

PRO SALUTE NOVI MUNDI EL NOVENO DECENIO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 5-14

*Dr. Jorge Rosselot Vicuña**

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), entidad ejecutiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que actúa asimismo como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) conmemoró en 1992 el nonagésimo aniversario de su fundación.

La Oficina presta colaboración técnica a 35 gobiernos americanos, con el propósito de "combatir las enfermedades, prolongar la vida, y promover el mejoramiento físico y mental de sus habitantes". Su historia está ligada directamente a la dinámica de la salud continental.

Los objetivos iniciales de la Oficina estuvieron relacionados con el control de las pandemias regionales y mundiales que impactaban el comercio en las Américas.

Desde las décadas de los años 60, las metas de OSP se han orientado a colaborar en la formulación de planes de salud de amplia cobertura, en el contexto del desarrollo económicosocial de los países. Ello ocurrió inicialmente en el marco de la "Alianza para el Progreso" (1961), "vasto esfuerzo de cooperación, sin paralelo en su magnitud y en su nobleza conceptual, a fin de satisfacer las necesidades fundamentales de pan, techo, salud y escuela" (J.F. Kennedy).

Luego, en el decenio de los 70, fue postulado el alcanzar hacia el año 2000 "la Salud para Todos" (1978), diseñándose una estrategia -válida hasta la fecha- basada en el fortalecimiento de la atención

primaria de la salud. En dicho orden de ideas, cabe destacar que en la actualidad OPS privilegia el fomento de la salud, -en los términos establecidos en 1986, en la Carta de Otawa- como actividad fundamental, lo que exige el concitar la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud y en la promoción de un ecosistema estable.

Sin duda, este nuevo "reencantamiento" de la salud, constituye para OPS y para los países americanos, un desafío que se proyecta más allá del propio ámbito de la salud, hacia la búsqueda de un sistema de bienestar social basado en un desarrollo global suficiente, equitativo y solidario.

PREAMBULO HISTORICO

El 2 de Diciembre de 1992 se conmemoró en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D.C. el 90º Aniversario de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Ello ocurrió, de acuerdo a una Resolución de la 2ª Conferencia Internacional de los Estados Americanos, efectuada en México, D.F., en Enero de 1902, y en la que se recomendó convocar a una Convención General de Representantes de las Oficinas de Salubridad de las Repúblicas americanas, (1, 2) para analizar el impacto de las epidemias de proyección nacional, regional, e intercontinental, en el comercio de los países americanos.

En dicho contexto, se llevó a cabo en el Hotel

* Miembro del Departamento de Salud Pública del Consejo General del Colegio Médico de Chile.
Profesor de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
Jefe del Departamento de Fomento de la Salud del Asesor Regional en Salud Materno-infantil y Familiar de la Organización Panamericana de la Salud desde 1968 a 1979.

New Willard de Washington, D.C., entre el 2 y el 4 de Diciembre de 1902, la Primera Convención Sanitaria Internacional, para definir la cooperación que en la región podría prestarse, tanto para facilitar el intercambio de información respecto a las condiciones sanitarias nacionales, como a precisar las medidas de prevención de las enfermedades infecciosas epidémicas, incluyendo el saneamiento portuario y la aplicación de normas de cuarentena (1, 2, 3). Ello se realizó teniendo presente las actividades análogas realizadas ya en el pasado siglo en diversos países, y que habían sido consideradas en las Conferencias Sanitarias Internacionales efectuadas en París (1851, 1859, 1894), Constantinopla (1866), Viena (1874), Roma (1885), Washington, D.C. (1881), Venecia (1892, 1897) y Dresden (1893). (3, 4)

En la Convención celebrada en 1902, en que se creó la Oficina Sanitaria Internacional, se señaló que ella debía servir permanentemente a los países de las Américas, en el ámbito de sus necesidades sanitarias básicas. En estas condiciones, dicha entidad se constituyó en el más antiguo organismo estable de Salud Internacional, que entraría a operar en el ámbito regional.

La Oficina recién creada, abordó prioritariamente las medidas de profilaxis que deberían adoptarse frente a las enfermedades epidémicas prevalentes, y que estaban constituidas en esa época, por el cólera, la fiebre amarilla, y la peste bubónica.

En el curso de las primeras dos décadas, la Oficina tuvo como Directores a los Drs. Walter Wyman (1902-1910) y Rupert Blue (1911- 1920) Jefes de la Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, y se contó con colaboradores de connotada experiencia, entre otros, los Drs. Carlos J. Finlay, Walter Reed, y William C. Gorgas (1, 5, 6), que llevaban a cabo en esa época actividades de campo relevantes, en torno al control de la fiebre amarilla en Cuba y en Panamá.

La Oficina Sanitaria Internacional, realizó con periodicidad Conferencias Sanitarias Panamericanas, que se realizaron sucesivamente en Washington, D.C. (1905), México, D.F. (1907), San José de Costa Rica (1909) y Santiago de Chile (1911). En esta última ocasión, y en el curso de la V Conferencia, se cambió la denominación de "Internacional" por la de "Panamericana", para distinguir sus actividades de las que estaba realizando desde 1907, l'Office International d'Hygiène Publique, con sede en París, y a la que continuó en 1920 el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, que funcionó en Ginebra, entidades ambas con las que la Oficina (OSP) estableció una oportuna coordinación.

