

CONVENIO
HIPOLITO UNANUE

OPS/OMS

COOPERACION ANDINA EN SALUD
(C.A.S.)

PROGRAMA ANDINO DE EMERGENCIA EN
SALUD

COLERA

RESUMEN EJECUTIVO

LIMA, 3 DE MAYO DE 1991

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. SALUD AMBIENTAL
- III. SERVICIOS DE ATENCION A LAS PERSONAS
- IV. EPIDEMIOLOGIA
- V. COMUNICACION SOCIAL
- VI. PRESUPUESTO
- VII. ANEXOS
 - DECLARACION DE SUCRE
 - RESOLUCION DE LA XV REMSAA
 - LISTA DE PARTICIPANTES
REDACTORES DEL DOCUMENTO

PROGRAMA ANDINO DE EMERGENCIA EN SALUD-COLERA

RESUMEN EJECUTIVO INTRODUCCION

ASPECTOS GENERALES

La Subregión Andina abarca una extensión de 4.712,716 Km² y tiene una población de 81.000,000 habitantes.

Desde el punto de vista de la situación de salud se observa un perfil general propio de regiones con bajo nivel de desarrollo con alta prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza, malnutrición y carencia de servicios de saneamiento.

EL COLERA EN LA SUBREGION Y SUS TENDENCIAS

El 23 de Enero de 1991 se inició una epidemia de Cólera en el Perú que más tarde se extendió a Ecuador, Colombia, Brasil y Chile, constituyendo un grave problema de salud en la Subregión y una amenaza para toda la Región y el Mundo.

Ya se han acumulado 190,000 casos y 1,500 fallecimientos.

De acuerdo a la tendencia observada en el Perú (tasa de ataque de 1% y tasa de letalidad de 0.7%) es posible esperar que se produzcan 1.000,000 de casos y 6,000 fallecimientos en la Subregión.

La falta de agua para el consumo humano y de servicios de saneamiento básico, la desnutrición y la falta de inmunidad en la población, han favorecido la rápida expansión de la epidemia.

Es además muy alto el riesgo de endemidad en toda la Subregión.

IMPACTO ECONOMICO Y POLITICO

Es muy alto en perjuicios para el comercio interno y externo y el turismo, así como en gastos de atención médica.

La epidemia generó además conflictos políticos entre diferentes sectores.

ACCIONES SUBREGIONALES SOBRE EL COLERA

Las graves circunstancias motivaron una reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA extraordinaria) realizada en Lima con el objeto de tomar medidas conjuntas para el control de la epidemia y de las consecuencias de diverso orden.

La reunión realizada en Sucre, Bolivia el mes de abril, acordó coordinar acciones, desarrollar los esfuerzos subregionales y movilizar recursos para este fin.

Una decisión tomada en La REMSAA de Sucre fue la de elaborar este programa Andino de Emergencia en Salud-Cólera, que se propone actuar en el campo del saneamiento ambiental y de la atención de personas identificando áreas críticas, definiendo objetivos y estrategias y movilizando recursos internos y externos para implementar soluciones apropiadas.

RESUMEN EJECUTIVO
PROYECTO SUBREGIONAL ANDINO DE SALUD AMBIENTAL PARA
LA PREVENCION Y CONTROL
DEL COLERA Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS

SITUACION DEL SANEAMIENTO BASICO EN LOS PAISES DE LA REGION ANDINA

Los problemas de salud en los países de la Subregión Andina, específicamente del tipo gastrointestinal son realmente alarmantes como consecuencia de los bajos niveles de cobertura de los servicios de agua potable, disposición de excretas, etc. así como por la mala calidad de los servicios existentes.

En relación con las aguas residuales, se encuentra la casi ausencia de tratamiento y el uso indiscriminado en el riego de campos agrícolas, principalmente en las zonas áridas y semi áridas, traduciendo en contaminación de los cursos y cuerpos de agua, productos agrícolas, suelo, etc.

