trabajadores en los que los factores profesionales desempeñan solamente una función parcial; otros factores causales pueden guardar relación con exposiciones al medio ambiente general fuera del trabajo, con la susceptibilidad de los mismos trabajadores, con los hábitos personales y con el estilo de vida. La hipertensión, la cardiopatía isquémica, los trastornos de la locomoción, las enfermedades obstructivas de las vías respiratorias y varios trastornos del comportamiento guardan mayor o menor relación con el trabajo, según se ha podido comprobar; sin embargo, no se han estudiado todavía plenamente en las poblaciones de trabajadores, y la función de los servicios de higiene del trabajo con frecuencia es fundamental para su prevención primaria.

El Comité de Expertos de la OMS se reunió a fin de examinar una gran diversidad de problemas de salud que afectan a los trabajadores, incluidas las enfermedades que pueden estar causadas por factores del medio ambiente laboral y del rendimiento en el trabajo, y para dar orientaciones sobre las medidas que cabría adoptar para hacer frente a esos problemas y proteger así la salud de los trabajadores.

4.2 El informe

En su informe, el Comité distingue entre las enfermedades "profesionales" y otras enfermedades "relacionadas con el trabajo" y ofrece una definición de la relación entre el trabajo y la salud y la enfermedad. Se mencionan algunos ejemplos importantes de problemas de salud relacionados con el trabajo, entre los que figuran las enfermedades psicogénicas, los trastornos mentales, el hábito de fumar y el abuso del alcohol. El informe aporta pruebas epidemiológicas de la relación existente entre la hipertensión y diferentes factores profesionales y no profesionales. En el mismo se examina la relación entre el estrés en el trabajo y la cardiopatía isquémica así como el problema de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias que no tienen carácter específico y su relación con el trabajo. El Comité señaló que se ha comprobado que en una gran proporción de casos una parte considerable de los trastornos de la locomoción, incluido el síndrome del dolor en la parte baja de la espalda, guarda relación con el trabajo. En el informe se establecen pautas para la investigación epidemiológica de las enfermedades multifactoriales relacionadas con el trabajo. También se proponen procedimientos originales de lucha contra las enfermedades relacionadas con el trabajo, entre los que cabe mencionar la plena participación de los trabajadores, la educación y la modificación del estilo de vida, juntamente con las intervenciones en el lugar de trabajo.

4.3 Las recomendaciones

El Comité llegó a la conclusión de que el concepto de la relación entre las enfermedades y el trabajo constituye una nueva e importante dimensión en el sector de la higiene del trabajo. Es urgente, pues, identificar las enfermedades relacionadas con el trabajo en las distintas partes del mundo, evaluar su magnitud y la función que en el trabajo desempeña como factor causal, y establecer pautas para combatir esas enfermedades mediante programas apropiados de atención de salud para los trabajadores.

4.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

En el informe se presentan oportunamente nuevas dimensiones para los programas de atención de salud de los trabajadores y, partiendo de la base de la integración de la atención de salud de los trabajadores con los sistemas de salud basados en la atención primaria, se procura aclarar los problemas de salud relacionados con el trabajo con miras a la aplicación de ese criterio. El informe ayudará, pues, a señalar la dirección que los programas OMS de salud de los trabajadores deberán seguir en los años venideros. Muchas de las enfermedades que afectan a la población general, incluidos los trabajadores, pueden investigarse y combatirse mediante la acción de servicios de atención de salud bien organizados en los lugares de trabajo. En el informe se subraya también la función de los factores generales del medio ambiente y del estilo de vida en la etiología de las enfermedades de la población trabajadora. La participación de los trabajadores es indispensable para combatir las enfermedades más comunes, incluidos el abuso del alcohol, el hábito de fumar, los trastornos psicósomáticos, el cáncer

y las enfermedades cardiovasculares. En los países en desarrollo debería investigarse más a fondo la relación que guardan con el trabajo varias enfermedades parasitarias tales como la esquistosomiasis, con miras a combatir esas enfermedades mediante programas de educación sanitaria de los trabajadores, sobre todo en la agricultura en gran escala (por ejemplo, en las plantaciones). Para las poblaciones trabajadoras insuficientemente atendidas del sector agrícola y de las pequeñas industrias, los servicios de higiene del trabajo deberían correr a cargo del sistema de prestación de atención primaria de salud.