DESARROLLO INSTITUCIONAL

La Oficina amplió paulatinamente su cometido, hacia el control de otras enfermedades transmisibles —entre ellas, la malaria, el tifus y la tuberculosis—, al mejoramiento del medio ambiente y a la organización de los servicios sanitarios.

Constituyó un hito en el desarrollo de la Oficina, la elección como Director del Dr. Hugh S. Cumming, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, en el curso de la VI Conferencia Sanitaria Panamericana, efectuada en Montevideo, Uruguay, entre el 12 y el 20 de Diciembre de 1920. En esta ocasión, se procedió a reestructurar la Oficina, proyectando su acción hacia las labores de campo, en los mismos países, siendo a este respecto muy valiosas las actividades cumplidas, entre otros, por el Dr. John D. Long, en calidad de "asesor en viaje". Asimismo, se inició en 1922 la edición de una publicación periódica: el Boletín Panamericano de la Salud, sustituido luego por el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, que permitió proporcionar un intercambio regular de las experiencias, y que persiste hasta la fecha (1,5). Contemporáneamente, en aquella época un nuevo progreso estuvo constituido por la aprobación ad-referéndum de un Código Sanitario Americano, durante la VII Conferencia Sanitaria, realizada en La Habana en 1924. Finalmente, la Oficina se enriqueció desde este período al contarse con un Comité Asesor Científico de alto rigor académico (1, 5).

Desde 1926, y en forma periódica, se llevaron a cabo en Washington, D.C. las reuniones de los dirigentes de Sanidad de los países americanos, con lo que pudo coordinarse con mayor eficacia la aplicación de los programas cooperativos. Estos se vieron incrementados por el apoyo que prestaron otros organismos, entre ellos el de las Fundaciones W.K. Kellogg y Rockefeller, y el Instituto de Asuntos Americanos (EUA), creado hacia 1942.

Con idéntica finalidad, se establecieron las bases de colaboración con la Sección Salud de la Agencia de Administración y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNNRA) surgido en 1944 para atender las necesidades emergentes de los países, o de áreas de los mismos devastadas durante el segundo conflicto mundial (3).

En 1947, en el curso de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en Caracas, Venezuela, fue elegido Director de la Oficina el Dr. Fred L. Soper, reelecto en dos oportunidades. El Dr. Soper era un distinguido profesional en el campo de la salud pública continental y mundial, y anteriormente, y en su calidad de Jefe de la sección de Salud

de la Fundación Rockefeller, había logrado un importante éxito en el control de la malaria y de la fiebre amarilla en el Brasil, y del tífus exantemático en Cerdeña, donde había aparecido en las fuerzas armadas occidentales ahí desplegadas.

En la gestión del Dr. Soper, se aprobó la Constitución y se reestructuraron las bases técnico-administrativas de la Organización, que entró a incluir a la Oficina Sanitaria Central (OSP), el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana, contándose de este modo, con una amplia representación de los Gobiernos Miembros. Asimismo, fue fortalecido en este período, el proceso de descentralización de la asistencia técnica prestada a los países. Con este motivo, se crearon en correspondencia con áreas geopolíticas definidas, Zonas Sanitarias, cuyas sedes estuvieron en Buenos Aires, Lima, Río de Janeiro, Guatemala y México, D.F.

Durante la administración del Dr. Soper, la Oficina vivió un proceso de maduración institucional notoria, fortaleciéndose entre otros, los programas de control y/o erradicación de las enfermedades transmisibles susceptibles de prevenir por vacunación (TBC, coqueluche, difteria, tétanos y viruela), quimioterápicos (sífilis, pian, diarreas infantiles) o por eliminación de los vectores (malaria, fiebre amarilla, tífus, triatomiasis). Asimismo, se promovió la nutrición adecuada, la higiene maternoinfantil y se apoyó la formación profesional de los equipos de salud y la educación sanitaria de la comunidad.

Contribuyeron al desarrollo de las actividades cooperativas reseñadas, los Centros dirigidos por OPS, creados para cumplir objetivos interdisciplinarios de adiestramiento, investigación y asesoría. Entre éstos, cabe mencionar al Instituto de Nutrición y Alimentación de Centroamérica y Panamá (INCAP) establecido en la ciudad de Guatemala, Guatemala, en 1946; el Centro Panamericano de Control de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en Río de Janeiro, Brasil en 1951, y el de prevención de zoonosis (CEPANZO) en Azul, Argentina, en 1956.

La Oficina ha prestado siempre su cooperación, basada en el otorgamiento de asesoría técnica a los países, contribuyendo en un menor grado al aporte de suministros y de facilidades logísticas que requerían los programas en desarrollo en los países.

Para cumplir dicho cometido, la Oficina ha privilegiado la suscripción de acuerdos interinstitucionales destinados a fortalecer las acciones que realiza. A este respecto, cabe destacar como un hecho señero para OPS, la suscripción en 1949 en Nueva York, de un Acuerdo Global, firmado por los Drs. Brock, Chisholm, Director de la Organización Mundial de

la Salud –de reciente creación en 1948 con sede en Ginebra– y el Dr. Fred L. Soper, Director de la Organización Panamericana de la Salud, y que permitió establecer relaciones cooperativas armónicas, sin originar duplicación de esfuerzos y respetando la independencia técnica y administrativa de la Oficina, la que se llegó a constituir en la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (1, 2, 3) En este mismo orden de ideas, se establecieron vínculos técnicos con otros organismos de Naciones Unidas, entre los que cabe mencionar a UNICEF, FAO, y UNESCO (1).