Con respecto al abastecimiento de agua, los defectos comúnmente identificados son la falta de desinfección de los servicios de abastecimiento y el servicio discontinuo. Ello conduce a la falta de garantía de la calidad bacteriológica y a la necesidad del almacenamiento intradomiciliario. Sin embargo, la falta de cultura sanitaria permiten que el almacenamiento y la manipulación inadecuada del agua se conviertan en otro factor de riesgo potencial de contaminación por parte de los usuarios.

La preocupación por el constante incremento de la mortalidad y morbilidad en los países del tercer mundo, como consecuencia de la falta de adecuados servicios de saneamiento básico condujo a que en diferentes reuniones mundiales se formularan metas para la acción integral. Esto llevo en el año 1980 a lanzar el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento (DIAAPS) con la finalidad de favorecer la salud y el desarrollo de los países.

Al inicio de la Década del Agua (DIAAPS), la mayor parte de los países de la Región se fijaron metas nacionales para aumentar la cobertura en abastecimiento de agua y saneamiento. En conjunto, las metas de los países se tradujeron en los siguientes objetivos regionales:

1. Proporcionar agua potable al 87% de la población urbana (80 por ciento por fuentes públicas de fácil acceso a no más de 200 metros de la vivienda).
2. Proveer de agua potable al 62% de la población rural mediante conexiones domésticas o públicas de fácil acceso.

3. Instalar obras de saneamiento para el 79% de la población urbana (55 por ciento mediante conexiones y 24 por ciento por otros medios).
4. Instalar obras de saneamiento al 37% de la población rural.

En la Conferencia Regional sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento realizado en Puerto Rico en setiembre de 1990, se determinó que en la Región se habían logrado alcanzar e inclusive sobrepasar la metas en el medio urbano en abastecimiento de agua y saneamiento. Sin embargo, no fue el caso en el medio rural en donde la cobertura fue ligeramente menor a la previsto.

También, se pudo establecer que la cifras de cobertura no representaban necesariamente servicios que cumplieran los estándares mínimos aceptables de calidad y que la atención prestada a la operación, mantenimiento y calidad de los servicios, incluyendo el control de calidad del agua, no eran del todo satisfactorias.

En 1980, el 87% de los 44 millones de los habitantes que vivían en el área urbana tenían conexiones o fácil acceso a los sistemas de agua. Esta cobertura descendió aproximadamente al 84% en 1988 a pesar de que mayor número de personas recibieron servicio adicional. Esta disminución en el porcentaje de la cobertura se debió a un aumento de la población urbana de casi 39% que en gran parte resultó de la migración de las áreas rurales.

Durante este mismo período, el número de personas con servicio de conexiones domiciliarias aumentó de aproximadamente 25.4 millones a 35.1 millones, pero el promedio quedó en 57% debido al gran aumento de la población urbana. En las áreas rurales el porcentaje de la cobertura para la población con servicios de agua potable subió de aproximadamente 43% a 52.6% y esto fue posible gracias al bajo crecimiento de la población rural que llegó al 6%.

Para las áreas urbanas de la Subregión Andina la cobertura para las conexiones domiciliarias y las instalaciones de eliminación de excretas declinaron del 82% en 1980 al 78% en 1988 y en las áreas rurales ascendió del 15 al 25% respectivamente.

A pesar de que los países de la subregión se esforzaron por tratar las aguas residuales de los nuevos servicios, en 1990 menos del 10% de las aguas residuales están recibiendo tratamiento.

PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL COLERA Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Objetivos

Objetivo general

El presente Plan tiene por finalidad lograr en los países de la Subregión Andina la prevención y el mejoramiento a corto plazo, de las condiciones el efecto del cólera y de otros tipos de enfermedades diarreicas, con especial énfasis en las zonas sin servicios y de menores recursos económicos.

Objetivos específicos

Mejorar las condiciones de abastecimiento de agua, saneamiento y manejo de residuos sólidos de la población más expuesta a contraer el cólera.

