

directing council



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

regional committee

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

CD33/SR/1

26 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FIRST PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA PRIMERA SESION PLENARIA

Monday, 26 September 1988, at 9:00 a.m.  
Lunes, 26 de septiembre de 1988, a las 9:00 a.m.

Provisional President: Dr. Guillermo Soberón Acevedo Chairman, Executive Committee  
Presidente Provisional: Presidente, Comité Ejecutivo

President: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay  
Presidente:

Contents  
Indice

Item 1: Opening of the Meeting  
Tema 1: Apertura de la Reunión

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Opening of the Meeting

Apertura de la Reunión por el Presidente Provisional

Welcoming Remarks by Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director of the Pan American Sanitary Bureau

Palabras de bienvenida del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Address by Dr. Hiroshi Nakajima, Director General of the World Health Organization

Palabras del Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud

Item 2.1: Appointment of the Committee on Credentials

Tema 2.1: Nombramiento de la Comisión de Credenciales

First Report of the Committee on Credentials

Primer Informe de la Comisión de Credenciales

Item 2.2: Election of the President, two Vice Presidents and the Rapporteur

Tema 2.2: Elección del Presidente, de dos Vicepresidentes y del Relator

Item 2.3: Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution

Tema 2.3: Establecimiento de un grupo de trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

Item 2.4: Establishment of the General Committee

Tema 2.4: Establecimiento de la Comisión General

Item 2.5: Adoption of the Agenda

Tema 2.5: Adopción del programa de temas

Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee

Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

The session was called to order at 9:00 a.m.  
Se abre la reunión a las 9:00 a.m.

ITEM 1: OPENING OF THE MEETING  
TEMA 1: APERTURA DE LA REUNION

El PRESIDENTE PROVISIONAL declara inaugurada la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y pide al Secretario que informe al Consejo acerca del quorum.

The SECRETARY (Dr. Knous, Deputy Director, PASB) reported that, as there were representatives of 28 Governments present, there was a quorum.

El PRESIDENTE PROVISIONAL extiende la más cordial bienvenida a todas las delegaciones y expresa su confianza en los beneficios que reportará a la Organización el trabajo conjunto de ellas. Destaca además la presencia del Dr. H. Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, a quién también recibe con gran beneplácito y cuya presencia agradece.

WELCOMING REMARKS BY DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO, DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO, DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OPS) reitera una vez más el honor y la satisfacción de recibir a los Países Miembros de la Organización para celebrar la reunión del Consejo Directivo de la OPS y del Comité Regional para las Américas. Afirma que el Consejo se reúne en un momento muy particular, debido a la situación en la que se encuentra el mundo en general, y la Organización en particular, al iniciarse una nueva

administración bajo la dirección del Dr. H. Nakajima, a quién expresa en su nombre y en el de la Organización, Oficina y Secretaría la satisfacción por poder contar con su presencia. Desea que la reunión no sólo sea productiva sino también placentera y que se aprovechen los momentos propicios, aparte de las tareas oficiales para fortalecer los vínculos de conocimiento, solidaridad y comunicación de todos los representantes entre sí y con la Secretaría de la Organización. Espera además que los asistentes puedan gozar de su estancia en Washington y manifiesta sus satisfacción, honor y alegría de volverse a encontrar con todos ellos, así como sus deseos de que la reunión sirva para afianzar los ideales y los principios que orientan la acción de la Organización.

Para concluir, hace patente su profunda satisfacción por la presencia del Director General de la OMS durante la primera parte de esta reunión.

ADDRESS BY DR. HIROSHI NAKAJIMA, DIRECTOR-GENERAL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION  
PALABRAS DEL DR. HIROSHI NAKAJIMA, DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Mr. President, Excellencies, Honorable Representatives, Ladies and Gentlemen, Colleagues and Friends:

It is an honor and a privilege for me to be with you here in Washington for the first time as Director-General of the World Health Organization, and to have the pleasure of addressing this meeting of the Directing Council of PAHO and the Regional Committee for the Americas.

This year has marked the Fortieth Anniversary of your World Health Organization, as well as the Tenth Anniversary of the Declaration of Alma-Ata on Primary Health Care--the key to attaining health and sustainable development for all the world's people. Therefore, this appears to be a very good time to re-dedicate ourselves to the policies and strategies, arrived at through the cooperation and consensus of all Member States, for attaining the goal of Health for All.



Looking toward the future, it is clear that we, the Member States and the Secretariat together, must be prepared to face new and different challenges for the future, while drawing lessons from experience in the past.

We must build on the shoulders of those men and women who have shown the way. Personally, I owe a debt of gratitude to Dr. Brock Chisholm, who was WHO'S first Director-General from 1948 to 1953; to Dr. Marcolino Candau, a son of this Region who was Director-General from 1953 to 1973; and to Dr. Halfdan Mahler, Director-General from 1973 to 1988. Each has brought to WHO a special inspiration on which we all can draw. To know the way ahead, we should ask those who have been there before us.

I pay tribute also to Dr. Fred Soper, to Dr. Abraham Horwitz, to Dr. Hector Acuña, and now to my close colleague and friend, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, who have so ably directed this Pan American Health Organization serving as the WHO Regional Office for the Americas. And I express my appreciation to each and every one of you here who have contributed to the unity and common purpose of our Organization.

We are building for the future. The decisions we take in this Council today will set the policies, orientations, and practices of health development in the region of the Americas for tomorrow, and well into the twenty-first century. You will be discussing at this meeting the proposed program budget for the Americas for 1990-1991. This is the first biennium of the Eighth General Program of Work for 1990-1995, and as such it opens an important new chapter in our work. We must have the vision today to see the needs and possibilities for tomorrow. This means new emphasis, innovation, and some restructuring to accommodate change--change with continuity.

Let me share with you some of my thoughts about this change and continuity:

In the past few years, we have concentrated on completing the conceptual design of our overall strategy. I firmly believe that our primary health care approach is fundamentally sound. We are basically on the right track.

What we need now is the will and capacity to implement. We have to shift our emphasis to specific health problems and implement practical, cost-effective solutions. We must raise international conscience, establish clear priorities, employ the right technologies, and redirect our resources. We must anticipate problems, develop solutions, and implement them. We must share our experiences, both successes and failures, in a spirit of "openness."

What does this mean for the role and function of our Organization, as "the directing and coordinating authority on international health work"?

First, we have to understand and reaffirm our mission as an organization established by Member States "for the purpose of co-operating among themselves" for world health. Within our Organization there is no East, West, North or South, no "them" or "us". We are essentially one Organization, with one common objective, "the attainment by all peoples of the highest possible level of health."

Secondly, we have to focus our attention more sharply on critical health policy issues. I believe that our Organization must play a more pro-active role in establishing clear health policies in nutrition, drugs (licit or illicit), disease control, health promotion, and protection of the human health environment. This requires informed decision-making at every level of the Organization and a maximum of collaboration among regions and programs throughout the world.

The Region of the Americas is characterized by extremes: it contains some of the most developed and least developed countries of the world. It combines different languages, cultures, and peoples. But the strength of the Americas, as of our entire Organization, lies in its potential for solidarity in a common cause. There is room for a proper blend of healthy competition and cooperation.

In many countries of the Region, there still persist serious health problems, the need for better trained manpower, and only limited financial resources with which to do the job. The best results will be achieved when people, communities, countries, and regions unite to bring their experience, innovation, and appropriate technology, together with all available human energy and financial resources, to bear on operational health development, with full respect for self-reliance and decision-making by those most directly concerned.

The emphasis of the WHO and PAHO in recent years has rightly been on the strengthening of such operating capacity and self-reliance. All Member States must now direct their energies and resources towards implementation of our agreed strategies and programs. It is the role of our Organization to cooperate directly with, and foster cooperation among, our Member States to strengthen the information, research, and managerial capacity to carry out specific cost-effective national health programs.

Our health Organization, here in the Americas and worldwide, is prepared to work closely with other organizations in the United Nations system, and with bilateral and multilateral agencies and nongovernmental organizations, to help mobilize and channel more external resources for health development, particularly in countries where needs are greatest. We must find new and imaginative ways of cost-sharing, financing, and utilizing national and external resources. I welcome the initiatives in this region to attract more resources for the less-developed countries in the Caribbean and Latin America.

Our Organization is essentially a technical cooperation agency ensuring the transfer and sharing of health technology. But the technological requirements of no two countries are exactly alike. What different countries and communities can afford varies at different stages of development, times, and places. Therefore, we are speaking of appropriate technology, and appropriating technology that is cost-effective, practical, and suitable to community needs, health problems, capacities, and resources.

I place great stress on health education, health information and health promotion generally. Within our Organization, we must take steps to develop and streamline our program management information systems, using the most cost-effective informatics technology. I note that the Region of the Americas is reassessing the means of delivering technical cooperation support to the countries, and is streamlining its program planning, management, and evaluation process.

Health information services must transmit the essential health messages of our technical programs. These health messages have their own special meanings in the context of each country and community. For example, the concept of "healthy lifestyle" is not the same in all countries. In some of the more industrially developed parts of the world, there is not only a whole drug industry, but a whole "exercise industry" built up around health promotion and lifestyle. In these countries the leading nutritional problem is often over-nutrition or unbalanced diet, rather than under-nutrition.

In other, less-developed countries, the situation is different. Healthy lifestyle still depends on meeting basic minimum needs, such as basic hygiene, safe water supply and sanitation, and waging war on malnutrition. Let us meet these basic needs first. Let us put our resources where the needs are greatest. We have to accelerate our programs in these countries, and thus close the gap between health conditions there and in more affluent parts of the world.

The basic foundation for sustainable health development is a sound health system based on the primary health care approach. This requires cost-conscious physical infrastructure development. The district health system must support community development. We have to improve our communications, transportation, supervision, and support from central to peripheral levels of the health system.

I place great stress on human resources, first because people are our most precious resource. They are entitled to participate as decision-makers, providers, and beneficiaries of health development. They are entitled to the services and support of health manpower who are technically trained, equipped, and socially attuned to the primary health care approach. We are speaking of the health manpower which the world will have in the twenty-first century.

We have to focus on the specific health needs of population groups: mothers, children, adolescents, workers, and the elderly. For what is health development for all if it does not cover those people? What concerns us is not merely child "survival," but sustained development. It is not enough to claim a life "saved" by immunization. That child must grow up healthy, and participate in social and economic development. If people constitute our most precious resource, why waste it? We respect the life of the whole person--the mind and spirit. So we must give due attention to human behaviour and promotion of mental health. Health for All requires total social mobilization.

Our Organization does not have a population control policy at the international level as yet, but it is clear that there is a relationship between balanced population, food and other resources, services, and health. We must continue to promote the concept and practice of healthy child spacing. On the agenda of this meeting of the Directing Council you will be discussing future directions and strategies for the 1990s of our Special Program on Research, Development and Research Training in Human Reproduction. We need your regional feedback to guide this global program. This is a good example of the collaboration between PAHO and WHO as one Organization.

All our resources are exhaustible if they are not managed and conserved with care. The health messages, program strategies, and technologies we promote have to take account of these limitations. For example, we cannot ask a mother to boil the water she uses to make it safe if we do not also consider where she gets her fuel from. We cannot encourage the use of disposable syringes without considering where and how they will be disposed of. Good health demands clean air, water, and food. A theme I intend to develop throughout all of our programs is health and sustainable development.