5. RECONOCIMIENTO Y CONTROL DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ADVERSOS EN EL TRABAJO

9º informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984¹

5.1 Antecedentes

Las poblaciones trabajadoras de las diversas partes del mundo están expuestas a una gran diversidad de factores psicosociales adversos que afectan a su salud, su seguridad y su productividad. Desde 1974, la Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo han venido examinando la cuestión de los factores psicosociales y la salud, y han adoptado varias resoluciones en las que se pide que se establezca y se promueva un programa de la OMS, basado en un criterio multidisciplinario, con el fin de estudiar la función de los factores psicosociales en la salud y de aplicar los conocimientos de que se dispone para prevenir la mala salud y mejorar la atención sanitaria, en particular para los más necesitados. La 9ª reunión del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo se celebró en septiembre de 1984 para examinar el estado actual de los conocimientos sobre el tema y recomendar unos principios fundamentales para el reconocimiento y el control de los factores psicosociales adversos en el medio ambiente laboral.

5.2 El informe

El informe contiene un examen sistemático de la exposición profesional al estrés psicosocial, incluido el que imponen el medio ambiente físico de trabajo, el tipo de trabajo, las relaciones laborales, el grado de responsabilidad en el trabajo y los efectos de la introducción de nuevas tecnologías. Ofrece además un estudio sobre la función de los trabajadores y sobre la participación de éstos en el mejoramiento de los factores psicosociales adversos que son nocivos para la salud; describe a grandes rasgos la relación entre los factores psicosociales adversos y los trastornos del comportamiento, tales como el consumo de alcohol y el hábito de fumar, las perturbaciones cardiovasculares, las enfermedades psicosomáticas y los traumatismos profesionales; y propone métodos para la evaluación de los problemas de salud psicológicos y psicosomáticos y principios de orientación para la evaluación y el control de las exposiciones psicosociales adversas en el trabajo y sus efectos en la salud.

5.3 Las recomendaciones

Las recomendaciones del Comité Mixto se dirigen a las autoridades nacionales y a los sectores de la industria y de la salud y, en el plano internacional, a la OIT y a la OMS. El Comité Mixto recomienda además tres principales sectores de acción: la evaluación del tipo y la magnitud en las distintas partes del mundo de los sectores psicosociales adversos de tipo profesional que están asociados a la industrialización y la automatización; la transferencia y el intercambio de información sobre este asunto; y la preparación de material didáctico sobre los factores psicosociales de índole laboral, utilizable en los diferentes escalones de los Estados Miembros, en particular por los trabajadores y el personal de salud. Se recomienda en particular la aplicación de sistemas de vigilancia en todos los tipos de industria y el establecimiento de métodos para una evaluación objetiva del medio ambiente psicosocial en el trabajo y de la salud de los trabajadores.

¹ Informe distribuido como documento de la OMS, JCOH/1984/D.6 (Rev.), en francés y en inglés.

5.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

La población trabajadora constituye un importante sector de la comunidad. La industrialización y la mecanización en los países en desarrollo así como la automatización en los países industrializados han dado lugar a una modificación del medio ambiente laboral y del rendimiento que se exige a los trabajadores. Surgen diversos tipos de problemas de salud que están adquiriendo cada vez más importancia para la salud pública. El informe responde a las peticiones formuladas por la Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo en el sentido de que se establecieran unos principios básicos para la identificación y el control de los factores psicosociales adversos a la salud. Será de utilidad para las autoridades de los sectores de salud y del trabajo, así como para los responsables de los sistemas de atención primaria de salud, y les ayudará a ocuparse desde los primeros momentos de los factores psicosociales adversos en el medio ambiente laboral. El Comité Mixto recomendó que la OIT y la OMS colaboraran en la práctica de investigaciones sobre el terreno encaminadas a colmar el gran número de lagunas que existen en los conocimientos actuales. Debería intensificarse la formación de personal en ese sector, en el que es indispensable establecer servicios apropiados dentro del marco de la atención primaria y programas de higiene y seguridad en el trabajo. Las nuevas actividades de la OMS planeadas en ese sector se han recogido en el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1986-1987.

6. LIMITES DE EXPOSICION PROFESIONAL QUE SE RECOMIENDAN POR RAZONES DE SALUD: SUSTANCIAS IRRITANTES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
Ginebra, 14-20 de junio de 1983¹

6.1 Antecedentes

El informe es el quinto de una serie que se está preparando en respuesta a la resolución EB60.R2 del Consejo Ejecutivo (1977), en la que se pedía al Director General que pusiera en práctica un programa para establecer en el plano internacional niveles admisibles recomendables por razones de salud para la exposición profesional a agentes nocivos.