Fortalecer las instituciones encargadas del control y la vigilancia de las condiciones ambientales relacionadas con las actividades de control del cólera.

Implementar programas masivos de educación sanitaria con el fin de elevar el nivel cultural de la población de mayor riesgo a contraer la enfermedad.

Motivar y apoyar a la población de alto riesgo y sin servicios de saneamiento básico a que participe activamente en la solución de sus problemas.

Implementar un programa de vigilancia y control sanitario de alimentos y de capacitación de las personas que los manipulan.

Estrategias

a. Generales

Coordinar las instituciones nacionales responsables de la aplicación y cumplimiento del Plan. Capacitar al personal profesional y técnico. Aplicar tecnologías apropiadas y de bajo costo en la solución de los problemas de saneamiento ambiental y organizar y fortalecer las instituciones encargadas de la vigilancia ambiental, movilizar y educar a la población.

b. Agua

Preservar y/o descontaminar las fuentes de abastecimiento de agua. Manejar adecuadamente las plantas de tratamiento de agua. Efectuar el control operacional de los sistemas de

abastecimiento de agua urbano y rural. Incentivar a la población situada en las áreas con servicios a conectarse y construir sus facilidades sanitarias.

c. Saneamiento

Apoyar la construcción de sistemas simples de disposición de excretas y alcantarillado básico. Así como tratar las aguas residuales antes de la disposición final.

d. Alimentos

Apoyar el reuso de las aguas residuales convenientemente tratadas. Diseñar y poner en marcha un programa de protección de alimentos que asegure un producto óptimo al consumidor. Vigilar la calidad de los productos alimenticios que se expenden en los mercados y lugares de venta de alimentos preparados.

e. Educación sanitaria

Educar a la población en la práctica de buenos hábitos de higiene personal, manejo adecuado del agua de consumo humano, disposición sanitaria de excretas y preservación de alimentos. Motivar a la comunidad a que tome sus propias acciones para prevenir que contraigan el cólera u otros tipos de enfermedades diarreicas.

f. Movilización social

- Organizar y fortalecer las organizaciones de participación comunitaria.

g. Vigilancia

- Vigilar los servicios de agua de consumo humano, cuerpos y cursos de agua receptoras de aguas residuales y la calidad y manipulación de los productos alimenticios que se expenden en los mercados y lugares de venta de alimentos preparados.

Actividades

El Plan considera dos programas básicos:

Operativos

- Abastecimiento de agua
- Manejo de excretas y aguas residuales (Saneamiento)
- Alimentos
- Residuos sólidos

Apoyo

- Educación sanitaria
- Movilización social
- Vigilancia

Duración del proyecto

Tendrá una duración de tres años: el primer año para la 1er. etapa y los otros dos años para la 2da. etapa.

Resultados esperados

La ejecución del Plan para la prevención del cólera pretende influir en el progreso social y en la prevención y control del cólera y de otros tipos de enfermedades gastro intestinales.

Influencia en el progreso social y en el desarrollo del país.- El saneamiento básico y la educación sanitaria son fundamentales para la existencia y el desarrollo de los seres humanos, permite mejorar considerablemente la calidad de vida y desempeñan un papel importante en la higiene personal y la limpieza.

El suministro de agua en cantidad y calidad apropiada, en forma continua y de fácil acceso, así como las facilidades de disposición de excretas, adecuada manipulación de alimentos y un buen nivel de educación sanitaria, permitirá alcanzar un mejor nivel de salud y bienestar de la comunidad, traduciéndose en progreso social y economía para el país.

Influencia en la reducción de las enfermedades gastro intestinales.- Debido a los bajos niveles de cobertura y de la calidad de los servicios de saneamiento básico, existen en la mayor parte de los países de la Subregión Andina cuantiosas ocurrencias de casos de enfermedades y muertes por causas de trastornos diarreicos y otros tipos de males relacionados con la higiene personal. Una buena combinación de calidad, cantidad, continuidad, cobertura y costo aunado a un eficiente sistema de disposición de excretas, manipulación de alimentos y educación sanitaria sobre el adecuado uso del agua y la higiene en general, no sólo mejorará el estado de salud y el bienestar, sino que también reducirá el riesgo de infecciones por enfermedades de transmisión fecal-oral.