Development itself brings risks. We have seen this especially in developed countries, but we are beginning to see it in developing countries where environmental damage is all the less affordable. The world is increasingly assaulted by pollutants, hazardous substances, toxic chemicals, the "greenhouse effect," risk of nuclear accidents, biological contamination, deforestation, mismanagement of land and sea, loss of plant and animal genetic diversity, and serious solid waste disposal problems. I do not wish to over-dramatize, but the bottom line is human health. I believe our Organization can be more active in the biomedical assessment of these risks to human health. We can also demonstrate the health technologies that contribute to sustainable development.

In many parts of the Americas we have to be better prepared to deal with natural risks, disasters, and emergencies, such as drought, flood, upheavals, and the attendant outbreak of disease. We have to carefully preserve and manage our land, forests, and water supplies. All sectors are involved, but the special concern of our Organization is for the impact on human health.

Inevitably, we are entering the realm of health economics. Food, housing and health services form a significant part of the gross national product of any country. They derive from exhaustible resources. But good health is not just a cost burden on economic development. Good health is a prerequisite for social and economic development. Human health and well-being are the ultimate objectives of development. I particularly commend the Region of the Americas for its initiatives in urban growth and development.

I place emphasis on the role of our Organization in drug policies and management, including the development, testing and application of cost-effective drugs and vaccines. New biotechnologies make available lower-cost, more effective products that have fewer adverse side effects. We mean to ensure that such essential drugs and vaccines are widely available in all countries of the Americas and worldwide. Research institutions in the Region of the Americas will play a vital role in this global effort.

Especially important is our Organization's constitutional responsibility for work to prevent and control communicable and noncommunicable diseases. We must vigorously pursue sustainable programs for immunization, control of diarrheal diseases, respiratory infections, malaria, and other tropical and parasitic diseases, and sexually-transmitted diseases. The global eradication of poliomyelitis will benefit from the experience gained in the Americas. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) has emerged as a new scourge of mankind. We have to respond promptly and together. All regions must participate as one in our new Global Program on AIDS and it must be properly managed, coordinated and delivered. We are giving new attention to blindness and deafness. The new program on Tobacco or Health should go a long way to reducing mortality and morbidity from cancer and cardiovascular diseases. New approaches, innovation and imagination are what are needed.

These are fragile times. We face a difficult political and economic climate in many parts of the world. Yet I am basically optimistic. We see signs of lessening of tensions between East and West, between North and South, and in some countries of the Region. If only a small part of the energy and resources which have hitherto been tied up in such tensions could be released for health development, what a difference this could make! Already we see opportunity for additional flows of resources --bilateral and multilateral--in the Region, but we must use those resources wisely.

The same is true within our Organization. PAHO and WHO are emerging from the most serious financial crisis we have ever faced. The crisis is by no means over, but we have reason to believe the worst is behind us. The financial crisis points to the overriding need for tight management at all levels of the Organization to ensure that it runs as efficiently, effectively, and economically as possible. It is for this reason that I have already begun a process of reviewing the Organization's managerial and administrative procedures, and making some structural

changes--which does not necessarily mean program changes, but structural and operational effectiveness is most important--all with the supreme objective of using our financial and human resources in the best possible way. We shall have to streamline our regional and field office structures to ensure optimal support to countries of the Region. At the same time, we appeal to all Member States to give full and timely technical, material, human, and financial support to their Organization.

As a former Regional Director and colleague of Dr. Macedo, I am only too aware of the potential stresses and strains between different geographical and managerial levels of a worldwide organization like ours. But I contend that these can be healthy if everyone involved keeps in mind the absolute and overriding necessity of maintaining the unity of the Organization in its objectives, policies and approaches. We have a historical responsibility to do so, as well as an obligation for the sake of future international health work. PAHO and WHO were born at different times and places, but they were born under the same star. They share a common purpose and destiny. Indeed, they are really one, for PAHO is the regional organization of WHO, and the Directing Council of PAHO is the Regional Committee of WHO for the Americas. The framers of our Constitution foresaw this in Article 54.

On several occasions in the past, we have taken steps to bring PAHO and WHO closer together, in our international health policies and strategies, and to some extent in our programs, working relations, and administrative practices. We are far from integration, but I believe there are further steps that can be taken to move still closer together. I am not suggesting sudden, full integration. But who could be better placed to advise Dr. Macedo and myself on this matter than you, the WHO Regional Committee for the Americas, who are also the Directing Council of PAHO?

For my part as Director-General of WHO, I shall do everything in my power to preserve the unity of the Organization and encourage delegation of authority and responsibility consistent with sound management. I am encouraging collegiate consultation and informed decision-making at all levels of the Organization. I rely on the advice and support of our Regional Directors. In Geneva, I am asking Assistant Directors-General to play a more direct role in program policy orientation and decision-making. I am urging more interaction between programs. I hope that these practices will be followed in the Regions as well, involving all technical as well as administrative personnel. But more than this, I seek the advice and support of all of you, the representatives of the Member States, who together make up the cooperative body of our United Organization.

When Dr. Macedo and I took up our elected offices, we did so as servants, spokesmen, and executors of your will, the collective will of the Member States. I knew the challenge would not be an easy one. Probably, if I did not know that I had PAHO and WHO together, if I did not

have Dr. Macedo here beside me, if I did not have each and every one of you here today, then I should have thought this task impossible. But I do have you, and it is your unity which makes the difference.

Yes, indeed, we are confronted with every imaginable man-made and natural disaster. True, we have not yet closed the gap between the haves and have-nots. But I am confident we can do the job if we close ranks behind the common goal of health and sustainable development for all.

People are asking for health. I saw last night's debate between the two American presidential candidates and, as I understand it, America's top concern is health, among other major concerns such as housing, education, and jobs. These are also the main concerns of the country I know best, Japan. I think that health is one of the most important issues to everybody on this planet.

I wish you every success in these deliberations of the Directing Council of the Pan American Health Organization, meeting as the Regional Committee for the Americas of the World Health Organization.

ITEM 2.1: APPOINTMENT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
TEMA 2.1: NOMBRAMIENTO DE LA COMISION DE CREDENCIALES

The SECRETARY called attention to Rule 27 of the Rules of Procedure, requiring that a Committee on Credentials, consisting of three representatives of as many countries, be appointed at the beginning of the Council's first plenary session to examine the credentials of the representatives and observers and to report to the Council thereon without delay.

El PRESIDENTE PROVISIONAL propone a los Representantes de Brasil, Ecuador y Barbados para integrar la Comisión de Credenciales y, no habiendo ninguna otra propuesta, los declara elegidos y los invita a pasar a la Oficina 203 para que elaboren su informe a la mayor brevedad.

The sesion was suspended at 9:45 a.m. and resumed at 10:20 a.m.  
Se suspende la sesión a las 9:45 a.m. y se reanuda a las 10:20 a.m.

FIRST REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
PRIMER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. TAITT (Barbados), Rapporteur of the Committee on Credentials, said that at its first meeting the Committee, chaired by Dr. Da Silveira of Brazil, had examined the credentials presented to the Director of the Bureau in accordance with Articles 16 and 27 of the Rules of Procedure of the Directing Council. It had found in good order, and proposed that the Council recognize as valid, the credentials of the following countries: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, the Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Haiti, Honduras, Mexico, Nicaragua, Paraguay, Peru, St. Kitts and Nevis, Saint Lucia, Suriname, Trinidad and Tobago, the United Kingdom, the United States of America, Uruguay, Venezuela, and the observer countries Portugal and Spain. The Committee would meet again to examine any other credentials that might be received.

Decision: The first report of the Committee on Credentials was approved.

Decisión: Se aprueba el primer informe de la Comisión de Credenciales.

ITEM 2.2: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE PRESIDENTS AND THE  
RAPPORTEUR

TEMA 2.2: ELECCION DEL PRESIDENTE, DE DOS VICEPRESIDENTES Y DEL RELATOR

O Dr. BORGES DA SILVEIRA (Brasil) propõe para a presidência o nome do Dr. Raul Ugarte, Ministro de Saúde do Uruguai.



Decision: Dr. Raúl Ugarte Artola (Uruguay) was elected President by acclamation.

Decisión: Por aclamación, el Dr. Raúl Ugarte Artola (Uruguay) es elegido Presidente.

Dr. Raúl Ugarte Artola took the Chair.

El Dr. Raúl Ugarte Artola pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE agradece el honor que se le ha conferido y confía en que bajo su mandato se alcancen objetivos que redunden en beneficio de la comunidad. A continuación, pide que se propongan candidatos para los cargos de Vicepresidentes.

El Dr. VILLEDA (Honduras) propone las candidaturas del Dr. Edgar Mohs, Ministro de Salud de Costa Rica, y del Dr. Francisco Montbrun, Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, para los cargos de Vicepresidentes.

Decision: Dr. Edgar Mohs (Costa Rica) and Dr. Francisco Montbrun (Venezuela) were elected Vice Presidents by acclamation.

Decisión: Por aclamación, el Dr. Edgar Mohs (Costa Rica) y el Dr. Francisco Montbrun (Venezuela) son elegidos Vicepresidentes.

El Dr. SOBERON (México) propone como Relatora a la Sra. Jennifer Astaphan (Dominica).

Decision: Mrs. Jennifer Astaphan (Dominica) was elected Rapporteur by acclamation.

Decisión: Por aclamación, la Sra. Jennifer Astaphan (Dominica) es elegida Relatora.

- ITEM 2.3: ESTABLISHMENT OF A WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION  
TEMA 2.3: ESTABLECIMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION DE LA OPS

El PRESIDENTE propone que el grupo de trabajo quede constituido por los Representantes de Bahamas, Canadá y Colombia.

Decision: The Representatives of Bahamas, Canada, and Colombia were appointed members of the working party.

Decisión: Los Representantes de Bahamas, Canadá y Colombia quedan nombrados miembros del grupo de trabajo.

- ITEM 2.4: ESTABLISHMENT OF THE GENERAL COMMITTEE  
TEMA 2.4: ESTABLECIMIENTO DE LA COMISION GENERAL

El PRESIDENTE sugiere que sean elegidos miembros de la Comisión General los Representantes de Bolivia, Estados Unidos de América y México.

Decision: The Representatives of Bolivia, Mexico, and the United States of America were elected members of the General Committee.

Decisión: Los Representantes de Bolivia, los Estados Unidos de América y México quedan elegidos miembros de la Comisión General.

- ITEM 2.5: ADOPTION OF THE AGENDA  
TEMA 2.5: ADOPCION DEL PROGRAMA DE TEMAS

Decision: The agenda was adopted.

Decisión: Se aprueba el programa de temas.

- ITEM 3.1: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE  
TEMA 3.1: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

Dr. GAY (Chairman, Executive Committee) said that, as Chairman of the Executive Committee and in accordance with Article 9.C of the PAHO Constitution, it fell to him to report on the work done by the Executive

Committee at its 100th and 101st Meetings (Document CD33/8). Rather than review all the items considered by the Executive Committee, he would highlight some matters considered by the Executive Committee which were not on the present agenda.

The 100th Meeting, held at Headquarters, had consisted of a single plenary session and had been attended by the Committee's entire membership: Argentina, Bahamas, Ecuador, El Salvador, Mexico, Panama, Saint Lucia, the United States of America, and Uruguay. The Committee had elected its officers, as well as new members of various subcommittees. It had also decided that meetings of the Governing Bodies should be considered concluded without the signing of a Final Report at the closing session, thus effecting savings in time and money.