Debe señalarse asimismo, que hacia 1950 la Organización Panamericana de la Salud, se constituyó en Agencia especializada de la Organización de Estados Americanos (OEA), en beneficio de la salud de los países de la región y con el propósito de “promover y coordinar los esfuerzos de los gobiernos de las Américas, en orden a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes” (1). El acuerdo mencionado, contó en aquella época con el apoyo previsto en el Programa de Cooperación Técnica de los Estados Unidos de América (7), que había sido promovido por el Presidente de dicho país, Harry Truman, en un Mensaje enviado en 1949 al Parlamento norteamericano, y que estipulaba en el “Punto IV” de su texto la importancia de contribuir al incremento del desarrollo económico integral de todos los países americanos.

SALUD E INTEGRACIÓN AL DESARROLLO Y AL BIENESTAR SOCIAL

En 1958, en el curso de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en San Juan de Puerto Rico, fue elegido Director de la Oficina el Dr. Abraham Horwitz B, distinguido profesional en el campo de la salud pública, académico en Medicina Social y a la sazón Subdirector Normativo del Servicio Nacional de Salud de Chile. (1). El Dr. Horwitz había desempeñado anteriormente un importante cometido en la Organización (OPS), y fue reelecto posteriormente en las XVI, XVII y XVIII Conferencias Sanitarias, efectuadas en Mineapolis (E.U.A.) y Washington, D.C. respectivamente. Su gestión coincide con una exitosa expansión de las actividades de la Organización (OPS) –que desde aquella fecha es conocida como la Organización Panamericana de la Salud– en concomitancia con las circunstancias sociopolíticas latinoamericanas, que exigían la integración de los programas de salud en los planes de desarrollo económico y de bienestar social.

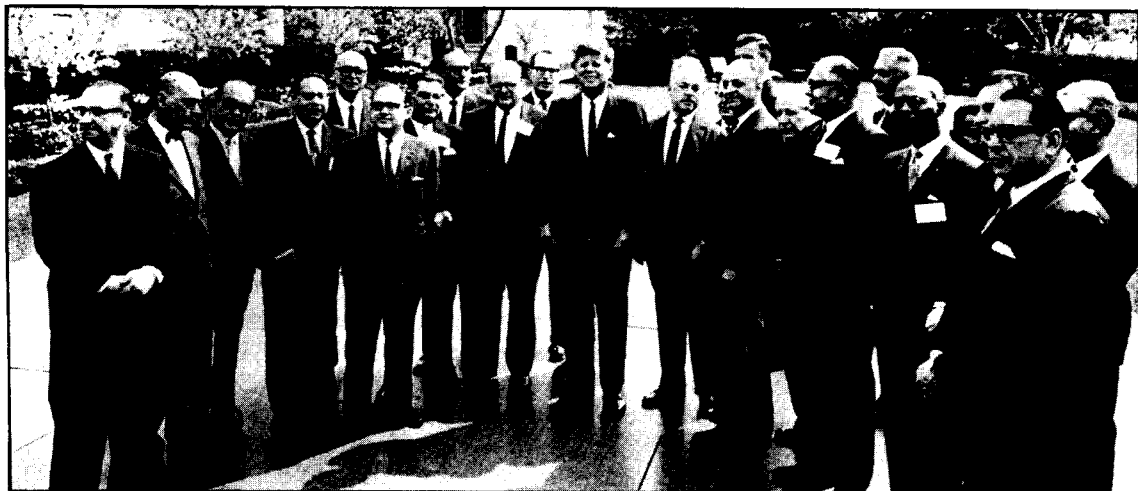


Figura Nº 1. Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C. 15 - 20 de Abril de 1963. Grupo Ministerial de Estudio de la Carta de Punta del Este y el Director de OSP Dr. Abraham Horwitz B. en la visita realizada al Presidente John F. Kennedy, inspirador de la Alianza para el Progreso.

Cabe destacar a dicha respecto, que ya en la reunión de OEA realizada en Bogotá en 1960 había sido creado un Fondo Especial de desarrollo social (8), siguiendo la línea de pensamiento del Presidente del Brasil J. Kubitschek, quien había propuesto anteriormente el desarrollo de “una operación panamericana”, que estableciera las bases de una fortalecida cooperación económica en la región (8). En este contexto, el Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica John F. Kennedy, el 13 de Mayo de 1961 lanzó un llamado a los Pueblos de América para “unirse en una Alianza para el Progreso en un vasto esfuerzo de cooperación sin paralelo en su magnitud y en la nobleza de sus propósitos, a fin de satisfacer las necesidades fundamentales de techo, trabajo, salud y escuela” (8, 9). En este orden de ideas, a propuesta del Presidente Kennedy, se realizó entre el 5 y el 17 de Agosto de 1961 en Punta del Este, Uruguay, una Reunión en el nivel Ministerial, convocada por el Consejo Económico y Social de OEA (CIES) (1, 8, 9) donde se suscribió un acuerdo histórico: “la Carta de Punta del Este” (1, 8, 9, 10) en que se formularon las bases de la Planificación del Desarrollo Socioeconómico de la Región, y de la mutua Cooperación Técnica y Financiera entre los países latinoamericanos y los Estados Unidos (E.U.A.). En este contexto fue formulado el primer Plan Decenal de América (11) el que fue analizado en profundidad en la I Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, efectuada en Washington, D.C. entre el 15 y el 20 de Abril de 1963. En esta ocasión se estableció que la tarea fundamental de los gobiernos americanos residía en la formulación de un Plan Nacional de Salud, para el cual los países

en una primera etapa debieran constituir Unidades de Planificación ad-hoc en los Ministerios de Salud, utilizando una metodología similar y contando para ello con el concurso de la Oficina.