6.2 El informe

El informe contiene un examen de la información disponible sobre los efectos que producen en la salud algunas sustancias irritantes de las vías respiratorias, y ofrece una base para la adopción de decisiones sobre límites de exposición encaminadas a proteger la salud de los trabajadores. Se examinaron cuatro tipos de sustancias irritantes (cloro, formaldehído, óxidos de nitrógeno y bióxido de azufre), habida cuenta de su empleo generalizado en la industria en las distintas partes del mundo.

El Grupo de Estudio señaló que en muchos casos los datos epidemiológicos disponibles eran limitados y que muchos estudios no eran bastante fidedignos para poder aceptarlos como base para recomendar límites de exposición profesional.

Al evaluar la información disponible y establecer límites recomendados para la exposición profesional, el Grupo de Estudio tuvo en cuenta esas limitaciones. También señaló que es posible que en los estudios transeccionales sobre poblaciones trabajadoras expuestas por razón de su trabajo se subvaloren los efectos en la salud. Otra limitación importante de esos estudios es la falta de una evaluación adecuada del medio ambiente, en particular de las exposiciones a que pueden haber estado sujetos los trabajadores en el pasado.

Aun así el Grupo recomendó límites de exposición profesional e identificó ciertas lagunas en los conocimientos que requieren ulteriores investigaciones.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 707, 1984.

6.3 Las recomendaciones

Se recomiendan los siguientes límites de exposición por razones de salud a ciertas sustancias irritantes de las vías respiratorias:

<u>Sustancia irritante</u>	<u>Límite de la exposición profesional</u>
Cloro	Límite de corta duración (15 minutos) de 1,5 mg de cloro por m ³ de aire Límite <u>provisional</u> para un tiempo medio ponderado de 8 horas de 0,75 mg/m ³
Formaldehído*	Límite de corta duración (15 minutos) de 1,0 mg de formaldehído por m ³ de aire Límite <u>provisional</u> para un tiempo medio ponderado de 8 horas de 0,5 mg/m ³
Bióxido de nitrógeno**	Límite de corta duración (15 minutos) de 1,8 mg de bióxido de nitrógeno por m ³ de aire Tiempo medio ponderado de exposición de 8 horas a 0,9 mg de bióxido de nitrógeno por m ³ de aire
Bióxido de azufre***	Límite de corta duración (15 minutos) de 3,9 mg de bióxido de azufre por m ³ de aire Límite <u>provisional</u> para un tiempo medio ponderado de 8 horas de 1,3 mg/m ³

* Habida cuenta de los informes sobre los efectos carcinógenos del formaldehído en la rata en función de la dosis, y de la actual insuficiencia de datos epidemiológicos sobre el riesgo de cáncer en el hombre, es aconsejable reducir al nivel más bajo posible la exposición al formaldehído en los lugares de trabajo.

** Los límites de exposición recomendados para el bióxido de nitrógeno, aun siendo estrictos, quizá no ofrezcan el mismo margen de seguridad que los límites de exposición recomendados para el bióxido de azufre, ya que los trabajadores pueden hallarse expuestos a concentraciones de bióxido de nitrógeno que pueden ser nocivas sin que se produzca irritación de las vías respiratorias altas.

*** El Grupo de Estudio señaló que el bióxido de azufre puede actuar como cocarcinógeno y quizás como promotor de carcinogénia.

Entre los sectores recomendados concretamente para la práctica de ulteriores investigaciones figuran los siguientes: a) la necesidad de estudios epidemiológicos adecuados; b) el estudio de los efectos a largo plazo (carcinogenia y mutagenia); c) métodos de vigilancia biológica en particular para los trabajadores expuestos al formaldehído; y d) interacciones de las sustancias irritantes de las vías respiratorias con las partículas en suspensión, en la exposición prolongada.

6.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

Este programa tiene por objeto suministrar orientaciones basadas en la salud para la fijación de normas recomendadas de higiene del trabajo. El establecimiento y la aplicación de esas normas son indispensables para combatir las enfermedades profesionales. Para formular las recomendaciones de este programa se han elegido sustancias de las que se sabe que son causa de algunos de los problemas de enfermedad profesional prevalentes en casi todo el mundo.

El Grupo de Estudio señaló las dificultades con que se tropieza cuando se trata de formular recomendaciones, a causa de la escasez de estudios epidemiológicos, las deficiencias de diseño de esos estudios y el carácter incompleto de los datos. La OMS debería, pues, prestar apoyo para la ejecución de estudios epidemiológicos bien diseñados sobre los efectos que ejerce en la salud la exposición profesional a los riesgos de que se trate. Además, debería difundirse información sobre prácticas de laboratorio apropiadas para la ejecución de estudios experimentales.