Valor de las inversiones

Inversión total para los cinco países:

	Monto (miles de dólares)		
Consultores a corto plazo y/o asesores temporales	US\$	2,486	1.7%
Equipos			
Desinfección	\$	1,000	
Desinfectantes		7,500	
Control operacional		500	
Talleres sanitarios		1,000	
Laboratorio		1,500	
Insumos laboratorio		1,000	
Manejo de residuos sólidos		10,000	15.6%
Fondo rotatorio		5,000	3.5%
Cursos			
Capacitación a todo nivel		2,650	
Desarrollo de material		400	
Adaptación del material		500	2.4%
Obras de rehabilitación			
Plantas de tratamiento de agua (rural)		20,000	
Componentes del sistema de abastecimiento (urbano)		5,000	
Sistemas de distribución (rural)		5,000	
Plantas de tratamiento de desagües (urbano y hospitales)		22,500	
Plantas de tratamiento de agua (urbano)		15,000	
Sistemas de distribución (urbano)		25,000	
Otros		1,864	65.2%
Coordinador regional		100	0.1%
SUB TOTAL		<u>128,000</u>	<u>88.5%</u>
Gastos administrativos (13%)		16,640	11.5%
TOTAL		<u>144,640</u>	<u>100.0%</u>
Aporte Nacional		69,720	
Aporte Externo		69,720	

COMPONENTE DE ATENCION A LAS PERSONAS

En las últimas tres décadas se han desarrollado en el sector público de la región, esquemas paralelos de prestación de servicios cuya coordinación funcional y operativa insuficiente agrava los problemas de falta de equidad en el acceso a los servicios por parte de la población, no existiendo coordinación entre los mecanismos de los diversos patrones de calidad y sistemas normativos, con la consiguiente duplicación de las instalaciones y subutilización de recursos de alto costo.

La administración ineficiente de los recursos hace más complejo el problema por cuanto es reconocido que existe un dispendio de los mismos pese a la situación crítica en que se desenvuelven los servicios de salud. Todo este panorama exterioriza la limitada accesibilidad de la población a los servicios de salud así como su marcada inequidad.

Pese a la situación descrita, la experiencia acumulada por los servicios de salud de la sub región donde ha llegado la epidemia del cólera, demostró que la mayoría de estos afrontaron la situación con bastante eficacia, pero en muchos casos con detrimento de la capacidad destinada a la atención de otros problemas de salud. Entre los elementos que podríamos señalar como limitantes en la mejor prestación de servicios en estas circunstancias se encuentran:

- Los servicios no están en condiciones óptimas de garantizar el acceso a toda la población susceptible de contraer cólera
- Existen todavía problemas importantes en la adquisición almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos y materiales en los diferentes niveles de atención.
- Deficiencia de saneamiento básico en muchas instalaciones hospitalarias.
- Escaso desarrollo de la capacidad comunitaria para utilizar la rehidratación oral emergente, lo que ha impactado en la población con dificultad de acceso a los servicios.
- Desconocimiento por parte del personal de salud del manejo y atención del paciente con cólera y sus contactos, restando calidad a la atención y ocasionando dispendio de recursos.

Frente a estas circunstancias se hace necesario optimizar la utilización de los recursos de salud con el fin de brindar una adecuada y oportuna atención a la población en riesgo y/o afectada por el cólera, además de otras enfermedades diarreicas.

Esto será posible en la medida de alcanzar los siguientes objetivos Como:

Organizar el Sistema de Salud, de manera que se garantice el acceso a toda la población susceptible de contraer cólera y otras enfermedades diarreicas.