El Plan definió metas básicas promediales regionales, orientadas a obtener al término del decenio un aumento de 5 años en la esperanza de vida, para lo cual era indispensable lograr una reducción de un 50% de las tasas de mortalidad de menores de 5 años de edad, que eran muy elevadas en aquella época. Para cumplir este propósito, se estimó que se debiera, entre otras medidas:

- Fomentar la alimentación y nutrición adecuada, especialmente de los grupos biosocialmente más vulnerables de la población.
- Expandir los programas de control de las enfermedades transmisibles.
- Mejorar el saneamiento del medioambiente, ampliando las coberturas de disponibilidad de agua potable y alcantarillado en un 70% y en un 50% en áreas urbanas y rurales respectivamente.
- Perfeccionar los servicios de salud, e incrementar los recursos humanos.

Entre el 12 y el 14 de Abril de 1967, se llevó a cabo en Punta del Este, Uruguay, una reunión convocada por la OEA para evaluar –con participación de los Jefes de Estado– los resultados obtenidos en el Plan de Desarrollo Económico-social postulado en la Alianza para el Progreso. Se concluyó que era necesario fortalecer el proceso, encargándose, en lo que respecta al área de la salud, solicitar el concurso de la Oficina Sanitaria Panamericana (12).

Contemporáneamente, la Oficina reorientó sus recursos, que eran limitados, para promover la más

adecuada cooperación con los países. Se fortaleció asimismo la asesoría directa a los Ministerios de Salud, creándose en su correspondencia, Representaciones OPS/OMS que desarrollaron su cometido en coordinación con diversos organismos de Naciones Unidas, en particular con UNICEF, FAO y el Programa Especial de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Asimismo, se concitó el interés del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyar en una primera etapa un amplio programa de Saneamiento Rural, colaboración que luego fue extendida a otras áreas relacionadas tanto con el adiestramiento del personal, como con la implementación logística de programas sanitarios. Continuó la cooperación con otras agencias de colaboración bilateral, entre ellas la Fundación V.K. Kellogg, que contribuyó a la construcción de la actual sede de OPS (1)

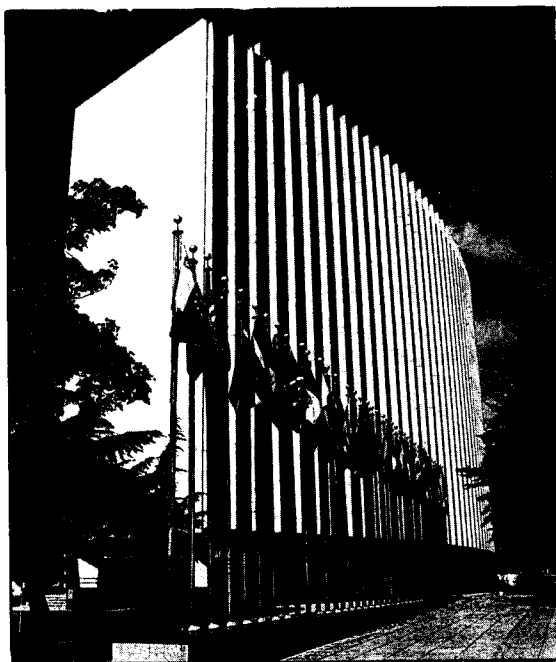


Figura 2. Sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C. La Institución está integrada por Países Miembros (35), Países Participantes (3) y Países Observadores (2).

Los Institutos de Salud Pública (E.U.A.) y la Agencia para Desarrollo Internacional (E.U.A.) apoyaron decididamente las investigaciones sobre mortalidad urbana y en la niñez, cuyos resultados divulgados en la década del 70 tuvieron importancia académica y orientaron el perfeccionamiento de los programas en desarrollo (13).

AID continuó prestando su contribución a proyectos sobre nutrición, control de enfermedades

transmisibles y servicios de salud. Finalmente, debe mencionarse la expansión de las actividades de adiestramiento, nacionales e internacionales, incrementándose la asignación de becas y el desarrollo de cursos y seminarios. Dichos eventos se ejecutaron muchas veces en forma cooperativa con otras instituciones, tales como el Instituto Interamericano del Niño, (OEA) el Centro Internacional de la Infancia, de París (CIE) y el UNICEF y la FAO.

Asimismo, se incrementó la provisión de material educativo y bibliográfico, y se inició la elaboración de libros de texto, destinados preferentemente a alumnos de las Escuelas de Ciencias de la Salud, a precios razonables. En estas actividades cooperó con eficiencia, la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), centro dirigido por la OPS, y establecido en Sao Pablo, Brasil en 1968(1). Por último, en la década de los años 60 entró en funciones en la sede, el Consejo Asesor de Investigaciones Médicas y de Salud, integrado por personalidades académicas destacadas de la región.