The 101st Meeting, held at Headquarters, had also been attended by all the Committee's members and by observers for various governments and intergovernmental and nongovernmental organizations. The Committee had heard the report of the Subcommittee on Planning and Programming, which included discussion of the methodology of the PAHO Technical Cooperation, Planning, Programming and Evaluation System (AMPES); technical cooperation among countries in subregional initiatives, with particular emphasis on those being carried out in Central America and Panama; the impact of the reduction in WHO Regular Funds on the Regular Program Budget of PAHO/WHO for 1988-1989; the Residency Program in International Health; evaluation of PAHO/WHO technical cooperation at the country level; the conclusions of the 81st Meeting of the Executive Board of WHO; procurement of essential drugs; and staff health insurance. The Subcommittee on Inter-American Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO

had also presented a report, on the strength of which it had been decided to establish official relation with three organizations. Finally, the Committee had considered amendments to the Staff Rules; hiring under local conditions of employment for the mobilization of national resources; the PAHO Building Fund and maintenance and repair of PAHO-owned buildings; and the statement by the Representative of the PAHO/WHO Staff Association.

He and Dr. Rodolfo Rodríguez (Argentina), also representing the Executive Committee, would comment individually on items considered by the Executive Committee which were also on the Directing Council's agenda as and when they came up for consideration.

El Dr. BORGONO (Chile) manifiesta que, antes de hacer algunos comentarios con respecto al Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, desea rendir homenaje a la memoria del recientemente fallecido Dr. Pedro Acha, por lo que solicita un minuto de silencio para quien consagrara a la Organización 30 años de vida inteligente, laboriosa y fecunda.

All present stood for a minute of silence as a tribute to the  
memory of Dr. Pedro Acha.  
Todos los presentes, puestos de pie, guardan un minuto de silencio  
en homenaje a la memoria del Dr. Pedro Acha.

A continuación, el Dr. Borgoño destaca la importancia de las enmiendas al Reglamento del Personal de la OSP y de la contratación de todo tipo de funcionarios, destaca la conveniencia de que las partidas

destinadas a los países no resulten afectadas por los recortes presupuestarios provocados por la crisis financiera y confía en que el debido conocimiento de los antecedentes permita que los debates sean más ágiles y exhaustivos.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que prepare un proyecto de resolución sobre el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, así como un mensaje de condolencias para enviar a la familia del Doctor Acha.

The session rose at 11:05 a.m.  
Se levanta la sesión a las 11:05 a.m.

*directing council*



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

*regional committee*

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

CD33/SR/2  
26 September 1988  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SECOND PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEGUNDA SESION PLENARIA

Monday, 26 September 1988, at 2:30 p.m.  
Lunes, 26 de septiembre de 1988, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay  
Presidente:

Contents  
Indice

Item 1: First Report of the General Committee  
Tema 1: Primer Informe de la Comisión General

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

<u>Item 3.2:</u>	Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1987
<u>Tema 3.2:</u>	Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987

The session was called to order at 2:30 p.m.  
Se abre la sesión a las 2:30 p.m.

FIRST REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
PRIMER INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY read out the first report of the General Committee,  
as follows:

The General Committee met at noon on Monday, 26 September 1988. Present were the President, the two Vice Presidents and the Rapporteur of the Council, as well as the Representatives of Bolivia, Mexico and the United States of America and the Director of the Pan American Sanitary Bureau, in his capacity as Secretary *ex officio* of the Council. As a result of its deliberations, the General Committee reached the following decisions: a) The hours of work of the Council will be from 9:00 a.m. to 12:00 noon and from 2:30 p.m. to 5:30 p.m.; b) The discussion of the various agenda items will follow the order established in the agenda approved this morning (Document CD33/1, Rev. 1), with the exceptions which follow: First, immediately after the conclusion of item 3.2 (Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1987) the Council will consider item 4.2 (Report of the Special Subcommittee on Women, Health, and Development). At the conclusion of Item 4.2, a 24-minute long videotape, entitled "La Mirada de Miriam," will be shown. Second, Tuesday morning, 27 September, will be devoted to the consideration of financial matters, namely: Item 6.1 (Quota Contributions); Item 6.2 (Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 1986-1987); Item 5.4 (Provisional Draft of the Program Budget Proposal of WHO for the Region of the Americas, 1988-1989); and Item 5.12 (Program Budget Situation, 1988-1989). Third, as the first item of business on Wednesday morning, 28 September, the Council will consider Item 5.1 (Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas). Fourth, also on Wednesday, after the morning coffee break, the Council will hold a series of elections under Item 2.6 (Selection of One Member Government to the Policy and Coordination Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction); Item 2.7 (Selection of One Member Government to the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); and Item 3.3 (Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Argentina, Bahamas, and Mexico). Fifth, on Wednesday afternoon, the Council will consider as the first item on the agenda Item 7.4 (Report on the World Conference on Medical Education); Item 4.1 (PAHO Award for Administration) will be taken up at 5:00 p.m. on Wednesday. Finally, Item 7.5 (Abraham Horwitz Award for Inter-American Health) will be considered at 5:00 p.m. on Thursday, 29 September.



Following the recommendation made by the 100th Meeting of the Executive Committee as well as the precedent established by that Governing Body, the General Committee decided that the meetings of the Directing Council shall be considered to be concluded without waiting for the signing of the Final Report at a closing session.

The Committee also suggested strongly to the Secretariat that, in order to reduce confusion, a schedule for the consideration of agenda items should be distributed so that delegates could prepare their interventions for the remainder of the XXXIII Meeting of the Directing Council.

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, 1987

TEMA 3.2: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1987

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que el Documento Oficial 221 da una descripción general de las actividades de la Organización durante el año de 1987 y presenta, sobre todo en su Capítulo 1, un panorama general sobre la situación de la Región y los principales retos de la Organización en los próximos años. El año de 1987 estuvo marcado por la continuación de la crisis económica, con sus repercusiones sociales y políticas, que afecta a la Región, especialmente a los países de América Latina y el Caribe, desde el comienzo de la presente década. Aunque en 1987 pudieron notarse algunos síntomas de recuperación económica y un crecimiento razonable general en la Región, en 1988 parecen haberse reducido las expectativas optimistas que dicha recuperación parecían abrir. De hecho, la agravación del fenómeno

inflacionario, el peso extraordinario del servicio de la deuda externa, los problemas de fugas de capitales y las dificultades de ajuste de las situaciones fiscales, han provocado una deterioración evidente en la mayoría de los países en 1988.

En 1987 los promedios de ingresos familiar e individual habían recuperado solamente el nivel de 1977, y todo indica que en 1988 habrá una reducción adicional. Las proyecciones más recientes para este año indican que, en la mejor de las hipótesis, el producto interno bruto agregado de toda la Región de América Latina y el Caribe crecerá solamente un 1%, es decir, menos que la población, lo que implica una nueva reducción del ingreso per cápita regional. No se han hecho progresos evidentes hacia una solución global del problema de la deuda externa que, junto con la fuga de capitales, representará probablemente en 1988 y en los años siguientes una exportación neta de capitales por un valor próximo a US\$30.000 millones desde los países de América Latina y del Caribe hacia el resto del mundo, en especial, el desarrollado. Esa hemorragia de recursos afectará por mucho tiempo las posibilidades de crecimiento y desarrollo de la Región como un todo.

En el plano social, la situación de pobreza derivada no solo de la crisis sino de los patrones de desarrollo utilizados en la Región desde hace muchas generaciones, caracterizados por una extraordinaria concentración del ingreso existente. Esta situación de pobreza parece estar aumentando. En 1987, según las estimaciones más fiables, el número de personas en estado de pobreza de la Región era de los 160 millones aproximadamente, con cerca de 60 millones en estado de pobreza extrema. Esta faz oculta de la situación económica, de la que no se habla tanto

como la deuda externa es la deuda social acumulada en dichos países durante tantas generaciones, que se expresa en esos 160 millones de pobres, así como en la falta de educación, de viviendas y de las condiciones del bienestar, entre ellas, las relativas al sector de la salud. La situación de crisis también se manifiesta en los conflictos y las dificultades políticas que han marcado, por un lado, el proceso lento y a veces muy doloroso de reconstrucción de las instituciones democráticas en la mayoría de los países y, por otro, en las colisiones de intereses que llegan a materializarse en guerras o amenazas de guerra.

Entre esas situaciones conflictivas, la más conocida y más dolorosa es la que afecta a los países de América Central, donde ha existido y existe una situación de guerra. En 1987 se abrió una luz de esperanza al suscribirse los acuerdos de Esquipulas II, por los que los Presidentes de los países de América Central aprobaron un documento para el establecimiento de una paz plena y duradera y la reanudación del proceso de desarrollo, colaboración e integración entre sus países. Más de un año después de ese momento histórico las esperanzas de una verdadera paz están lejos de concretarse. En algunos casos se ha obtenido un cese del fuego, pero la paz no se limita a la interrupción de las hostilidades abiertas. La paz es la posibilidad de una cooperación sin barreras, la apertura de las fronteras y, sobre todo, de la mente y de los corazones, para establecer la solidaridad, la comprensión y la coexistencia necesarias en la construcción del futuro. Centroamérica todavía no ha conseguido la paz. Desde la pequeña plataforma de la salud, la OPS ha estado trabajando durante cinco años para ayudar a construir esa paz, a través

de las actividades de salud, partiendo de la idea de que el bienestar de los hombres debe servir como puente para construirla. Esto es válido para Centroamérica y para los demás países de la Región y del mundo.

Las perspectivas para el futuro inmediato no son completamente negativas, pero tampoco muy optimistas. Más allá de las manifestaciones conyunturales de la crisis, el principal problema es la insuficiencia demostrada, antes y durante esta crisis, de los modelos de desarrollo que se han estado aplicando, y de las soluciones para superar dicha crisis, que no atienden a las necesidades básicas del hombre en nuestras sociedades. En este panorama, la situación de la salud es sumamente desfavorable. Se han hecho progresos en varios indicadores, pero la situación de la Región todavía es absolutamente inaceptable. Los niveles de mortalidad general e infantil, aún cuando se hayan reducido en los últimos años, deben considerarse vergonzosos, habida cuenta de las posibilidades materiales, científicas y tecnológicas de que se dispone. Se está lejos de la meta de aplicar la doctrina de la salud para todos en el año 2000, según la cual, por ejemplo, ningún país de la Región ha de presentar una mortalidad infantil de más de 30 por 1.000 nacidos vivos. Si se observa lo que han hecho países pobres de la Región, pequeños o grandes, de diferentes sistemas políticos y económicos, orientados por diferentes ideologías y en distintos contextos sociales y económicos, se llega a la triste conclusión de que todavía en América Latina y el Caribe cada año ocurren por lo menos 700.000 muertes que pueden evitarse, sin que para ello se precisen los recursos científicos y materiales que existen en el Japón, los países Nórdicos, los Estados Unidos de América o el Canadá, sino con los disponibles en países hermanos de la América Latina y el Caribe.

Es vergonzoso permitir que todavía mueran 700.000 personas en estos países, y que por lo menos 130 millones de latinoamericanos no tengan acceso regular a los servicios básicos de salud; que por lo menos 140 millones de latinoamericanos todavía presenten algún tipo de manifestación de subnutrición o de desnutrición, y que todo ello ocurra simultáneamente con un despilfarro de los escasos recursos que las propias sociedades ponen a disposición para el cuidado de sus poblaciones, despilfarro debido a la ineficacia, a la superposición o multiplicidad de actividades sin coordinación, a la aplicación de tecnologías inapropiadas, o simplemente a la prestación de servicios innecesarios. Este despilfarro en América Latina equivale cada año por lo menos a US\$10.000 millones solo en lo que se refiere a la prestación de servicios individuales.