Asegurar una cantidad suficiente de insumos críticos y materiales en los diferentes niveles del sistema de acuerdo a las proyecciones epidémicas

Asegurar con técnicas apropiadas el saneamiento básico de los establecimientos de salud.

Capacitar al personal de salud en el manejo y atención del paciente con cólera y sus contactos.

Promover la investigación clínica y en servicios.

Educar y promover la participación de la comunidad en la lucha contra el cólera.

Los lineamientos estratégicos para llevar adelante el propósito se refieren a:

- Coordinación intra e intersectorial
- Centralización normativa y desconcentración operativa
- Participación comunitaria
- Movilización de recursos nacionales e internacionales
- Fortalecimiento de la Cooperación Andina en Salud

El Componente de Atención a las Personas incorpora para su operativización los siguientes sub programas:.

La organización de la atención, orientado al logro de una organización eficiente, de máxima cobertura, de rápida y oportuna respuesta de los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención.

El suministro de insumos críticos y equipos, destinado a asegurar los insumos críticos y medicamentos en cantidad y calidad suficientes para brindar una atención adecuada en los diferentes niveles del sistema, de manera que se reduzcan las tasas de letalidad, mortalidad e incidencia del cólera y otras enfermedades diarreicas.

El desarrollo del sistema de Saneamiento Básico de los Establecimientos de Salud, dirigido a garantizar el uso de técnicas apropiadas para mantener en condiciones de saneamiento básico adecuado, todos los establecimientos de salud de la Subregión especialmente los de hospitalización evitando de esta manera la difusión de la enfermedad a nivel intra y extrahospitalarias.

La Capacitación del recurso humano, con el propósito de alcanzar un grado óptimo de conocimientos y habilidades específicas para el tratamiento de pacientes con cólera y sus contactos en el recurso humano institucional de la sub región a través de las siguientes actividades:

El desarrollo del sistema de información, investigación clínica y de servicios de salud, mejorando los registros médicos, historial clínicos y archivos, como insumo de la investigación clínica y de servicios de salud para mejorar la cobertura.

La Educación y participación Comunitaria en la prevención, control y colaboración en el tratamiento de los pacientes afectados así como de sus contactos favoreciendo de esta manera la búsqueda de casos en las comunidades, con énfasis en el área rural y en la población dispersa,ta o indirectamente relacionadas con la salud de la población.

PRESUPUESTO

<u>SUB PROGRAMA</u>	<u>COSTO EN US.</u>
- Organización de la atención	US 10.615.000
-Insumos críticos y medicamentos	US 30.360.000
- Saneamiento de servicios de salud	US 28.000.000
- Capacitación	US 10.865.000
- Información e Investigación	US 315.000
- Participación comunitaria	US 11.884.000
<u>TOTAL</u>	<u>US. 92.839.000</u>

EPIDEMIOLOGIA

1.- DIAGNOSTICO DE SITUACION

Desde el inicio de la epidemia los servicios de epidemiología ocuparon un papel de vanguardia y, además de sus actividades específicas intervinieron en la organización de los servicios, suministro de insumos, y otras actividades, contribuyendo de manera significativa a disminuir el avance de la infección y permitiendo que los servicios de atención a las personas cumplieron su cometido sin grandes rebasamientos de su capacidad resolutive.

El papel de la epidemiología puede mejorarse a la luz de la experiencia y de la mejor redistribución de los roles de las diversas dependencias del sector, orientando las acciones de control del cólera.

Debe mejorarse la epidemiología a nivel local con medidas que permita una detección oportuna de casos mejorar las comunicaciones, la red de laboratorios, el procesamiento de datos, la diseminación de información y la investigación epidemiológica.

2.- OBJETIVOS GENERALES

Contar con un sistema eficiente de vigilancia y control epidemiológico que permita conocer permanentemente la situación del cólera y sus tendencias e identificar áreas y grupos en situación de mayor riesgo.