Debería estimularse a los Estados Miembros a que basaran sus decisiones operativas en los límites de exposición propuestos por razones de salud y a que comunicaran a la OMS su experiencia sobre los resultados de su aplicación. Sobre la base de esa información podrá procederse progresivamente a una revisión de las recomendaciones basadas en razones de salud.

7. INVESTIGACIONES SOBRE LA TENSION ARTERIAL EN LOS NIÑOS

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
Ginebra, 3-5 de noviembre de 1983¹

7.1 Antecedentes

La tensión arterial elevada o hipertensión es una causa importante de muerte y morbilidad en muchas poblaciones. Por lo general no se conocen las causas de la hipertensión. La mayoría de los investigadores consideran que este trastorno es una desviación cuantitativa del patrón normal, opinión que ha promovido la realización de estudios epidemiológicos que investigan la distribución, los factores determinantes y la evolución de la tensión arterial. Este enfoque ha llevado al concepto de que la hipertensión en los adultos es el resultado de un proceso que se inicia en una época temprana de la vida; por consiguiente, las investigaciones sobre la tensión arterial en los niños pueden ampliar los conocimientos acerca de la etiología de ese trastorno. Además, los estudios en niños ofrecen la importante ventaja de que tal vez permitan prevenir la hipertensión antes de que se produzcan sus peligrosas secuelas en las arterias del cerebro, el corazón y los riñones.

El Grupo de Estudio de la OMS se reunió para a) examinar los conocimientos actuales relacionados con los niveles de tensión arterial durante la niñez; b) considerar los factores que influyen en los niveles de tensión arterial en los niños; c) revisar los métodos para medir la tensión arterial en los niños; d) definir las investigaciones prioritarias para los próximos años y e) analizar las medidas preventivas que pudieran recomendarse de inmediato.

7.2 El informe

En el informe, que consta de tres partes, se destaca la necesidad de nuevas investigaciones sobre los niveles de tensión arterial en los niños y se definen las prioridades en materia de investigaciones para el futuro.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 715, 1985.

La primera parte trata de los métodos aplicables para el estudio de la tensión arterial en la niñez, y en ella se insiste en particular en la necesidad de establecer métodos de investigación normalizados para facilitar los estudios en colaboración. En la segunda parte se analizan los estudios realizados sobre el nivel de tensión arterial observado en los niños, juntamente con la información actual sobre los factores que determinan el nivel de tensión arterial: factores genéticos; maduración sexual; tamaño corporal; factores endocrinos y renales; factores dietéticos, en particular la ingesta de sodio; factores psicosociales; y actividad física. Se subraya la necesidad de investigaciones ulteriores a fin de aclarar la función de esos factores en la niñez. También se examinan los factores que determinan la modificación de la tensión arterial, la estabilidad del rango de tensión arterial y el valor del nivel de tensión arterial para el pronóstico. El Grupo de Estudio señaló en particular que es imposible todavía identificar a los niños que están destinados a convertirse en adultos hipertensos, y que no están bien definidos los factores precisos presentes en ese periodo temprano de la vida que permiten pronosticar la hipertensión en la edad adulta. La tercera parte trata de la prevención primaria de la hipertensión. Aunque hacen falta más investigaciones para identificar los programas de prevención más eficaces, el Grupo de Estudio consideró que se disponía de pruebas bastantes para recomendar las medidas que se resumen a continuación.

7.3 Las recomendaciones

El Grupo de Estudio recomendó ulteriores investigaciones sobre la tensión arterial en la niñez. Deberían prepararse pautas metodológicas para el diseño, la realización y el análisis de esos estudios. Es preciso seguir investigando los marcadores genéticos, la estabilidad en el tiempo del rango de tensión arterial y el valor de los niveles de tensión en la niñez para pronosticar la tensión arterial en el futuro. Habrá que efectuar otras investigaciones para evaluar los efectos sobre los niveles y la evolución de la tensión arterial en los niños que resultan de las medidas adoptadas para modificar la dieta (electrolitos, proteínas, lípidos y alcohol), el peso corporal, la actividad física y el hábito de fumar. Las medidas de prevención en la niñez deben ser similares a las empleadas con los adultos. Deberían centrarse fundamentalmente en la población en general más que en determinados niños con tensión arterial elevada detectados mediante programas especiales de localización de casos. Como medida de prudencia, se recomienda que se pongan en práctica programas para la comunidad con el fin de promover la ingesta moderada de calorías, sodio y alcohol y de estimular la actividad física entre los jóvenes cuando la hipertensión de los adultos sea un problema de salud importante en la población.