Los procesos cooperativos en referencia, fueron fortalecidos por la labor cumplida por la Oficina en los nuevos Centros Regionales o Subregionales establecidos en los países americanos, y entre los que cabe hacer mención al Centro de Nutrición y Alimentación del Caribe (CFNI) establecido en 1967 en Kingston, Jamaica; el Centro de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) creado en 1970, en Montevideo, Uruguay; el de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) en Lima, Perú, en 1962; el de Epidemiología del Caribe (CAREC) en 1971, en Puerto España, Trinidad; los de Tecnología Educativa (CLATES) en Río de Janeiro, Brasil, en 1972 y México, D.F. en 1973, y en 1976 los de Ecología Humana y Salud (ECO) en México, D.F. y de Control de Lepra y Enfermedades Tropicales (CEPIALEP) en Caracas, y la Red de Monitoreo de la contaminación atmosférica (PANAIRE) 1967.

En otro orden de ideas, cabe destacar que hacia 1968, se había realizado en Buenos Aires, entre el 14 y el 18 de Octubre de 1968, la II Reunión de Ministros de las Américas, con el objeto de realizar la evaluación a medio plazo del Plan Decenal de Salud antes mencionado, concluyéndose en la necesidad de insistir en la implementación, en un contexto intersectorial, de los planes, lo que constituye una tarea singularmente difícil, y pendiente hasta la fecha. (14)

Consecutivamente, se convocó la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, que se efectuó entre el 2 y el 9 de Octubre de 1972 en Santiago de Chile (15), y en que de acuerdo a la situación sanitaria actual advertida en los países de la región,

se postula con objetivos cuantificables, tanto en términos de reducción de los daños de salud, como del incremento de la cobertura de actividades específicas.

Con el propósito expuesto, la Oficina apoyó a los Ministerios de Salud, los que en conjunto programaron y evaluaron la cooperación prestada en períodos cuatrienales.

Hacia la mitad de la década del 70, se estaba cumpliendo una etapa singularmente promisoría en lo que respecta a la gestión realizada. Así, se había mejorado la situación nutricional mediante el desarrollo de Planes Nacionales de Alimentación y nutrición, y la viruela estaba erradicada desde 1971, disminuía la incidencia de algunas enfermedades transmisibles, se extendieron los servicios de salud y en su contexto, los de atención materno-infantil y paternidad responsable –programas estos últimos en que cooperó con eficiencia el Fondo de Actividades de Población de Naciones Unidas (UNFPA)–, se incrementaron las oportunidades de formación de recursos humanos y de educación en salud y se fortalecieron las actividades de las Escuelas de Salud Pública de la Región. (1)

Subsistieron sin embargo importantes problemas, entre los que deben señalarse los de erradicación de la malaria y la fiebre amarilla; los de asistencia a la salud del adulto, y finalmente, la dificultad de desarrollar sistemas de salud eficaces, equitativos y solidarios, constituyendo un desafío su logro para las administraciones siguientes.

En la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en 1974 en Washington, D.C. fue elegido Director de la Oficina el Dr. Héctor R. Acuña, distinguido profesional que se había desempeñado anteriormente en la OPS y en la OMS, y que a la sazón tenía la responsabilidad de la salud internacional en el Ministerio de Salubridad de México, su país natal. El Dr. Acuña fue reelecto en 1978 durante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, que se efectuó St. George's, Grenada (1).

Durante la etapa inicial de la nueva gestión, se llevó a cabo una reorganización prudente de la Oficina Central, tendiente a perfeccionar la coordinación de algunos programas afines, en el marco de nuevas Divisiones Normativas. En nuestro sentir, la innovación mejor lograda fue la relacionada con la creación de la División de Salud de la Familia –siguiendo la línea conceptual de la sede de la OMS en Ginebra– lo que permitió fortalecer las actividades de salud materno-infantil, paternidad responsable, salud mental y oral, y educación para la salud, permitiéndose de este modo disponer de fondos extrapresupuestarios que fueron asignados a todo el

programa. Asimismo, se avanzó en el proceso de delegación a nivel de las representaciones OPS/OMS en los países, reduciéndose la responsabilidad de las Zonas, las que luego pasaron a extinguirse.

En otro orden de ideas, cabe destacar como un hecho señero, la resolución adoptada en 1977 (16) por la Asamblea Mundial de la Salud de acuerdo a la cual se postuló que la principal meta social de los gobiernos, y también de la OMS, en los decenios próximos, debiera dirigirse hacia el logro para todos los ciudadanos del mundo, de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En dicho contexto, se llevó a cabo el mismo año, en la sede de OPS, la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (17), evento en el que se analizó la “extensión de la cobertura de los Servicios de Salud, con la estrategia de la atención primaria y la participación de la comunidad” (18). Ello ocurrió con inmediata antelación a la “Declaración de Alma-Ata, URSS”(19) surgida en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, que había sido convocada por la OMS y el UNICEF.

En este evento se reiteró el compromiso de obtener hacia el año 2000 la salud para Todos. Con este motivo, la Oficina asesoró a los países de la región de las Américas en la elaboración de una Estrategia (20) y de un Plan de Acción Operacional (21), donde se postularon metas intermedias, que fueron evaluadas con periodicidad. Cabe destacar a este respecto que la Oficina ha utilizado desde esa época, un valioso instrumento administrativo: el “AMPES” (American Project Evaluation System) que ha contribuido a ponderar en forma conjunta y continua por OPS y los países, la colaboración prestada, lo que ha conducido a optimizar el empleo de los recursos disponibles, tanto de índole nacional, como de los provenientes de la colaboración internacional (1). Entre estos últimos debe señalarse el importante aporte realizado por la OMS, y los Bancos Interamericano y Mundial, como también el Programa Especial de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Actividades de Población de N.U. (UNFPA), el UNICEF y FAO (1). Asimismo, se fortaleció la cooperación Bilateral entre países en vías de desarrollo (CTPD).