Si se considera la meta universal y unánime de la salud para todos, la única conclusión que cabe es que se necesita un cambio a favor de los valores y principios aceptados por todos en el extraordinario sistema de valores en que se basa la idea de la salud para todos. Las experiencias de algunos países de América Latina y del Caribe, que han progresado en la aplicación práctica de estos valores y de las estrategias para instrumentarlos, entre ellas la estrategia fundamental de atención primaria, muestran algunas coincidencias como, por ejemplo, la descentralización en la organización de los servicios, estableciéndose una responsabilidad mutua entre dichos servicios y la población local.

En todos los sistemas nacionales de salud que han dado buenos resultados en la Región existe la participación responsable de las comunidades, las familias y la población. Esos sistemas de salud

presentan un elevado nivel de coordinación interinstitucional e intersectorial, que en algunos casos llega a la integración práctica, operacional o funcional. Se han hecho progresos extraordinarios para alcanzar un equilibrio adecuado entre las tecnologías perfeccionadas y las más simples, con las que se pueden resolver la mayoría de los problemas comunes, así como para emplear adecuadamente tecnologías específicas de bajo costo, pero de extraordinaria eficacia ante los problemas existentes. Por último, se ha mejorado la capacidad de gestión, y la eficacia de la prestación de los servicios ha aumentado cuando los trabajadores del sector salud tienen la posibilidad mínima de dedicarse a la función para la que se los ha contratado.

Las propias experiencias exitosas de la Región muestran que si se aplicaran estas orientaciones generales dentro del contexto específico económico, social y cultural de cada uno de los países y de las comunidades, se podría transformar el actual panorama desfavorable. Con la aplicación de estos principios y valores se podrá avanzar en la realización de la meta y del sistema de valores de la salud para todos; así debe interpretarse el mandato otorgado por la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986, al aprobar las orientaciones y prioridades para el cuatrienio 1987-1990. Entre las prioridades aprobadas por la Conferencia figura la revisión profunda de los sistemas nacionales de salud, tomando como eje la necesidad de descentralización.

Solo podrán cambiar realmente las cosas cuando todo el mundo, y en especial los que tienen la responsabilidad social de prestar atención de salud, tome conciencia de cuáles son las necesidades concretas de los seres humanos. La cooperación prestada por una Organización única,

constituida por la suma de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, debe hacer frente a este desafío y ayudar a la construcción de este camino. Para hacerlo también es necesario innovar en las formas tradicionales de la relación entre la Organización y los Países Miembros, que se expresa en asistencia técnica o en la transferencia de conocimientos. Es preciso dar ayuda para la movilización interna de los recursos existentes, que son muchos, y de los recursos externos, que puedan complementar los esfuerzos internos de cada país, porque la responsabilidad última de la salud de la población pertenece al país y no puede ser delegada.

Hay que aumentar los niveles de coordinación, aplicar los principios de la Organización, los mandatos de los Cuerpos Directivos, desde la Asamblea Mundial hasta el Comité Ejecutivo, con la flexibilidad suficiente para adecuar la acción a la realidad particular de la vida social, económica y cultural de cada país. Ese proceso de cambio tropieza con grandes resistencias. En primer lugar, se trabaja en situaciones extraordinariamente complejas a nivel nacional, muy variables en cuanto a sus características, y a un ritmo sin precedentes. Ajustarse a esta situación no es fácil, y menos aún si los recursos son restringidos.

Cuando se plantea la necesidad de aumentar la productividad y la eficiencia de los recursos de la Organización se impone una presión extraordinaria a la limitada cuantía de recursos de que disponemos. La presión crea ansiedad, a la que se suma la perplejidad frente a la compleja época en que se vive. Frente a las propuestas de cambio, que significan enfrentarse a algo nuevo y por general desconocido, no es

sorprendente que aparezca también el miedo y el deseo de seguir como siempre, lo cual es la manera más segura de llegar a ser caducos, innecesarios e ineficaces. Es preciso superar el miedo y la resistencia, y eso vale tanto para la Organización como entidad burocrática, como para los países, que tienen que enfrentar también ese proceso de cambio, con el consiguiente riesgo de perturbar lo ya establecido y de cometer errores con los que se aprende.

Lo positivo es que esta situación compleja, variable y variada a nivel nacional es también rica en posibilidades y oportunidades, que es necesario saber percibir y utilizar para el proceso de transformación que se persigue. Siguiendo las palabras del señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, la OPS y la OMS deben estrechar sus vínculos y considerarse una pero no en el sentido de la unidad de procedimientos burocráticos, sino de unidad de política y de doctrina y de su aplicación práctica, de la transformación de los valores declarados en prácticas concretas y en acción en cada uno de los programas y países. La unidad burocrática en general significa centralización indebida, ineficacia y despilfarro. Debe procurarse aumentar las actividades de colaboración con las demás agencias de cooperación, y se precisa una determinación concreta y una voluntad política por parte de los gobiernos para realizar esta coordinación. La coordinación de la cooperación interna en cada país es una responsabilidad indelegable de los propios gobiernos y nadie puede substituirlos en este aspecto. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud puede facilitarles información, asesoramiento e incluso mecanismos para el cumplimiento de esa responsabilidad, pero es cada gobierno quien debe promover y establecer la coordinación necesaria.



Los desafíos que hay que enfrentar para el año 2000 son extraordinarios. Se estima que por lo menos 130 millones de latinoamericanos y caribeños no tienen todavía acceso regular a servicios de salud. Hasta el año 2000 la población de América Latina y del Caribe habrá aumentado en unos 160 millones de personas que, sumados a los citados 130 millones, totalizan 290 millones de personas que deberán ser dotadas de servicios de salud en los próximos 13 años.

Esta meta parecería imposible, pero tenemos una oportunidad de alcanzarla, si se cambian las formas tradicionales de trabajo utilizadas hasta el presente por la mayoría de nuestros países.

El orador hace notar la ausencia en esta reunión de algunos de los Países Miembros, por ejemplo Guyana, Panamá y San Vicente y Granadinas, que dejaron de venir por dificultades económicas.

Jamaica, en cambio, no ha podido venir por haberse considerado inconveniente la salida de sus principales líderes, no solo de salud sino en todo el Gobierno, debido a las consecuencias del huracán Gilberto, seguramente el huracán más violento que se ha conocido. En Jamaica los daños han sido extraordinariamente grandes y afectan su capacidad de generación de electricidad, su capacidad productiva, incluyendo la actividad turística, y su capacidad de prestación de servicios, entre ellos los de salud. El 80% de los establecimientos de salud quedaron afectados, algunos en forma muy seria. Pasada la emergencia, gracias a un nivel muy aceptable de eficiencia y coordinación, el país se encuentra frente a la tarea de reconstrucción o rehabilitación de los servicios, para lo cual no dispone de recursos y confía en la solidaridad de todos,

particularmente de la Región de las Américas. En México también los daños son cuantiosos, aunque relativamente menos graves si se consideran las dimensiones del país, y se espera la misma solidaridad.

La Organización Panamericana de la Salud, a través de su Programa de Preparativos para Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, fue una de las primeras en acudir a Jamaica, y corresponde reconocer la extraordinaria dedicación de su personal, que más de una vez demostró no solo su capacidad técnica, sino también su deseo y su disposición de trabajar sin descanso y compartir los primeros momentos de adversidad y asistir simultáneamente en la evaluación y coordinación de las actividades de socorro.

El Director se complace en comunicar que, pese a las dificultades financieras y presupuestarias de la Organización, se han puesto a disposición de Jamaica unos pocos recursos adicionales para ayudarle en la evaluación de los daños, la elaboración de planes y proyectos de rehabilitación y reconstrucción, y la movilización de los recursos que la solidaridad internacional seguramente hará llegar.

El Dr. MENCHACA (Cuba) dice que el informe constituye una prueba más del grave deterioro económico y social que está sufriendo esta región del mundo, determinado por la crisis económica resultante de tener que asignar cuantiosos recursos al pago de los intereses de la deuda externa. Además, el financiamiento externo recibido por la Región en 1987 fue inferior al de 1986, pese a haberse degradado la situación socioeconómica de América Latina y el Caribe.

Sin embargo, la OPS trabajó con arreglo a las prioridades establecidas por los países en el sector de la salud, y en el contexto de las orientaciones pragmáticas aprobadas por los Cuerpos Directivos, y ha

seguido tomando medidas para evitar que los indicadores de salud y la cobertura de servicios en los países de la Región continúen deteriorándose.

A los efectos de definir áreas de cooperación entre los países, el orador propone, en nombre de su delegación, que en el Capítulo V, Prioridades Nacionales y Cooperación de la OPS/OMS, se amplíe la información relativa a las prioridades de los gobiernos en el sector salud, aunque estas prioridades no reciban recursos de cooperación de la Organización, pues puede ser útil para identificar ámbitos de cooperación en el marco de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Señala, además, que algunos de los ámbitos importantes de cooperación de la OPS aparecen de forma muy general, mientras que se hace hincapié en otros de menor significación.

El orador da lectura a continuación a un fragmento del título "Perspectivas para el futuro" del Capítulo I del Informe, y cita algunas palabras pronunciadas por el Director General de la OMS durante la Asamblea Mundial de la Salud, sobre la relación directa entre el desarrollo social y el mantenimiento de la paz. La recuperación mundial es lenta e incierta, pero hay signos alentadores de que la paz deseada pueda lograrse.

El tema de la paz ya no despierta posiciones irónicas, y recuerda la dificultad que representó, no hace mucho, obtener la aprobación de una resolución sobre la paz y sus vínculos con el desarrollo social. Basta recordar que si los gastos militares en el mundo se redujeren en un 10% en todo un año, se podría crear un fondo de US\$100.000 millones para financiar programas de desarrollo en el Tercer Mundo, borrar la mitad de

la deuda externa de Africa, con sus intereses, o el total de la deuda de más de 20 países latinoamericanos, construir hospitales y viviendas y mitigar el hambre.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) commended the Director on his concise and informative report. The reports on the programs to be discussed at the XXXIII Meeting of the Directing Council facilitated monitoring by Member Countries, and the revised format of the Annual Report had been easy to follow.

He wished particularly to call attention to the first section of the report, which demonstrated the Director's clear-sightedness in assessing the impact of the economic environment on health and development in Member Countries. Countries were urged to monitor the efficiency of health programs, including PAHO's technical cooperation activities, with a view to reaching the goal of health for all by the year 2000.

While the Caribbean Cooperation in Health initiative was not on the agenda of the Council, his country wished to reiterate its commitment to that effort and to thank the Director and his staff for the progress achieved thus far. In the spirit of that initiative, his country wished to propose a resolution, to be submitted at a later time, which would, inter alia, urge Member Countries to offer assistance to those countries affected by hurricane Gilbert, and to consider emergency preparedness of the health sector as a priority for resource allocation. Expressing the sympathy of his Government and the people of his country to Jamaica and

the other countries ravaged by the hurricane, he stressed that PAHO must be ready to provide appropriate assistance and, in particular, to respond to their health needs.

Dr. MONATH (United States of America) thanked the Director for his useful and informative Annual Report. Not only did the report provide an overview of the Organization's programs and the progress achieved, but it specified the measures used by PAHO in carrying out its mandates.