3.- ESTRATEGIAS

- a) Participación social
- b) Descentralización
- c) Reforzamiento de programas de vigilancia interpaíses en áreas de frontera.
- d) Intercambio de experiencias e información y unificar normas entre los países.

4.- ACTIVIDADES

- a) Mejorar detección y notificación
- b) Mejorar procesamiento y análisis
- c) Retroalimentación de información (Boletín Epidemiológico)
- d) Desarrollar red de laboratorios
- e) Desarrollar investigación epidemiológica
- f) Estudiar factores de riesgo

RECURSOS:

RESUMEN PARA TRES AÑOS

RESUMEN:	APORTE NACIONAL	APORTE EXTERNO	TOTAL US \$
1.- Sistema de de- tección y notifi- cación de casos	750,000	570,000	1,320,000
2.- Procesamiento y análisis de la información	1,080,000	330,000	1,410,000
3.- Retroalimen- tación y disemi- nación de la información	180,000	540,000	720,000
4.- Red Nacional de Laboratorios	310,000	1,526,000	1,836,000
5.- investigación Epidemiológica, control de focos y brotes	1,630,000	1,970,000	3,600,000
6.- Normatización, Coordinación y Apoyo	24,000	4,300,000	4,324,000
7.- Administración e Imprevistos	2,640,000		2,640,000
TOTAL :	6,614,000	9,236,000	15,850,000

COMUNICACION SOCIAL

La Comunicación Social es un componente central pues coloca un recurso básico, la información, a disposición de toda la población.

Debe apoyar y alimentar la natural producción de noticias, intentando que el aparato periodístico opere como recurso básico en la lucha contra la enfermedad.

El componente se organiza por fases o etapas: de alerta de la población, de resultados de investigaciones y evitando las condiciones para nuevos brotes.

Se busca desarrollar una intensa campaña de Comunicación Social capaz de ofrecer a la población información y conocimientos para incorporar el autocuidado individual, familiar y comunitario en aspectos de higiene, hábitos alimentarios, organización de saneamiento y primeros cuidados al enfermo.

Las principales estrategias son la coordinación con unidades de saneamiento, atención médica, epidemiología y cooperación externa, la producción de información periodística relevante, utilización de recursos especializados y articular la cooperación para el libre tránsito de materiales de difusión.

PRESUPUESTO TENTATIVO ANUAL

OBJETIVO	PERSONAL	CONTRATOS EXTERNOS	EQUIPOS	GASTOS DE OPERACION
OBJETIVO 1 1.220.000	600.000	--	500.000	120.000
OBJETIVO 2 2.200.000	1.000.000	500.000	500.000	200.000
OBJETIVO 3 600.000	--	100.000	300.000	200.000
OBJETIVO 4 4.650.000	--	4.000.000	500.000	150.000
OBJETIVO 5 900.000	--	100.000	200.000	600.000
9.570.000	1.600.000	4.700.000	2.000.000	1.270.000

RESUMEN DEL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA
 ANDINO DE EMERGENCIA EN SALUD - COLERA
 (PAES COLERA)
 U.S.\$ DOLARES

PRESUPUESTO COMPONENTE	APORTE NACIONAL	APORTE EXTERNO	T O T A L
1. SALUD AMBIENTAL	69'720,000	69'720,000	144'640,000
2. SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS	46'747,500	46'747,500	93'495,000
3. EPIDEMIOLOGIA	6'614,000	9'236,000	15'850,000
4. COMUNICACION SOCIAL	4'785,000	4'785,000	9'570,000
T O T A L	127'866,500	130'488,500	263'555,000

RESOLUCION DE LA XV REMSAA

LA SUBREGION ANDINA FRENTE AL COLERA

LA XV REUNION DE MINISTROS DE SALUD DEL AREA ANDINA

CONSIDERANDO:

1. El estancamiento o deterioro de la situación de Salud especialmente de los grupos de población más desprotegidos y afectados por crisis económica y las correspondientes medidas de ajuste.