Por otra parte, la Oficina ha participado en este período en distintos eventos convocados por Naciones Unidas (1) entre los que se debe hacer mención especial a los realizados con motivo de los problemas de la juventud y también los de invalidez. Asimismo ha cooperado en las actividades correspondientes a los Decenios de la “Mujer, Salud y Desarrollo” y el del Agua Potable y Saneamiento

Ambiental, incluido el control de la contaminación atmosférica.

En el nivel operacional, la Oficina incrementó de un modo apreciable su cooperación —con el apoyo de UNICEF y el AID— en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), iniciado en 1974 y que ha permitido alcanzar coberturas de vacunación que han llegado actualmente hasta un 90% en varios países (BCG, TRIPLE, POLIO, SARAMPION). También ha proseguido el control de las afecciones diarreicas y respiratorias infantiles (IRA), de la zoonosis, la oncocercosis, la esquisostomiasis, la lepra, la rabia y el dengue.(1)

En esta época se inició la cooperación en torno a la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas del adulto, en particular de la obesidad, la diabetes, las afecciones cardiovasculares, la hipertensión arterial, y se prosiguió con las realizadas desde la década de los 60 referentes al registro, diagnóstico y tratamiento del cáncer y de las enfermedades profesionales.

Finalmente, hacia 1977, fue creada en la sede de OPS una Unidad Técnica, responsable de la atención de las necesidades de la salud emergentes en situaciones de desastre, condicionadas por sismos, sequías, inundaciones, y las condicionadas por la violencia individual y colectiva (1).

EL DERECHO A LA SALUD SOLIDARIA

Durante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en Washington, D.C. en 1982, fue electo el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien ha sido reelegido en 1986 y 1990. El Dr. Guerra de Macedo es un connotado profesional que se había desempeñado con eficiencia en su país natal, Brasil,

y en la Oficina Sanitaria Panamericana en el ámbito de la Planificación de la Salud.

En la actual administración, se han realizado innovaciones en la Oficina, las que han continuado hasta la fecha (22) y que se relacionan mayormente con modificaciones en las líneas programáticas, teniendo presente las recomendaciones del 9° Programa de Trabajo de la OMS. Tanto las modificaciones expuestas como las relacionadas con la mayor autonomía otorgada a la gestión local, son recientes, y su evaluación se realizará pasado el mediano plazo. A dicho respecto, cabe señalar que que las disponibilidades presupuestarias de la OPS son relativamente restrictas y se orientan mayormente a proporcionar asesoría técnica, concitando la cooperación de otras organizaciones que prestan la colaboración requerida en términos de insumos.

En 1991 OPS contaba con recursos presupuestarios que alcanzaban a \$US 190 millones, señalándose en la Tabla 1 su origen, según rubros de procedencia y su asignación a los programas en que coopera en los países de la Región.

En la década del 80, la Oficina ha proseguido implementando resoluciones internacionales de OMS y OPS, destinadas a la obtención de la salud para Todos hacia el año 2000, teniendo presente las recomendaciones estipuladas en la Reunión efectuada en 1978 en Riga, URSS (23), orientadas a privilegiar el fortalecimiento de la atención primaria en el nivel distrital. Con este objeto, fueron realizadas diversas reuniones regionales, pudiéndose mencionar entre ellas llevadas a cabo en Chile en 1975 y 1991 en que fue analizada la metodología de apoyo a los Sistemas Locales de Atención de Salud (SILOS) en el contexto de la planificación estratégica, la reforma de la infraestructura de los sistemas

TABLA 1

Fuentes y distribución del presupuesto OPS. 1991

Fuentes	%	Distribución	%
Países Miembros OPS	34.0	Cooperación Países	64.0
Países Miembros OMS	17.0	Programas Regionales	19.1
Fuentes Extra-Presupuestarias	49.0	Apoyo a Programas	12.1
		Dirección Programas	4.8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1992.

Presupuesto OPS 1991: \$US 190 millones

de salud y la participación en ellos de la comunidad (24).

En el último decenio, la OPS estimuló la constitución de grupos de trabajo que estaban integrados por países contiguos en regiones geográficas definidas, con el objeto de analizar problemas comunes. Entre aquéllos cabe referirse al Programa de Estrategias y Prioridades de Centroamérica y Panamá — iniciado en 1984 y que debe continuar hasta 1995— el que ha contado con la cooperación de OPS y el apoyo de España, y que ha contribuido además al logro de la paz en dicha zona. Una colaboración análoga se ha prestado a los proyectos de salud desarrollados a nivel de los países del Cono Sur y de las subregiones Andina y del Caribe. (1)

Han continuado asimismo las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmisibles, contemplándose la erradicación en el futuro próximo de la poliomielitis y el sarampión. Se ha avanzado también en la prevención y el tratamiento oportuno de las afecciones diarreicas y respiratorias infantiles, en la TBC, el tétanos neonatal y el dengue, que es endémico en los países del Caribe.

Se ha fortalecido también la promoción del desarrollo y alimentación adecuada del niño menor, contando con la colaboración de UNICEF. Ha proseguido con el apoyo del UNFPA y de la Fundación W.K. Kellogg, la atención integral del adolescente, del joven y de la mujer, la paternidad responsable y la orientación para la vida familiar (1).