Several items in the report were of particular interest to his country. He commended the biennial and triennial joint reviews conducted to date of PAHO/WHO technical cooperation at the country level and would welcome further clarification by the Director on that subject. With respect to a study conducted on nursing personnel in six countries, he asked whether that document would be made available. The Annual Report also mentioned a proposed reorientation of the objectives of the Expanded Textbook and Instructional Materials Program. Could the Director provide further information on that issue? Clarification would also be useful regarding the new cooperative marketing and distribution network among countries best equipped to produce handbooks, which was expected to lead to a common market for technical books in health. His country was also interested in learning more about the indepth review of the performance of the fellowship program. Finally, the report reflected a pessimistic outlook for efforts to reduce and control communicable diseases, and he would welcome comments from the Director on that issue.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) dice que el Director ha enfocado exactamente el problema, a saber, que el sector salud se degrada cada día por el aumento de la deuda y la creciente escasez de los recursos. No obstante, no cabe resignarse. Ante todo, debe procederse a la reorganización de los ministerios de salud y acoplar debidamente sus actividades a fin de lograr una integración que permita dispensar al pueblo una atención médica completa, donde la prevención vaya de par con la promoción social, y la curación con la rehabilitación y la salud del sujeto. Deben evaluarse los recursos, humanos y materiales, para emplearlos mejor. Una vez que la atención médica se expanda en su base, procurando lograr la cobertura de la población en la forma más universal posible, podrá lograrse esa meta de una población más feliz, porque ha conquistado al bienestar que conduce a la meta final, el desarrollo socioeconómico y el progreso. El éxito también depende de la colaboración que se presten los países panamericanos, y no solo en casos como la desgracia de Jamaica. Las diferencias políticas no deben contar, si se trata de formar un solo bloque sólido para combatir la insalubridad.

La OPS y la OMS están no solamente para facilitar los recursos económicos y distribuirlos en la forma más racional, sino también para proponer las soluciones que puedan llevar a los países de la Región a esa felicidad.

El Dr. VILLEDA (Honduras) elogia el informe del Director y la labor realizada por la OPS/OMS, en especial en favor de los países y pueblos del istmo Centroamericano, a través de actividades de apoyo y seguimiento y continuos ajustes del Plan de las Necesidades Prioritarias

de Salud de Centroamérica, Belice y Panamá. Refiriéndose a la Segunda Conferencia Interagencial realizada en Madrid a finales de abril de 1988, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, así como a la nueva iniciativa conjunta de la OPS, la OEA y el BID, llamada "Programa de Inversiones Sociales en el Istmo Centroamericano (PISIC)", afirma que estas iniciativas representan una innovación efectiva, pues sirven para organizar la cooperación entre países y estimular la definición de áreas prioritarias, así como de recursos técnicos y financieros complementarios.

El Dr. QUIJANO (México) dice que el Director ha presentado los enfoques negativos y positivos de la situación de la salud en la Región. En primer lugar, cabe recordar los indicadores mencionados sobre mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, etc., y las causas de tipo económico que han sido motivo de recortes en algunos gastos en salud de los gobiernos de la Región, a saber, la deuda externa, la deuda interna, la disminución del precio de ciertas materias primas y, muy importante, la utilización deficiente de los recursos disponibles.

El enfoque positivo es que ciertas iniciativas y sugerencias han permitido, y van a seguir permitiendo, mejorar las condiciones de salud en los pueblos: la descentralización y reforzamiento de los servicios locales de salud; la racionalización de los insumos y la publicación de normas técnicas y, en última instancia, la obtención de la cooperación comunitaria.

El orador agradece la celeridad con que la Organización ofreció ayuda a su país con motivo del reciente desastre natural. Los daños

producidos por el ciclón Gilberto en México fueron menos acentuados que los de Jamaica, y el Presidente de su país renunció a pedir la ayuda internacional en provecho de otros países más necesitados. Agradece a todos los países su actitud solidaria ante este último desastre.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) dice que de la lectura del informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el desarrollo de la cooperación técnica de la Organización durante el año 1987, se desprende una vez más el esfuerzo realizado, tanto por la Organización como por los países al abordar la particular situación social, económica y de salud de la Región, subregiones y países, definiendo con mayor claridad las prioridades que deben atenderse y las actividades de mayor impacto sobre los problemas de salud que requieren del esfuerzo conjunto de dos o más países y la Organización, y los que específicamente son de competencia local y nacional. Se destaca además el balance favorable de las actividades de la Organización en apoyo de los programas prioritarios de los países y especialmente en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Debe reconocerse en este sentido la enorme tarea realizada por el Director y el personal de la Organización Panamericana de la Salud durante el año 1987.

Desea manifestar su agradecimiento a la OPS por la colaboración recibida por su país para el desarrollo de la infraestructura en el campo de la salud maternoinfantil, en enfermedades transmitidas por vectores y en saneamiento ambiental. Cabe mencionarse, además, la cooperación técnica en el diseño y la puesta en marcha de la red nacional de laboratorios de salud pública, y el desarrollo de un sistema de mantenimiento



de instalaciones y equipos médicos y el fortalecimiento del sistema de información y procesamiento electrónico. En cuanto al desarrollo de los recursos humanos, la OPS cooperó en la publicación del Segundo Censo Nacional de los Recursos Humanos y en el Primer Curso Nacional de Salud Pública para Médicos y Enfermeras.

El Dr. PINILLOS (Perú) agradece al Dr. Borgoño, de Chile, el homenaje rendido al Dr. Pedro Acha, del Perú, homenaje al que desea sumarse.

Considera que es útil e importante la información contenida en el Informe Anual del Director y hace suya la moción de apoyo a Jamaica presentada por Trinidad y Tabago después de la tragedia provocada por el huracán Gilberto. Alude a la condición crónica de desastre que azota a países como el suyo, y a determinadas situaciones que son inquietantes, como la desigualdad de las condiciones de vida de distintos grupos de su país; por ejemplo, los grupos humanos más desprotegidos pagan por el agua hasta 20 ó 30 veces más que los grupos más acomodados. Estas desigualdades llevaron a los obispos del Perú, en su reunión en Marzo de 1987, a declarar que el costo de la deuda era de 20.000 muertes por año, y esa cifra es actualmente mayor.

La situación económica de su país ha obligado al Gobierno a proceder a una devaluación que, para algunos artículos y particularmente los medicamentos, significarán aumentos del orden de 675%, con lo cual dichos medicamentos quedan fuera del alcance de la mayoría. Los medicamentos básicos y esenciales empiezan a distribuirse en el país, y la oferta se ha cuadruplicado en los últimos meses, pero aún son

absolutamente insuficientes para cubrir las necesidades de la población. A causa de la geografía accidentada, es difícil alcanzar la meta de vacunar a toda la población. Se ha decidido realizar campañas de vacunación en días específicos para aumentar el nivel de cobertura que se logra con el Programa Ampliado de Inmunización, y debe agradecer a organismos internacionales como el UNICEF, la OPS y la US/AID la colaboración prestada para poder llevar a cabo estos programas. Le complace comunicar a los delegados que todos los partidos políticos de su país se pusieron de acuerdo para firmar una ley aprobada multipartidariamente, con que se comprometen a mejorar las condiciones de vida de la niñez y disminuir en 15 puntos la mortalidad infantil en un período de tres años. El cumplimiento de esta ley ha suscitado una importante demostración de cooperación y concertación nacional, no solamente de los organismos del gobierno sino de los organismos representativos de los grupos laborales, los grupos religiosos, la prensa, y en general todo el país. La estrategia consistirá en impulsar los programas verticales existentes.

La situación de crisis del país ha obligado a la alta dirección del Ministerio a desarrollar un planeamiento estratégico, donde se acordó la necesidad de aplicar un programa de 100 días para sobrevivencia. Por razones presupuestarias será preciso, en principio, cerrar los hospitales a fin del mes de septiembre, y para lograr sobrevivir a este momento se han abordado una serie de acciones, tales como suspender todos los programas que no sean esenciales; dirigir todos los recursos al cumplimiento de metas específicas que permitan ampliar el programa de medicamentos básicos y esenciales; ampliar la cobertura de atención

mediante la buena coordinación entre los distintos centros de salud, numerosos en su país, pero sin coordinación; permitir la ampliación de los horarios, para dar cobertura a la población que antes tenía acceso a servicios particulares y que hoy probablemente no tenga, y establecer medidas para grupos especiales, como la tercera edad.

Deberán promoverse las acciones conjuntas, como la celebrada con la República del Ecuador, con quien se firmó en junio un acuerdo de frontera que permite enfrentar conjuntamente ciertas enfermedades, o la prevista con Bolivia.

El Dr. BORGÑO (Chile) dice que, junto al sombrío panorama económico señalado y a otros aspectos en el mismo orden, hay acciones que han sido extraordinariamente exitosas. Las coberturas alcanzadas por el programa de inmunización en los diferentes países de la Región, aunque heterogéneas, representan un esfuerzo digno de alabar. Merece también elogio el Programa de Preparativos para Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, cuya utilidad todos hemos podido comprobar. En cuanto al programa del SIDA, considera muy importante que se pueda avanzar con rapidez. Los fondos van aumentando día a día, pero no ve una capacidad gerencial que permita manejar adecuadamente esos recursos.

Señala la preocupación en algunos países por el programa de salud del adulto, la rehabilitación y los programas de la tercera edad, que a su juicio van adquiriendo una prioridad extraordinaria. Considera necesario centrar la evaluación de la cooperación técnica a nivel de los países. Estas evaluaciones son indispensables para conocer el manejo de los recursos, su adecuada administración a nivel del país, y no solamente

a nivel regional. Advirtiéndole que los fondos extrapresupuestarios sobrepasan al presupuesto regular, considera indispensable una información muchísimo más completa al respecto.

Expresa finalmente su solidaridad con la resolución presentada por el Ministro de Trinidad y Tabago relativa a Jamaica.

Mr. PREFONTAINE (Canada) expressed appreciation of the Director's useful and informative report. In spite of the economic difficulties depicted in the report, his Delegation was glad of the progress being made in the health field. It was evident that "health for all" was becoming less of a slogan and more of a call to action.

Reviewing the health situation in Canada, he said that the past two years had been challenging years for his country, owing in large part to an increasing recognition of the importance of bringing health promotion and disease prevention into a better balance with curative medicine. Concerns for health and well-being were now more and more focusing on responsible health behavior, safer environments, and patient awareness of and participation in health care matters, particularly health care choices. Focus on those factors, as well as a comprehensive review of current programs and policies related to the overall goal of achieving health for all, had paved the way for a reorientation of health initiatives and set the stage for development of new promotion and prevention programs.

It might be recalled that in 1986 Canada had issued a document entitled "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion." That document had presented three major health challenges faced by

Canadians: reducing health inequities based on gender or social, geographic or economic status, increasing prevention, and enhancing the capacity to cope with chronic illness and disability. It had presented three mechanisms designed to address those challenges: self care, mutual aid, and healthy environments, and three specific implementation strategies: fostering public participation, strengthening community health services, and coordinating public health policy.

Since then, collaboration between the various levels of government, in partnership with the private, professional and voluntary sectors of Canadian society, had produced a number of public health policies and initiatives, such as the national Programme to Reduce Tobacco Use, the National AIDS Strategy, the Healthy Cities Project, and others.

The three health challenges facing Canadians to which he had referred were reassessed from a mental health perspective in a second discussion paper entitled "Mental Health for Canadians," issued only a few days ago. The paper was intended to encourage dialogue and active involvement in mental health issues at all levels of Canadian society. The active involvement of nongovernmental organizations and professional associations was relied on heavily by Canada's federal Health and Welfare Department, and was critical to the success of many of Canada's initiatives. Those voluntary groups enjoyed strong government support.