7.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

El informe, a través de su examen de los conocimientos actuales sobre la tensión arterial en los niños, suministra una base actualizada para estudios ulteriores sobre este sector relativamente nuevo de las enfermedades cardiovasculares y para las investigaciones epidemiológicas clínicas y fundamentales. Son muchas las cuestiones relativas a los factores determinantes y a las primeras fases de la hipertensión a las que deberán dar respuesta futuros investigadores y agentes de salud pública a fin de identificar las posibilidades de prevenir, ya en los primeros años de vida, una enfermedad que se presenta con frecuencia en los adultos. Las consecuencias del informe para el programa de la Organización radican en su utilidad para estimular y orientar las investigaciones futuras, en los países dispuestos a emprenderlas, sobre la etiología y la prevención de la hipertensión, y en su insistencia en el concepto de que las medidas de prevención en la niñez están justificadas.

8. EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPRO EN RELACION CON LA LUCHA ANTILEPROSA

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
Ginebra, 7-11 de noviembre de 1983¹

8.1 Antecedentes

En el curso del último decenio se ha acumulado y analizado un gran volumen de información sobre los aspectos epidemiológicos de la lepra en diversas condiciones, incluidas las

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 716, 1985.

tendencias naturales, y sobre los resultados de las intervenciones. El examen de toda esa información con miras a mejorar los conocimientos actuales tanto sobre la historia natural de la enfermedad como sobre los efectos de los procedimientos de lucha es particularmente oportuno en un momento en que se están fomentando modificaciones fundamentales en la manera de abordar la prevención secundaria, como resultado de la introducción de los tratamientos con múltiples fármacos.¹ Además, en las nuevas estrategias de lucha antileprosa deben tenerse en cuenta las repercusiones epidemiológicas de la farmacorresistencia y la persistencia microbiana.

A la luz de los recientes progresos efectuados en las investigaciones realizadas dentro del marco del Grupo Científico de Trabajo sobre Inmunología de la Lepra (IMMLEP, uno de los componentes del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales) y de la inminente disponibilidad de una tecnología simplificada para el estudio de la infección subclínica en la lepra, es necesario evaluar la situación actual y planear la mejor manera de utilizar la nueva tecnología, a medida que esté disponible, para mejorar los conocimientos sobre la epidemiología de la infección y la enfermedad y para identificar los factores de riesgo que la favorecen. Conviene además simplificar al máximo las estrategias de lucha antileprosa para poder incorporarlas a los sistemas de salud basados en la atención primaria, lo que requerirá una selección cuidadosa de indicadores sencillos y fiables para evaluar la magnitud del problema e identificar las tendencias en la dinámica de la enfermedad.

8.2 El informe

El Grupo de Estudio examinó la información acumulada en los últimos años sobre los aspectos descriptivos y analíticos de la epidemiología de la lepra en diversos contextos, incluidos los resultados de las distintas intervenciones, tales como la quimioterapia y la inmunización con BCG. También examinó los métodos inmunológicos que cabe utilizar en los estudios epidemiológicos.

Aunque los progresos realizados por IMMLEP hacia su objetivo de preparar una vacuna antileprosa de gran eficacia son alentadores, el Grupo de Estudio reconoció que la estrategia clásica de lucha antileprosa basada en la pronta detección y la quimioterapia eficaz seguirá siendo importante durante muchos años. Como resultado de las actividades de investigación de IMMLEP es probable que se disponga próximamente de mejores métodos para evaluar las respuestas inmunes a *Mycobacterium leprae* basados en pruebas serológicas o dérmicas o de ambas clases. Esas pruebas ofrecen grandes posibilidades como indicadores de infección subclínica y como criterios objetivos para el diagnóstico y la clasificación de la enfermedad.

Después de examinar y evaluar los distintos indicadores epidemiológicos y operativos, el Grupo de Estudio propuso un corto número de sencillas medidas indispensables como requisito mínimo para todos los programas de lucha antileprosa basados en el tratamiento con múltiples fármacos. El Grupo definió además una serie adicional de indicadores que deberían aplicarse siempre que sea posible. También se subrayó la necesidad de normalizar tanto la terminología como los indicadores.

El Grupo de Estudio reconoció que subsisten grandes lagunas en los conocimientos sobre la epidemiología de la lepra y recomendó nuevas investigaciones, en particular sobre servicios de salud, encaminadas a resolver algunas de las cuestiones de importancia que siguen planteadas.

8.3 Las recomendaciones

Las principales recomendaciones del informe sobre métodos de vigilancia y evaluación epidemiológica y operativa para los programas de lucha antileprosa, así como para las necesidades de investigación, pueden resumirse como sigue:

¹ Véase OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 675, 1982.