Dichos programas, que continúan iniciativas respaldadas por los Cuerpos Directivos de OPS en los años 70 (1) deberán intensificarse, teniendo presente las metas que se debieran cumplir al término del decenio y que fueron acordadas en la reunión de la Cumbre Mundial sobre la Supervisión, la Protección y el Desarrollo de la Infancia, que contó con la participación de 72 Jefes de Estado, y que fue convocada por Naciones Unidas y UNICEF. Con este propósito, han sido suscritos acuerdos entre los organismos antes mencionados, el BID, UNFPA y AID (1).

Ha proseguido la colaboración en torno a la asistencia del adulto, abordando incluso con muy especial relieve, los problemas de salud mental, la prevención de los accidentes, el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción. Asimismo, y desde 1983, se encuentra en desarrollo un Programa Regional de medicamentos esenciales.

A partir de 1987, la OPS asesoró a los países de América en la elaboración y desarrollo de programas de control del SIDA, afección surgida en el mundo al inicio de la década de los 80 y que no cuenta aún con medidas preventivas seguras, ni con

un tratamiento eficaz. Ello ha originado hasta la fecha la configuración de un problema de Salud Pública intercontinental.

Se estima que hacia 1992 existían aproximadamente 2 millones de personas infectadas por el virus del SIDA (VIH) en la región, de los cuales un millón ocurría en América Latina y el Caribe (1), habiéndose notificado cerca de 200.000 casos de SIDA.

La OPS, con el apoyo de OMS, del Instituto de Alergia y de Control de Enfermedades Transmisibles (E.U.A.), del UNFPA, del AID y de otras agencias de colaboración bilateral y voluntaria, ha cooperado teniendo presente el distinto perfil epidemiológico de la enfermedad observado en los países. Las actividades han permitido apoyar el diagnóstico clínico y de laboratorio, perfeccionar los sistemas de registro, y llevar a cabo tanto el control de los hemoderivados transfundidos, como atender al tratamiento de las enfermedades intercurrentes y a las necesidades de protección social de los pacientes.

Una especial relevancia han tenido las campañas educativas y de divulgación efectuadas en diversos niveles. Entre ellas cabe referirse a las teleconferencias realizadas en Quito en 1987, Ixtapa, México, 1988, y Caracas en 1989.

En esta etapa del conocimiento epidemiológico de la enfermedad, es fundamental realizar una decidida y prudente campaña educativa individual, en las familias, en el medio escolar y en los grupos organizados de la comunidad, y que esté solventada por el rigor científico y un contenido ético. En este proceso el SIDA puede disminuir su actual celeridad, después de haberse logrado en el mediano plazo la obtención de modificaciones de patrones culturales. (1)

En los años más recientes, diversos países de la región se han visto afectados por el cólera, cuyo primer caso, diagnosticado en marzo de 1991, ocurrió en las localidades de Chancay y Chimbote, en el Perú (1). Este fue el origen de un brote epidémico que rápidamente se extendió a todo el país y luego al Ecuador, Colombia, Chile, Argentina y Brasil. Hasta la fecha se han notificado cerca de 400 mil casos que seguramente constituyen una cifra afecta a un apreciable grado de subregistro. Afortunadamente, la letalidad ha sido baja, probablemente debido a la oportunidad y la eficacia de las medidas terapéuticas empleadas.

La OPS, contando con el apoyo de OMS, de FAO, UNICEF, el BID, AID y de cooperación financiera bilateral de Canadá, Reino Unido y Alemania, ha prestado asesoría orientada a facilitar el diagnóstico, aplicar un tratamiento oportuno y a divulgar en

forma amplia los conocimientos acerca de la naturaleza de la enfermedad y de su prevención. En la etapa actual, se encuentra en desarrollo un plan de mediano plazo (1993-1995) con un costo de \$200.000.000 (U.S.\$) y que deberá continuarse por un período de 12 años con la ejecución de proyectos, cuyo costo aproximado es de 200 mil millones de dólares, para contribuir a mejorar los servicios esenciales de agua, saneamiento y salud de los países, y llevarlos a la población que aún no cuenta con ellos.

La labor realizada por OPS en años recientes, y la proyectada para cumplirse en un futuro próximo, se inscribe en el marco de las resoluciones adoptadas en las Conferencias Sanitarias Panamericanas XXII y XXIII, efectuadas en 1986 y 1990 respectivamente (25) y en las que se postuló que la Oficina colaborara con los países de Latinoamérica y el Caribe en la formulación de planes basados en nuevas "Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas (OEPP)" y en la implementación de las mismas, en el curso de períodos cuatrienales que iban de los años 1987-1994, previéndose el cumplimiento al término de este lapso de las metas regionales convalidadas.

Entre dichas orientaciones estratégicas, se han incluido entre otras, la reorganización del sector de la salud y el establecimiento de innovaciones en su financiamiento, la focalización de los programas

según los riesgos existentes, la administración del conocimiento y la promoción de la salud, de acuerdo a la línea conceptual surgida en la Conferencia de Ottawa, Canadá (1, 25).

Entre las prioridades programáticas, fue privilegiado el desarrollo de actividades de control de las enfermedades transmisibles –en particular del SIDA–, de mejoramiento del medio ambiente, teniendo presente las recomendaciones establecidas en la reciente Conferencia Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), patrocinada por Naciones Unidas y realizada en Río de Janeiro en 1992 (1).