Those new dimensions of Canada's health care program, together with a strong commitment to maintaining health care services, were important factors in Canada's health delivery programs. He reviewed the elements of Canada's nationwide health insurance plan, and emphasized the wide range of benefits it provided without charge to eligible patients.

M. Préfontaine ajoute que l'accessibilité et l'universalité sont des principes appliqués depuis plus de 20 ans dans toutes les provinces canadiennes et la collaboration fédérale-provinciale demeure un atout pour rejoindre les principes ci-haut évoqués. Bien que l'organisation socio-sanitaire varie d'une province à l'autre, les services sont dispensés avec les mêmes critères de qualité et d'efficacité qui ont permis au cours des ans d'améliorer l'état de santé de la population de concert avec d'autres secteurs d'activités tels que l'enseignement et l'environnement. C'est grâce à l'effort soutenu et à la coopération de tous les niveaux du gouvernement, des organisations bénévoles et professionnelles, des associations communautaires, et des citoyens qui s'intéressent de plus en plus à leur propre état de santé que le Canada se rapproche un peu plus de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. M. Préfontaine déclare que le Canada compte bien continuer à coopérer du mieux qu'elle pourra avec l'Organisation panaméricaine de la santé et chacun de ses pays membres pour assurer que l'an 2000 apporte aux hommes, femmes et enfants de cette région une mesure plus équitable de santé.

The session was suspended at 4:25 p.m. and resumed at 4:55 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:25 p.m. y se reanuda a las 4:55 p.m.

Dr. NARANJO (Ecuador) felicita al Director General por su magnífico informe y por la forma en que la Organización ha llevado a cabo sus programas en beneficio de todos los países de la Región. Se muestra asimismo complacido por el enfoque global que el informe da al problema de la salud. La salud es un elemento de bienestar social, pero sin

bienestar social no es posible la salud social. La experiencia por la que ha pasado el Ecuador en los últimos cuatro años de ensayo de un modelo neoliberal ha sido desastrosa. El Representante del Ecuador se solidariza a los países que han sufrido las consecuencias del huracán que acaba de asolar el Caribe. Su país solo excepcionalmente tiene huracanes, pero padece otras tragedias. El orador está convencido de que las peores tragedias provienen no tanto de la naturaleza cuanto de los hombres.

El Ecuador ha quedado en una situación sumamente difícil y económicamente trágica. En el campo de la salud, durante algunos años bajaron los índices, en particular el de mortalidad infantil, pero en los últimos años tiende a aumentar la mortalidad infantil y ha aumentado la mortalidad perinatal. La última encuesta revela que un 50% de los niños menores de cinco años del país sufren de desnutrición.

El orador se pregunta si será posible cumplir algunas de las metas que se han propuesto en la estrategia de salud para todos en el año 2000, concretamente si será posible romper la barrera de 50 ó 40 por 1.000 de mortalidad infantil con medidas estrictamente "médicas". Una de las prioridades para ello es que los médicos encabecen la lucha contra la desigualdad económica y social. Sin justicia social, sin una distribución más humana y razonable de las riquezas del país, no será posible lograr algunas de las metas propuesta por la OMS. Resulta prioritario hacer frente a las grandes desigualdades económicas y sociales que se han agudizado en los últimos cuatro años. Como consecuencia, ha aumentado la desnutrición y la mortalidad perinatal. En los momentos actuales es urgente enfrentar el problema global, social y

económico del país. No bastan las medidas de medicina o de salud; es indispensable afrontar el problema que vive el país y, sobre todo, las grandes mayorías populares.

Para concluir, el orador agradece lo que la Organización Panamericana de la Salud ha hecho por el Ecuador. Su asesoría ha sido muy valiosa y hay que optimizar al máximo tanto el apoyo de la OPS como el de los diferentes organismos internacionales.

Dr. LANSIQUOT (Saint Lucia) congratulated the Director and his staff on the good work the Organization had accomplished in 1987. During the past few years Saint Lucia had benefited greatly from that work, and he wished to thank the Director and his team, as well as the Caribbean Program Coordinator for their understanding of the difficulties of small Caribbean states such as his own. He also wished to express his country's deep appreciation of the work of the outgoing Chairman of the Executive Committee, Dr. Norman Gay.

His Delegation welcomed the statement made by the Director-General of WHO. It recognized Japan's strength as an economic power and believed that the time had come for it to look more closely at the health needs of the small countries of the Caribbean in order to see where it could be of help.

His Delegation fully supported the resolution to be submitted by Trinidad and Tobago concerning support for Jamaica and the other countries devastated by hurricane Gilbert.

The health needs of the small countries of the Caribbean were very great. A new awareness of those needs on the part of the developed



countries should elicit the assistance required by the small Caribbean countries in establishing their health infrastructure.

El Sr. GEHLERT (Guatemala) felicita al Director General de la OSP por su informe, que evidencia una concepción y orientación nuevas para las actividades de la OPS o la OMS. El proceso salud/enfermedad hay que verlo en el contexto social, cultural, económico y político. En Guatemala, la situación es dramática: un 50% de la población vive en estado de pobreza, y un 25% adicional en extrema pobreza. La mortalidad infantil gira alrededor del 75 por 1.000 nacidos vivos y el 82% de los niños menores de 5 años padecen de malnutrición. Las acciones de salud aisladas no tienen sentido, ya se trate de desnutrición, tuberculosis, parasitosis intestinal, malaria o SIDA. El reto para mejorar la situación de salud en la Región empieza con un cambio de perspectiva: hay que transformar los tradicionales ministerios de la "enfermedad" en verdaderos ministerios de la salud, basados en el fomento y promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. La llegada de los enfermos a los hospitales es la consecuencia del fracaso de la medicina preventiva.

En Guatemala, la situación es crítica. Todos los hospitales del país dejarán de funcionar el 30 de septiembre porque sus presupuestos no alcanzan para el último trimestre del año.

En relación con el informe, el Representante de Guatemala estima que se pueden sacar algunas conclusiones de su análisis: en primer lugar, la desconcentración y la descentralización; en segundo lugar, la necesidad de participación de los sectores populares a través de acciones de salud; en tercer lugar, el mejoramiento de la administración de las

acciones que se están realizando y la racionalización de los escasos recursos disponibles, y finalmente, la necesidad de dar prioridad a los grupos en riesgo: en Guatemala, la mitad de las muertes que ocurren son de niños.

En relación con la propuesta de Trinidad y Tabago, Guatemala, aunque es un país pobre, aportó una cooperación concreta a México 24 horas después de su tragedia, y la semana pasada salió un avión con rumbo a Jamaica con medicamentos.

Para concluir, el orador señala que si bien la responsabilidad de todos los problemas incumbe a los propios pueblos y a los propios gobiernos, no hay que olvidar la justicia social internacional, que se traduce en la desinteresada cooperación y solidaridad de todos los pueblos.

El Dr. MOHS (Costa Rica) felicita en primer lugar al Director General por su informe. En segundo lugar, agradece su colaboración al desarrollo de los programas de salud en Centroamérica y, en tercer lugar, manifiesta su apoyo a la resolución de Trinidad y Tabago.

En relación con el informe, el Director General ha señalado que algunos países han podido avanzar en medio de las dificultades económicas de los últimos años, pese a tener ideologías distintas. A este respecto, el orador observa que, cuando se habla de Cuba, se atribuye el éxito de su progreso en el campo de la salud al establecimiento de un sistema socialista; en el caso de Chile, se dice que la razón de ese progreso es la adopción de un sistema liberal; y en el caso de Costa Rica, que su progreso se debe a no tener ejército. Estos tres casos son ejemplos de

desarrollo en medio de la crisis de los últimos años. Fundamentalmente, lo que ha ocurrido ha sido un proceso interno de organización sostenida. Este proceso ha demostrado que se pueden lograr progresos significativos mirando hacia adentro, hacia los propios problemas internos, para tratar de lograr una reorganización.

El Sr. SUAREZ (Bolivia) felicita al Director General por su informe y por su trabajo, que ha dado lugar a un cambio profundo en la OPS. Este cambio se ha dejado ya sentir en Bolivia, en un período de vida constitucional que significó la búsqueda del desarrollo económico y social con justicia, equidad y eficacia. También se ha manifestado en el campo de la salud, en mecanismos destinados a transformar la realidad social en beneficio de toda la población.

El Gobierno de Bolivia ha conseguido en tres años detener la hiperinflación, con un gran costo social, gracias a cuatro estrategias básicas: la regionalización, la intersectorialidad, la movilización y la participación social, todo ello centrado en el área de la salud.

El Estado boliviano ha conseguido incrementar en 400 el número de médicos, lo que representa un millón de habitantes que se incorporan al beneficio de la salud.

Bolivia está sentando los cimientos de una nueva estabilidad sobre dos nuevos brazos: por una parte los sistemas locales de salud (SILOS), y por otra la cooperación transfronteriza, que una a todos los países latinoamericanos para poder dar a todos una mejor salud. Esto implica la necesidad de una integración económica y social de todos los países de la Región.

Finalmente, Bolivia se solidariza con la resolución de Trinidad y Tabago.

El Dr. ARRAUT (Colombia) felicita al Director General de la OPS por su informe y quiere hacer un comentario con respecto a la descentralización en el caso concreto a su país. Colombia venía enfocando la regionalización con punto focal en un área geográfica que involucraba varios municipios. Hace varios años, se empezó a presentar la idea de que los municipios manejaran directamente su problema de salud y, hace un año, una reforma constitucional permitió avanzar los trabajos en este sentido. El informe del Director General sobre la descentralización será un gran apoyo.

Otros programas que se han desarrollado en Colombia con el apoyo y la cooperación de la OPS han sido el de los medicamentos esenciales y el de preparativos para desastres, que en este momento ha sido de gran ayuda con ocasión de las recientes inundaciones.

Por último, con respecto a la resolución de Trinidad y Tabago, Colombia apoyó solidariamente su solicitud.

Le Dr. BIJOU (Haiti) félicite le Directeur de son rapport si bien élaboré, et remercie la délégation de Trinité et Tobago de la grande attention accordée à son pays.

Soulignant qu' Haiti a été touchée par le cyclone Gilbert qui a dévasté également l'agriculture et quelques logements de paysans, le Dr. Bijou rappelle que ces dégats se sont ajoutés aux événements politiques, qui avaient affecté même les institutions de santé. Cette situation crée de fortes inquiétudes, car Haiti, comme les autres pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé, a signé la résolution de Malte.

A douze ans de l'an 2000, le pays se trouve confronté à de sérieux problèmes socio-économiques qui causent des préoccupations en ce qui concerne la réalisation de l'objectif de la santé pour tous, alors que la couverture depuis tantôt cinq ans reste stationnaire et que la population s'accroît. Le rapport du Directeur précise que le gouvernement de tout pays a la responsabilité de la santé de son peuple. En trois ans, Haïti vient de connaître cinq gouvernements et le Dr: Bijou invite les pays membres à réfléchir sur cette situation.

Cette instabilité politique a eu pour conséquence la suppression depuis environ une année de l'aide américaine, ce qui a entraîné l'arrêt de certains programmes prioritaires mentionnés dans le rapport, tels que la lutte contre la malaria, maladie endémique en Haïti, la planification familiale, la santé maternelle, et le ralentissement des autres programmes prioritaires. Elle se demande même si la vaccination de l'enfant n'est point pour une femme enceinte ou une allaitante une action humanitaire. Les contraintes économiques s'aggravant, il est donc fort probable que l'année prochaine le budget du secteur santé soit réduit de 10% alors que la couverture sanitaire est aux environs de 50 à 60%.

Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la vaccination, de la lutte contre la diarrhée et de la participation communautaire, mais ceci concerne toujours les 60% de la population qui ont accès aux soins de santé. Il est donc urgent pour le pays de trouver les moyens d'accroître sa couverture et d'améliorer les conditions de vie, car le problème de santé en Haïti est surtout d'ordre social et économique.

El Sr. LHERISSON (Observador, UNICEF) agradece la invitación del Dr. Guerra de Macedo para participar en la reunión del Consejo Directivo. El UNICEF aprecia esta oportunidad que se le brinda para ratificar su compromiso de estar junto a los que tienen la responsabilidad de quebrar las manifestaciones más dramáticas de la pobreza: la enfermedad y la muerte evitables.

La imagen de niños que deambulan en las calles de casi todas las ciudades de los países de la Región no solo es alarmante sino también un signo del empobrecimiento que se está registrando. El deterioro de los servicios públicos, la disminución de los ingresos reales de la familia, el alza de los precios de los alimentos y la supresión de los subsidios trae como consecuencia una dieta alimentaria de las familias cada vez más pobres en cantidad y calidad de nutrientes.

La Conferencia Regional sobre Pobreza, celebrada recientemente en Cartagena, Colombia, declaró que "la pobreza constituye uno de los mayores problemas que enfrentan los países de la Región para lograr su desarrollo, pues dilapida el capital humano, impide el bienestar colectivo, restringe el mercado interno e incuba inestabilidad social y política". Frente a esta situación, el UNICEF aboga por medidas de ajuste que tomen en cuenta la razón ética y la necesidad económica de proteger a los sectores más vulnerables; un "ajuste con rostro humano" que resguarde los recursos de una nación para asegurar una capacidad económica futura, una convivencia social pacífica y una equitativa distribución de los frutos del esfuerzo productivo. Una política económica que sacrifique la salud, nutrición, educación y capacitación de

sus niños y jóvenes no solo es éticamente inaceptable sino económicamente contraproducente.

Ante la gravedad de la crisis social, económica y política, el Observador del UNICEF dice que es preciso reafirmar el compromiso solidario con los niños y las mujeres pobres de América Latina y el Caribe y el compromiso de trabajo conjunto con los organismos hermanos del Sistema de las Naciones Unidas, sobre todo la Oficina Sanitaria Panamericana.

A 10 años de la histórica Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, es oportuno ratificar la adhesión a los principios de la estrategia de atención primaria de salud y al compromiso de la meta social de salud para todos en el año 2000.

El UNICEF está convencido de que la Estrategia de Supervivencia y Desarrollo Infantil constituye un medio eficaz para poner en práctica los conceptos de la Atención Primaria de Salud.

Hace cinco años, el UNICEF promovió la Estrategia de Supervivencia y Desarrollo del Niño como parte de la APS. En tan solo cinco años la Estrategia por la revolución en favor de la infancia se ha convertido en una "idea fuerza" en programas nacionales en muchos países de la Región. Como ejemplos del efecto catalizador de esta movilización social, el Observador de UNICEF cita las acciones llevadas a cabo en Colombia con el Plan SUPERVIVIR, el PREMI del Ecuador, las Movilizaciones Populares en Salud en Bolivia, la Pastoral de los Niños de la Iglesia Católica en Brasil, el PLANSI de la República Dominicana, la ley para la reducción de

la mortalidad infantil en el Perú y los esfuerzos en México para la formulación de planes nacionales CED e IRA.

La Estrategia de Supervivencia y Desarrollo Infantil se apoya en la movilización de instituciones de la sociedad para poner al alcance de las familias y de los niños los avances científicos y técnicos a bajo costo. Un avance importante en los años 80 ha sido la formulación del Plan de Acción Regional para la Aceleración del Programa Ampliado de Inmunización, que incluye las metas de vacunación universal y la erradicación de la poliomielitis para 1990 en la Región.

Con la firma del Memorandum de Entendimiento entre la OPS/OMS y el UNICEF en 1983, se estableció un mecanismo de cooperación que ha permitido la concertación de actividades conjuntas en supervivencia y desarrollo infantil, salud materna, nutrición y en el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

De la Conferencia sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional celebrada en la Ciudad de México recientemente se espera que surja un nuevo impulso que se traduzca en acciones concretas a nivel político y en programas en beneficio de la población más vulnerable.

El Observador del UNICEF menciona a este respecto las proposiciones sugeridas en la reunión celebrada en Talloires, Francia, el pasado mes de marzo. En la Declaración de Talloires se urge a los gobiernos a que busquen un compromiso solidario para alcanzar las siguientes metas en el año 2000: reducir las tasas de mortalidad infantil; reducir las tasas de mortalidad materna; garantizar la vacunación universal de los niños; reducir la mortalidad por diarrea y la



mortalidad asociada con las infecciones respiratorias en los niños menores de 5 años; reducir los casos de desnutrición; renovar los esfuerzos para modificar el uso del control del crecimiento y desarrollo del niño; promover la lactancia materna, y contribuir al control de las deficiencias de vitamina A, hierro y yodo.

El UNICEF estima que la adopción de metas como las propuestas en la Declaración de Talloires facilitará el diseño de los planes de acción y las estrategias nacionales y regionales para su logro y que la fijación de estas metas permitirá avanzar en los años 90 y llegar al siglo XXI con una infancia protegida, sana y feliz.

The session rose at 5:55 p.m.  
Se levanta la session a las 5:55 p.m.

*directing council*



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

*regional committee*

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



CD33/SR/3

27 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE THIRD PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA TERCERA SESION PLENARIA

Tuesday, 27 September 1988, at 9:00 a.m.

Martes, 27 de septiembre de 1988, a las 9:00 a.m.

President:

Presidente:

Dr. Raúl Ugarte Artola

Uruguay

Contents

Indice

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1987 (continued)

Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987 (continuación)

(continued overleaf)

(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions

Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Second Report of the Committee on Credentials

Segundo informe de la Comisión de Credenciales

Item 6.2: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Period 1986-1987

Tema 6.2: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1986-1987

Item 5.4: Provisional Draft of the Program Budget Proposal of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1990-1991

Tema 5.4: Proyecciones presupuestarias provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1990-1991

The session was called to order at 9:05 a.m.  
Se abre la sesión a las 9:05 a.m.

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, 1987 (continued)  
TEMA 3.2: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1987 (continuación)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y concede el uso de la palabra al representante de Cuba.

El Dr. MENCHACA (Cuba) alude a la situación que describe el Sr. Agob Kayayan, representante del UNICEF para Centroamérica y Panamá, al señalar: "es como si una bomba atómica silenciosa hubiese caído sobre los países centroamericanos sin que nadie se diera cuenta de ello" y explica que en Centroamérica mueren al año más de 100.000 niños por enfermedades que pueden prevenirse con vacunas cuyo costo es de US\$6 anuales por cada niño; que más de la mitad de los niños mueren en el Tercer Mundo a consecuencia de una desnutrición que comienza ya en el útero de la madre, también subalimentada.

Delegados de otros países reseñaron el doloroso cuadro a que han de hacer frente y los esfuerzos en que están empeñados para mejorar esa situación; a ellos debe brindarse un apoyo solidario. En realidad, el Tercer Mundo sólo conoce el rostro del hambre y la desnutrición, de la enfermedad y la muerte. Para grandes masas de población de la Región, esa política de ajustes se ha convertido en una condena injusta, que aleja cada vez más la posibilidad de conseguir las metas de salud. El orador hace suyas algunas palabras del Informe del Director General, que dice: "Pero el alcance de esas metas necesita más que ajustes fiscales o

monetarios, requiere un concepto diferente del desarrollo, así como una reflexión más clara sobre el impacto social de las políticas y los programas económicos nacionales, en particular en los grupos más vulnerables de la sociedad. Como claramente se hizo constar ya el desafío es político y social, y mientras la Región entera no resuelva el problema de la crisis en forma tal que le permita un crecimiento sostenido y equitativo, los Países Miembros permanecerán gravemente imposibilitados de conseguir sus metas de salud".

Si tras los primeros pasos alentadores de eliminación de armas nucleares se abriese un proceso de desarme, sería legítima la esperanza de ver desaparecer también la pesadilla del hambre, la enfermedad, el desamparo, y la falta de techo, de trabajo y de las más elementales condiciones de vida que están sufriendo millones de niños, jóvenes, mujeres y ancianos.

Parece legítimo hacer referencia a la experiencia de Cuba y brindar la propia interpretación del fenómeno de desarrollo logrado en este campo por un país pequeño, aun en medio de esta crisis económica mundial, y sometido durante casi tres decenios a un brutal bloqueo por la mayor potencia económica del mundo. El cambio de estructuras y el sistema social actualmente seguidos han sido determinantes en el logro de los éxitos alcanzados en el nivel de vida de la población de Cuba y en el estado de salud alcanzado, cuyos indicadores continúan mejorando pese a las condiciones económicas adversas que les afectan. Pero no cabe que sin esos cambios sociales profundos sea del todo imposible mejorar el estado sanitario de los países.

Aun en las condiciones actuales es necesario hacer algo, por poco que sea, en favor de los sectores desposeídos, siempre y cuando exista un verdadero compromiso político que otorgue prioridad al sector salud y permita en primer lugar salvar esos millones de niños que constituyen el futuro desarrollo de los países de América Latina, siempre que se logre incorporar a toda la comunidad, y en especial a la mujer, al trabajo creador en pro del bienestar social y de un mejor estado de salud.

Procede destacar igualmente la importancia de la solidaridad internacional para vencer dificultades comunes y señalar que precisamente la fuerza de los países pobres se basa en la unidad que logren para poder hacerse oír y respetar en todo momento.

Ha de reiterarse una vez más que los logros obtenidos en el campo de la salud perderían su verdadero sentido si no se comparten las experiencias; por eso se ofrece la ayuda de Cuba a otros países para la formación técnica y profesional de sus jóvenes, sin olvidar que, sin duda, el desafío es político y social.

Dr. ALPUCHE (Belize) congratulated the Director for his accurate and assertive summary of the health situation in the Americas. In spite of the financial constraints it shared with most of its neighbors, Belize had considered it imperative to make health a priority, and was following the strategy of primary health care in the delivery of health services in the firm belief that it allowed for more equitable and appropriate allocation of scarce resources and, thus, strengthened social justice.

He thanked the Director and PAHO for the cooperation and support rendered to his country, and looked forward to continuance of that

relationship, without which the few successes achieved would not have been possible. Finally, he expressed support for the proposed resolution urging assistance to the countries affected by hurricane Gilbert. His Government had made a modest offer of human and material aid to Jamaica and Mexico shortly after the storm had struck.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) felicita al Director de la OSP por su brillante informe y señala que su país ha padecido tres sequías en los cuatro años últimos, que el huracán Gilberto dejó 26.000 damnificados y que El Salvador lleva 10 años de guerra. Podría decirse que El Salvador ha pasado una media noche horrorosa, está a las tres de la madrugada y espera un pronto amanecer.