2. La existencia de una epidemia de cólera iniciada en Perú, que se está extendiendo a los demás países de la región, con grandes daños no solo para la salud sino también para las economías nacionales.

3. El severo impacto que presentan las economías de los países afectados por la epidemia como consecuencia de las restricciones al sector exportador y turismo sin existir bases científicas para ello, lo cual contribuye a profundizar la crisis existente.

4.- Que en base a la observación de otras pandemias la tendencia indica que esta situación epidémica se extenderá con toda probabilidad a todos los países de la región de las Américas, quedando como epidemia por un periodo muy prolongado.

5. Que dada la magnitud del impacto que esta situación producirá en las economías internas y externas de los países y en la salud de sus habitantes se requiere un esfuerzo conjunto de todos los países para aminorar los efectos que ésta epidemia viene produciendo.

6. Que dada la constatación de una incipiente, pero aún limitada capacidad de accionar subregional en el terreno sanitario, que no permite impulsar colectivamente todas las capacidades para enfrentar la epidemia en el campo de la Salud.

RESUELVE:

1. Solicitar que este problema sea tratado al más alto nivel político y decisorio de los países, de los Organismos Subregionales y de las Agencias Internacionales, con el fin de buscar soluciones apropiadas.

2. Hacer una convocatoria a los Organismos financieros Internacionales, para que tomen conciencia de la difícil situación estructural de nuestros países, que se expresa en la insuficiente y deteriorada Provisión de Agua, Servicios de Salud y Calidad del Medio Ambiente, lo que impide el control de la Epidemia del Cólera en las Américas.

3. Hacer un llamado a los Gobiernos, para que atendiendo el sustento científico y Tecnológico establecido internacionalmente por Organismos como la Organización Mundial de la Salud, en relación a la calidad de los productos alimenticios de exportación, eviten las restricciones comerciales de los mismos.

4. Formular , en el plazo inmediato, un Programa Andino de Emergencia en Salud frente al cólera (PAES - COLERA), como parte de la Cooperación Andina en Salud, que será presentado a consideración del próximo Consejo Presidencial Andino, que se reunirá en Caracas, Venezuela, del 17 al 19 de mayo, en base a seis componentes:

- a) Mejora en la cobertura y calidad de saneamiento básico, en base a la Propuesta presentada por la OPS/OMS.
- b) Fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios de salud (con énfasis en el desarrollo de los recursos humanos y en la provisión de insumos críticos).
- c) Impulso al Programa de control de enfermedades diarreicas.
- d) Desarrollo de un sistema de información y comunicación social.
- e) Reforzamiento del área de vigilancia epidemiológica activa.
- f) Desarrollo de investigación, que sistematice y genere conocimientos que orienten mejor las acciones de diferentes áreas.

Se encarga la formulación del PAES - COLERA, a un grupo de trabajo, bajo la coordinación de la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue y la Organización Panamericana de la Salud. Estará integrado además, por un representante del Ministerio de Salud de cada país andino. El grupo, con sede en Lima, formulará el programa del 25 de abril al 5 de mayo.

5. Solicitar a la Comunidad Internacional con carácter prioritario y de Urgencia, priorice la Asignación de Recursos para el Fondo Internacional para enfrentar el Cólera en América Latina y el Caribe, que asegure el financiamiento del Programa Andino de emergencia en salud en relación a dicha epidemia.

DECLARACION DE SUCRE

Los Ministros de Salud y Representantes de la Instituciones de Seguridad Social, reunidos del 20 al 22 de abril en la ciudad de Sucre, Bolivia.

Teniendo en cuenta, el deterioro de la situación de salud especialmente de los grupos de población mas desprotegidos y afectados por la crisis económica y las correspondientes medidas de ajuste.

Considerando la existencia de una epidemia de cólera iniciada en Perú, que se está extendiendo a los demás países de la región, con grandes daños no solo para la salud sino también para las economías nacionales.