Asimismo, se contempla el fomento de la nutrición y la adopción de estilos de vida saludables en el medio familiar, la atención de la salud de la madre, el niño y el joven, y la de los trabajadores, privilegiando cuando así corresponda, la prevención de la farmacodependencia. En todo este proceso se procederá a obtener un desarrollo adecuado de los recursos humanos.

Al término de la presente reseña, cabe señalar que la OPS, en su devenir histórico –junto con los países americanos y con la colaboración de múltiples organismos, principalmente de las Naciones Unidas– ha contribuido en singular medida a modificar favorablemente la condición de la salud de las personas (26, 27), como se ilustra en la Tabla siguiente.

Tabla 2
Indicadores biodemográficos en la región de las Américas
1990-1995

Indicadores	América del Norte	América del Sur	Centroamérica y México	Caribe
Población total (1991) (millones)	278	303	120	34
Tasa de natalidad (‰ habitantes)	13.4	26.2	28.8	24.1
Tasa de mortalidad general (‰ habitantes)	8.7	7.4	5.8	7.7
Tasa de mortalidad infantil (‰ nacidos vivos)	8.0	52.0	39.0	46.0
Esperanza de vida al nacer (Ambos sexos) (años)	76.5	67.5	69.4	70.2
Tasa anual de crecimiento urbano (%)	0.95	2.56	2.91	2.33
Tasa anual de crecimiento rural (%)	0.04	0.42	0.71	0.04

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director. 1991.

El desarrollo económico y social de la Región es sin embargo, promedialmente restricto, inestable, y carente de equidad, (28) pero esta problemática debiera ser más favorable en el inicio del próximo milenio, si los gobiernos consideran los aspectos políticos involucrados en la gestión de Salud. (29)Ω

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Pro Salute Novi Mundi. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 1992. 113 (5,6): 373-576.
2. Bustamante, M.E. Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. Bol. Of. Sanit. Panam. 1953, Vol. 33, Nº 6, pp. 471-531.
3. Goodman, N.M. International Health organization and their work. J & A Churchill Ltd. London 1957.
4. Howard-Jones, N. The scientific background of the International Sanitary Conference 1851-1938. World Health Organization. 1975, Geneva.
5. Moll, A.A. The Pan American Sanitary Bureau. Its origines, development and achievements. 1902-1944. Organización Sanitaria Panamericana. Publ. Nº 240. 1948, Washington, D.C.
6. Wegman, M.E. Un saludo a la Organización Panamericana de la Salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 1977. LXXXIII (6):523-536.
7. Poblete, M. La Comunidad Internacional Contemporánea. Relaciones y Organismos. Ed. Jurídica de Chile. 1958. Santiago, 415-418.
8. Mora, J.A. De Panamá a Punta del Este. Experiencias y perspectivas. Organización de Estados Americanos. Instituto Jurídico Interamericano. 1968. Washington, D.C.
9. Dreir, J.C. La Alianza para el Progreso. Problemas y perspectivas. Ed. Novaro México S.A. 1962. México, D.F.
10. Horwitz, A. Planificación del desarrollo económico y social en la América Latina. Bol. Of. Sanit. Panam. 1961. 51(5):379-386.
11. Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Estudio. 15-20 abril de 1963. Doc. Oficial. Informe Final. 1963, Washington, D.C.
12. Unión Panamericana. Declaración de los Presidentes de América. Reunión de Jefes de Estado Americanos. Punta del Este, Uruguay. 12-14 de abril de 1967. 1967, Washington, D.C.
13. Organización Panamericana de la Salud. Característica de la Mortalidad Urbana y en la Niñez. Publ. Cient. Nº 150 y Nº 262. 1968 y 1973, Washington, D.C.
14. Organización Panamericana de la Salud. II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires, Argentina. 14-18 de Octubre de 1968. Doc. Oficial Nº 89. Washington, D.C.
15. Organización Panamericana de la Salud. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile. 2-9 de Octubre de 1972. Doc. Oficial Nº 118. 1973. Washington D.C.
16. Organización Mundial de la Salud. 30ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 30.43. 1977, Ginebra.
17. Organización Panamericana de la Salud. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final y Doc. de Referencias. Doc. Oficial Nº 155. 1978. Washington, D.C.
18. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Resumen de la situación en la Región de las Américas. Doc. Oficial Nº 156. 1978. Washington, D.C.
19. Organización Mundial de la Salud-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional. Series Salud para Todos Nº 1. 1978. Ginebra.
20. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el año 2000. Estrategias. Doc. Oficial Nº 173. 1980. Washington, D.C.
21. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Doc. Oficial Nº 179. 1982. Washington, D.C.
22. Organización Panamericana de la Salud. Documentos Básicos. Décima Edición. Doc. Oficial Nº 240. 1991. Washington, D.C.
23. World Health Organization. Alma-Ata reaffirmed at Riga. From Alma-Ata to the year 2000. A midpoint perspective. WHO/STS/88. 1989.
24. Paganini, J.M.; Chorny, A.H. Los sistemas locales de salud, desafío para la década de los noventa. Of. Sanit. Panam. Número Especial 1990. 109(5-6):155-192.
25. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994. 1991, Washington, D.C.
26. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Publ.Cient. Nº 524. 1990, Washington, D.C.
27. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1991. Publ. Oficial Nº 249. 1992, Washington, D.C.
28. Cepal. Balance preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1992. Santiago de Chile, 1992. Publ. Nº 637/538.
29. Mahler, H. La lucha política por la salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 1979. 86(5):435-441. 1979, Ginebra. -Ω-