- El cuidadoso análisis de los datos recogidos en los últimos 20 años en varias zonas del mundo donde la lepra es endémica deberían conducir al mejoramiento de los conocimientos actuales sobre la historia natural de la enfermedad. Según un plan de clasificación mínima aplicable en la mayoría de los sistemas de atención de salud, los casos de lepra deberían clasificarse desde el punto de vista operativo como paucibacilares o multibacilares.
- Los programas de lepra deberían vigilarse mediante una serie de indicadores epidemiológicos y operativos esenciales, entre los que deberían figurar la tasa de prevalencia, la proporción de casos registrados en relación con el número de casos estimados, la tasa de detección de casos, la proporción de formas multibacilares entre los nuevos casos detectados, la proporción de niños entre estos nuevos casos, y la proporción de discapacitados entre los nuevos casos. Además, el tratamiento de la lepra con múltiples fármacos debería vigilarse mediante una serie de indicadores entre los que deberían figurar la proporción de casos multibacilares sometidos a tratamiento con varios fármacos, la proporción de casos multibacilares sometidos a tratamiento periódico con múltiples fármacos, la proporción de casos paucibacilares que llegan cada año al final del tratamiento con múltiples fármacos, las tasas de vigilancia clínica y bacteriana en relación con los casos multibacilares, la tasa de vigilancia clínica en relación con los casos paucibacilares, y la tasa de recidiva. En los programas de lucha antileprosa que cuentan con buenos sistemas de información debería hacerse uso además de la lista ampliada de indicadores recomendados.
- Entre los futuros estudios deberían figurar investigaciones sobre la epidemiología de la infección por M. leprae mediante las nuevas pruebas serológicas y dérmicas, la epidemiología de la discapacidad, la epidemiología de la farmacorresistencia, la validación de la utilidad de los indicadores epidemiológicos como medio para estudiar las tendencias de la enfermedad, y el mecanismo de transmisión en la lepra. Deberían promoverse investigaciones operativas sobre, entre otras cosas, la validación de la utilidad de los indicadores operativos recomendados, la lucha antileprosa en la atención primaria de salud, la asignación de recursos dentro de las actividades de lucha antileprosa y la participación de la comunidad.

8.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

La lepra sigue constituyendo un grave problema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo; las poblaciones expuestas al riesgo de contraer la enfermedad son muy numerosas, y más de un tercio de los enfermos de lepra está amenazado por una incapacidad física y social permanente y progresiva. Mientras no se disponga de un método para la prevención primaria (es decir, una vacuna), la lucha antileprosa deberá basarse en una estrategia de prevención secundaria centrada en la detección precoz y el tratamiento eficaz. Aun así, los progresos realizados recientemente en la preparación de métodos inmunodiagnósticos han abierto las puertas a un mejor conocimiento de la epidemiología de la lepra, con la posibilidad de identificar los grupos más expuestos con miras a una vigilancia especial o de complementar la estrategia actual mediante las intervenciones oportunas.

A medida que se introducen perfeccionamientos tecnológicos en la lucha antileprosa, pasando de una estrategia de lucha relativamente sencilla basada en la quimioterapia con dapsona a otra más completa consistente en un tratamiento más costoso con varios fármacos, es necesario examinar periódicamente los progresos realizados y establecer métodos para medir los efectos de los nuevos instrumentos de lucha. Habida cuenta de las dificultades que supone el método tradicional de evaluación de las tendencias en la lepra, es necesario definir indicadores sencillos y fiables para esa evaluación. La promoción del empleo de los indicadores epidemiológicos y operativos identificados por el Grupo de Estudio será en el futuro una tarea importante de la Organización. La publicación de este informe y la incorporación de los indicadores en otras publicaciones de la OMS, tales como la próxima edición de la guía para la lucha contra la lepra, facilitarán esta labor de promoción.