Conscientes del severo impacto sufrido por las economías de los países afectados por la epidemia, como consecuencia de las injustificadas restricciones al sector exportador y turístico, sin bases científicas.

Observando con preocupación que, en base a otras pandemias, la tendencia indica que esta situación epidémica se podría extender a todos los países de la región de las Américas, quedando como endemia, por un período muy prolongado.

Que dada la magnitud del impacto que ésta epidemia producira en la salud y en la economía de los países y en la salud de sus habitantes, se requiere un esfuerzo conjunto de todos para aminorar los efectos que viene produciendo.

DECLARAN:

1. Solicitar que este problema sea tratado al más alto nivel político y decisorio de los países, de los organismos subregionales y de las agencias internacionales, con el fin de buscar soluciones mancomunadas y apropiadas.

2. Enfatizar la necesidad de que los gobiernos consideren en la formulación de sus políticas y planes de desarrollo, la alta prioridad que merecen los programas destinados a mejorar las estructuras de los servicios de salud y saneamiento ambiental, reorientando sus presupuestos propios y los recursos externos que obtengan como fondos de ayuda y créditos.

3. Hacer una convocatoria a los organismos financieros internacionales, para que tomen conciencia de la difícil situación estructural de nuestros países, que se expresa en la insuficiente y deteriorada provisión de agua, servicios de salud y calidad del medio ambiente, lo que obstaculiza el control de la epidemia del cólera en las Américas.

4. Hacer un llamado, a los Gobiernos, para que atendiendo las recomendaciones técnicas de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), referentes a la calidad de los productos alimenticios de exportación, eviten las restricciones comerciales injustificadas de los mismos.

5. Solicitar a la comunidad internacional, para que con carácter de urgencia, inicie la asignación de recursos para el Fondo Internacional que permita enfrentar el cólera con éxito, prioritariamente en Perú, América Latina y el Caribe.

6. Saludar la incorporación a la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), de los Presidentes y Directores de los Institutos de Seguridad Social y acordar acciones conjuntas como las relacionadas con motivo de esta declaración, que fortalezcan los mecanismos de integración en cada país y en la subregión.

Sucre, 22 de Abril de 1991

MINISTROS DE SALUD DEL AREA ANDINA.
Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

MINISTROS OBSERVADORES PERMANENTES.
Argentina, Chile, Cuba y España.

PRESIDENTES Y DIRECTORES DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL AREA ANDINA

A nombre de los cinco Gobiernos Andinos,

Muchas gracias.

RELACION DE PARTICIPANTES REDACTORES DEL DOCUMENTO

Dr. Alfredo Calvo A. Jefe Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud	Bolivia
Dr. Juan Carlos Capra Jemio Jefe del Departamento de Control y Auditoría Médica	Bolivia
Dr. Luis Carlos Ochoa Coordinador Técnico de la Cooperación Andina en Salud	Colombia
Dr. Edgar Podlesky Mora Jefe de Saneamiento Ambiental Instituto Nacional de Salud	Colombia
Dr. Alfonso Figueroa Jefe Oficina de Salud Nacional Comunitaria	Colombia
Dr. Roberto Sempértégui O. Director de Epidemiología Ministerio de Salud	Ecuador
Dr. Luis Beingolea Epidemiólogo Ministerio de Salud	Perú
Ing. Julio Burbano Consultor Salud Ambiental OPS/Perú	Perú
Ing. Pablo Valdivia Chacón Director General Adjunto Dirección General de Salud Ambiental	Perú

Dr.
Leonardo Rangel M.
Director Asistencia Médica
Instituto Venezolano de
Seguridad Social

Venezuela

Dra.
Ivonne Romero
Epidemióloga Sub-Regional
de Salud

Venezuela

Dr. Camilo Arbelaéz

Convenio Hipólito Unanue

Dr. Luis Carlos Ochoa

OPS/OMS (Coordinador)

Dr. Leonel Barrios

OPS/OMS

Dr. Horacio Lores

OPS/OMS