La OMS deberá seguir fomentando las investigaciones epidemiológicas y operativas mediante programas de colaboración y posiblemente mediante nuevas reuniones de especialistas interesados,

y prestando apoyo para el análisis de los datos epidemiológicos en los centros colaboradores. Las investigaciones sobre inmunodiagnóstico de la lepra seguirán constituyendo el centro de los esfuerzos desplegados dentro del marco del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

9. LA LUCHA ANTIPALUDICA COMO PARTE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
Ginebra, 21-29 de noviembre de 1983¹

9.1 Antecedentes

El paludismo sigue constituyendo un importante problema de salud pública en muchos países tropicales. En 1978, la 31^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA31.45, exhortó a los Estados Miembros a que reorientaran sus programas antipalúdicos como parte integrante de los programas nacionales de salud. Subsiguientemente, el 17^o informe del Comité de Expertos de la OMS en Paludismo (1979)² dio algunas orientaciones sobre la manera de planear, ejecutar y evaluar programas de lucha antipalúdica en función de las condiciones epidemiológicas, socio-económicas y de otra clase prevalentes en un país. La Séptima Conferencia Asiática sobre Paludismo, celebrada en 1980,³ se centró concretamente en la función de los programas antipalúdicos dentro de las estrategias nacionales de salud para todos en el año 2000. Desde 1980 se han celebrado varios talleres, sobre todo en las Regiones de Africa y Asia Sudoriental, sobre experiencias de los países en materia de planificación y, hasta cierto punto, de ejecución de actividades antipalúdicas dentro de los nuevos sistemas de atención de salud basados en la atención primaria.

Reconociendo que es mucho lo que cabe aprender gracias a las valiosas experiencias de los últimos cinco años, se convocó la reunión de un Grupo de Estudio de la OMS para determinar la manera en que los principios fundamentales de la atención primaria de salud, fijados a grandes rasgos en la Conferencia de Alma-Ata en 1978, se han aplicado en la lucha contra el paludismo en diferentes partes del mundo, y la forma en que cabría utilizarlos de manera óptima en el futuro. El Grupo de Estudio examinó además las medidas que cabría recomendar sobre la base de los conocimientos adquiridos gracias al estudio y al análisis de las experiencias, e identificó las cuestiones que merecen ulterior estudio y los procedimientos aplicables para facilitar de manera útil a los Estados Miembros información sobre el paludismo y la atención primaria de salud.

9.2 El informe

Al considerar la acción antipalúdica en el plano (local) de la comunidad, el Grupo de Estudio examinó las experiencias de diferentes países, centrandose su atención en las diversas formas en que los individuos, las familias y las comunidades han participado en las actividades de lucha antipalúdica. Describió a grandes rasgos el papel de la comunidad en esas actividades en el contexto de la atención primaria de salud e identificó los mecanismos apropiados para fomentar esa intervención. En ese contexto, se subrayó la importancia de la descentralización de muchas decisiones a los niveles inferiores y la necesidad de que el personal de salud adopte una actitud constructiva en sus contactos con la comunidad.

Al identificar el papel de los servicios de salud en apoyo de la acción antipalúdica, el Grupo de Estudio examinó diferentes experiencias y necesidades en relación con los principales elementos de apoyo, a saber: a) abastecimiento de medicamentos y suministros; b) supervisión del personal de salud de la comunidad; c) ayuda del laboratorio en el diagnóstico; d) observación de la farmacorresistencia; e) vigilancia y f) mecanismos de consulta y envío de enfermos. En el informe se resumen las características fundamentales de cada uno de esos elementos

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 712, 1984.

² OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 640, 1979.

³ OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 680, 1982.

y se confirma la importancia de basar las actividades antipalúdicas en un análisis de los aspectos epidemiológicos, sociales, económicos y políticos de la situación. El informe incluye un ejemplo que ilustra el tipo de análisis que los servicios de salud deben llevar a cabo durante el proceso de desarrollo o fortalecimiento de las actividades antipalúdicas.

El Grupo abordó la cuestión del desarrollo de los recursos humanos para la acción antipalúdica desde dos puntos de vista: a) la importancia de la formación y orientación del personal de salud hacia la lucha antipalúdica como parte de la atención primaria de salud; y b) el papel de los conocimientos especializados para la acción antipalúdica. De todas las cuestiones examinadas quizá sea ésta la que permita comprender mejor los verdaderos problemas con que tropiezan los países cuando tratan de orientar sus programas de lucha antipalúdica de conformidad con las estrategias nacionales basadas en la atención primaria de salud. En el informe se insiste en la importancia de una formación adecuada de los agentes de salud de la comunidad y de la contribución de los conocimientos especializados en los diferentes escalones del sistema de salud, incluida la necesidad de un núcleo de especialistas que asuman las responsabilidades de la planificación y la evaluación en el plano central.

En el informe se reconoce la importancia de la acción intersectorial para la lucha antipalúdica y se identifica el papel de otros sectores a ese respecto, y se presenta un corto número de ejemplos concretos de experiencias nacionales que ilustran los diferentes mecanismos aplicables para conseguir la coordinación intersectorial y muestran que en ese sector hace falta todavía intensificar considerablemente los esfuerzos.

La cuestión del fortalecimiento de las infraestructuras sanitarias para la lucha antipalúdica a través de la atención primaria de salud fue abordada primordialmente desde el punto de vista histórico del paso de una política de erradicación del paludismo a una estrategia de lucha contra esta enfermedad, y del consiguiente paso de los programas verticales a los sistemas integrados de salud. En el informe se resumen algunos de los problemas y sugerencias específicamente relacionados con el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria.

Como resultado del debate se identificaron sectores concretos para la investigación así como directrices para la acción antipalúdica en el contexto de la atención primaria de salud. Estas se han incluido en el informe con el fin de dar nuevas orientaciones sobre la forma en que los países pueden organizar la lucha antipalúdica de manera plenamente coherente con los principios fundamentales de la atención primaria de salud.

9.3 Las recomendaciones

En el cuerpo del informe se incluyen las conclusiones detalladas y las recomendaciones implícitas. La sección dedicada específicamente a las recomendaciones es, pues, poco extensa y en ella se reitera la necesidad de establecer políticas de lucha antipalúdica como parte integrante de las estrategias nacionales de salud en las que se aplica el criterio de la atención primaria. Insistiendo en la conveniencia de pasar de una estrategia de erradicación en un tiempo limitado a una política de lucha antipalúdica, el Grupo de estudio subrayó la necesidad de que los países sometieran a revisión crítica sus actuales actividades de lucha antipalúdica y consideraran la conveniencia de una nueva distribución y un mejor empleo de todos los recursos de que puede disponerse para la acción antipalúdica.

El Grupo de Estudio subrayó la conveniencia de la integración funcional de los programas especiales de lucha antipalúdica dentro del marco de los servicios generales de salud, pero recomendó la adopción de un enfoque pragmático bien formulado en el que se tengan en cuenta la situación epidemiológica existente, los recursos disponibles y los intereses de la comunidad. Reconociendo la importancia de la formación para mejorar la calidad de los recursos humanos destinados al desarrollo sanitario y para lograr los cambios apropiados, el Grupo de Estudio instó a los países a fortalecer las actividades de formación dentro de sus políticas nacionales de desarrollo de los recursos humanos. En colaboración con otras organizaciones, la OMS debiera fortalecer con este fin la coordinación de las actividades de formación en materia de paludismo de modo que los recursos nacionales e internacionales se utilicen con mayor eficiencia y eficacia.

El Grupo de Estudio reconoció que es probable que se requieran recursos suplementarios y pidió a la OMS y otras organizaciones internacionales que contribuyan a movilizar y coordinar el empleo de ese apoyo en favor de los países que lo necesiten.

9.4 Importancia para la salud pública y consecuencias para el programa de la Organización

El paludismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud y obstáculos al desarrollo económico en las zonas rurales de los países tropicales, a pesar de que ha sido objeto de una intensa campaña de erradicación que dio lugar al establecimiento de estructuras orgánicas específicas con procedimientos propios de análisis y evaluación de las actividades antipalúdicas y de preparación de informes sobre esas actividades. Aunque las campañas de erradicación han sido reemplazadas por los programas de lucha antipalúdica, el pasado sigue influyendo fuertemente en muchos de los programas nacionales actualmente en ejecución.

La adopción por los Estados Miembros de la atención primaria de salud como estrategia para lograr la salud para todos en el año 2000 abre perspectivas completamente nuevas para la lucha antipalúdica. Sin embargo, su aplicación es todavía problemática en muchos países. Son muchos, pues, los aspectos acerca de los cuales se necesitará todavía mucha más experiencia práctica antes de que se puedan dar orientaciones definitivas.

El informe del Grupo de Estudio constituye un importante paso hacia adelante, ya que en él se identifican muchas de las ramificaciones importantes de la estrategia de atención primaria de salud para la lucha antipalúdica. En el informe se hace uso de las experiencias disponibles para ilustrar en medida considerable los puntos que son objeto de debate, lo que confirma y justifica la orientación propuesta. Sin embargo, subsisten muchas consideraciones técnicas que requieren un estudio en profundidad.

La característica principal del Grupo de Estudio fue su composición interdisciplinaria, que se refleja en la amplitud con que el informe trata del tema. En su 18ª reunión, prevista para el mes de septiembre de 1985, el Comité de Expertos de la OMS en Paludismo centrará principalmente su atención en los aspectos técnicos del problema. Así pues, el informe del Grupo de Estudio servirá de punto de referencia general para facilitar la tarea del Comité de Expertos, al que permitirá centrar la atención en los aspectos técnicos específicos sin perder de vista la situación general.

= = =