Es bueno reflexionar sobre las palabras del Director General de la OMS, Dr. Nakajima: "Crecí en medio de la miseria y la tragedia de la guerra; ahora mi país tiene una bonanza económica porque, entre otras cosas, ha vivido un clima de paz que le ha permitido luchar y trabajar por solventar todos sus problemas económicos. Esto viene a combatir el criterio de muchos seres humanos que buscan la solución de los problemas sociales en la guerra, lo que sólo agrava sus problemas sociales. La paz y la solidaridad son indispensables para alcanzar un mejor estado de salud". El orador apoya la propuesta de Trinidad y Tabago e invita a todos los representantes a buscar una fórmula que permita combatir la pobreza y las injusticias sociales en un clima de paz para resolver los problemas de salud de la Región.

Dr. TAITT (Barbados) commended the Director's report and the efficiency and commitment of the Organization. Noting that the economic

slow-down had led to declines in allocations for health services and reductions in health sector investments which threatened the gains made in raising health standards, he pointed out that the current situation had arisen when health profiles in developing countries were changing, with noncommunicable and chronic diseases growing in importance. Compounding the problem, scarce resources would have to be diverted to combat the spread of AIDS. The present economic climate would necessitate further assistance from the Organization in helping Member Countries develop their health system infrastructures, particularly in regard to training of health personnel and development of administrative capability.

He expressed satisfaction with the activities undertaken in the area of Health Programs Development, stressing the particular interest of his Delegation in the area of adult health, since cardiovascular disease, cancer and diabetes mellitus were major health problems in Barbados. Benefits for all countries in the Region were deriving from cooperation with PAHO in the Expanded Program on Immunization. Barbados had recently joined in a commitment with other CARICOM countries, on the initiative of the Bahamas, to eradicate measles, mumps, and rubella by 1995.

The lack of progress in vector control in the Region was a concern in Barbados, since last year it had become necessary to mount a massive campaign to prevent a dengue fever epidemic, and he thanked the Director for his assistance in that situation. Common borders and constant trade meant that vector control must be regional in scope, so he urged the Director to redouble his efforts to have all countries implement appropriate vector control programs.



In connection with the remarks by Dr. Nakajima, endorsed by the Director, on the need for restructuring, he warned that unless countries strove to maintain development of human resources when limited financial resources forced them to reduce allocations to the social sector, the funds that were provided might not be effectively spent. Increasingly, regional and international organizations would have to assist in that important area. Despite the logic of redirecting the PAHO Fellowship Program to address regional and country priorities, perhaps enough attention was not being given to human resource development per se. Health care personnel must be equipped to respond to the changing health profiles, since it had become clear that the capacity of the countries to use the programmatic assistance provided was being hampered by a lack of trained, competent personnel. Therefore, his Delegation recommended creating a parallel program to develop specific human resources to meet identified needs, complementary to existing programs for training in priority areas, in order to develop expertise and better utilize scarce resources.

Dr. WILLIAMS (Grenada), after expressing his Delegation's appreciation for the Director's report (Official Document 221), referred to the problem groups listed on page 2, particularly youth. He asked PAHO to give special consideration to the problems of that group and to work together with other international agencies and nongovernmental organizations to further the interests of youth in the Hemisphere.

In regard to human resources development and training, Grenada faced the problem of losing nurses who were trained in Grenada but then

sought higher wages in developed countries or were actively recruited to go elsewhere, a practice that was worsening the "brain drain."

His Delegation supported the proposed resolution on assistance to countries stricken by hurricane Gilbert.

El Dr. VALDEZ (Nicaragua) considera que los aspectos de carácter social deben prevalecer por encima de los eminentemente técnicos y que su país afronta el grave problema de sufrir el fuego de la metralla que siega vidas y produce secuelas desastrosas en la sociedad; en suma, vive uno de los momentos más cruciales de su historia. La libertad y la soberanía conquistadas se ven constantemente amenazadas por quienes no toleran que una nación pequeña y pobre como Nicaragua decida en forma independiente su propio destino.

Lamenta los efectos de la crisis económica mundial sobre todas las economías de América Latina, hasta tal punto que la deuda externa compromete los preciados recursos e hipoteca el porvenir de sus pueblos, cuyos gobiernos, con el apoyo de la comunidad latinoamericana y de organismos como la OPS, han realizado ingentes esfuerzos en la búsqueda de una paz firme y duradera.

Añade que los acuerdos ya suscritos constituyen un baluarte y una esperanza firmes que estimulan la continuidad de los esfuerzos emprendidos, de los que la salud no ha quedado al margen.

Ha sido común la permanente preocupación y búsqueda de estrategias más eficaces para abordar los graves y complejos problemas de salud de la población en un contexto de progresiva intensificación de la crisis y mayores restricciones de recursos. El desarrollo de los planes de salud

de Centroamérica, Panamá y Belice ha constituido una experiencia enriquecedora tanto por el continuo intercambio de experiencias y conocimientos como por el desarrollo de verdaderos lazos de respeto y solidaridad entre países hermanos.

La lucha por la salud es fuente y puente para la paz. El gobierno de Nicaragua tiene la certeza de que el compromiso adquirido con los propios pueblos y los avances logrados en los campos político, diplomático y de salud exigen para su consolidación mayores y mejores esfuerzos conjuntos.

Por último, se solidariza con la propuesta de Trinidad y Tabago en lo que respecta a la ayuda para aliviar la situación de Jamaica.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP), en nombre de la Oficina y del personal, agradece la amplia, profunda y sentida participación de los representantes, así como su reconocimiento.

Obedeciendo el mandato manifiesto en la Constitución, durante los últimos años se ha ido cambiando el formato del Informe Anual del Director para que exprese las orientaciones de la política seguida por sus Cuerpos Directivos e indique la marcha general de la Organización. Mucha información útil acerca de aspectos de salud de muchos países no fue o no pudo incluirse en este informe, pero se dispone de otros mecanismos de información, como las Condiciones de Salud de las Américas, y se ha editado una nueva serie de documentos técnicos, llamados Cuadernos Técnicos, para difundir información útil sobre experiencias nacionales de interés colectivo. Conocer la realidad de los países puede ser útil para emularlos y aplicar esa información al definir políticas y elaborar programas, lo mismo que para evitar errores ya vividos por

otros. Una mayor información recíproca entre los países contribuye a desarrollar sus actividades y a fomentar la solidaridad, pero sería muy difícil agregar esos materiales al informe del Director.

Durante 1988 se hicieron siete evaluaciones conjuntas en los países. Estaban programadas otras cuatro para este año que no fue posible realizar por razones diversas--políticas, administrativas, institucionales o de otra índole. Para el año próximo se insistirá en realizar por lo menos otras 10 evaluaciones conjuntas entre la Organización y los países. Esos ejercicios permitirán reflexionar sobre el propio quehacer de salud dentro del país y no sólo sobre la cooperación prestada por la Organización Panamericana de la Salud.

Las evaluaciones realizadas hasta la fecha han resultado útiles y han puesto de manifiesto determinados aspectos que parecen repetirse en la mayoría de los países, como la identificación más precisa de las debilidades institucionales dentro de los ministerios de salud; la escasa coordinación de actividades de las instituciones nacionales; las deficiencias de coordinación en materia de cooperación técnica entre diversos órganos en el orden nacional; la presencia de problemas nuevos que requieren, también, nuevas formas de abordarlos, y otros más. Entre los 13 ejercicios de evaluación conjunta realizados hasta la fecha, sólo uno tuvo la participación directa de la OMS, aunque no por limitaciones impuestas por la Oficina Regional, pues se han dado a la Sede las facultades necesarias para participar en todas las evaluaciones y elegir los países que más le interese evaluar, si bien la falta de tiempo ha impedido realizar dichos trabajos. Sólo en Costa Rica fue posible valorar programas y políticas con los procedimientos de auditoría de la

Sede, experiencia que ha tenido extraordinaria y amplia divulgación, autorizada por el País Miembro para distribuirse en las demás regiones de la OMS. Es de esperar que mediante el programa de auditorías de la Sede se participe en más ejercicios de evaluación conjunta en esta Región.

Se ha dado nueva orientación al programa de libros de texto y al de manuales o PALTEX; los detalles están en un documento de una comisión constituida para evaluar dicho programa. Se está intentando que la producción de manuales se ajuste cada vez más a las características particulares de cada país, no sólo porque los manuales deben adaptarse a realidades concretas, sino también porque así es posible aprovechar las capacidades locales. Además se están elaborando otros sistemas de distribución. En fin, por lo que respecta a textos y en particular los manuales, es importante y necesaria la intervención institucional.

En noviembre próximo concluirá la evaluación del programa de becas, que cubre aproximadamente 17 años de experiencia en la Región y se ha propuesto, con arreglo al mandato dado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en 1983 para realizar una evaluación profunda de esos programas, analizar sobre todo la relación entre becas y prioridades, tanto nacionales como de la Organización. En la Región, el programa está en su fase de introducción de datos en la computadora para su tratamiento y análisis, aunque ya se dispone de algunos resultados. De los 22 países incluidos en la evaluación, con el análisis de 19.125 becas, se están advirtiendo determinadas tendencias, en particular en los últimos años, como la reducción del número de becas de estudios teóricos que se sustituyen por actividades más intensas de adiestramiento dentro de los propios países. Se observa también otra tendencia: el aumento del porcentaje de mujeres incluidas en el programa de becas.

Ha habido cambios en este programa: la disminución del número de becas en materias tradicionales como la salud pública y la atención hospitalaria, y su aumento en disciplinas como la evaluación tecnológica, la salud ocupacional, la salud materno-infantil y, últimamente, la administración de programas de salud del adulto. No existe todavía una idea clara del grado de utilización de los becarios al volver a sus países. Los datos preliminares indican un aprovechamiento del 70 al 95% de ese personal, y parece ser que el 25% de los becados ha tenido mayores responsabilidades a su regreso. Espera el Director tener completo este estudio en noviembre próximo y poderlo presentar en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1989.

El Director considera que en los 10 años últimos se ha perdido la batalla contra la malaria, no obstante los progresos evidentes realizados sobre todo en el área malárica original. Es decir, se ha reducido el área de transmisión de la enfermedad, pero la incidencia general de la enfermedad se encuentra ahora más o menos en el mismo punto en que estaba hace 15 ó 20 años. Las múltiples razones de ello podrían clasificarse en dos grandes grupos: primero, las variaciones en las condiciones epidemiológicas de transmisión de la enfermedad, tanto por el comportamiento vectorial y del parásito como por los cambios de asentamiento de las poblaciones, y segundo, la relativa lentitud con que se ha advertido esos cambios y adaptado la lucha antimalárica a las nuevas condiciones, inclusive las formas de organización del trabajo, entre otras. Se está intentando utilizar los conocimientos disponibles para evaluar, analizar y confirmar epidemiológicamente la situación de la malaria a fin de estratificar el problema y abordarlo desde una

perspectiva local, integrándolo en la prestación de los servicios normales. La lucha antimalárica es de gran magnitud y, con los conocimientos actuales, no se puede seguir pensando como antes en la posibilidad de erradicar la enfermedad con la actual capacidad de acción. Se puede reducir su incidencia a un nivel muy aceptable y mantenerla baja hasta que se disponga de instrumentos más eficaces que permitan su erradicación. Se necesita un gran esfuerzo de carácter político, porque en el pasado uno de los problemas más graves fue la incapacidad de mantener la lucha. Es indispensable adoptar un nuevo criterio para combatir la enfermedad y ello exige una gran capacidad de movilización y utilización de recursos.

La Organización no ignora en absoluto que han cambiado los problemas de salud en la Región: el aumento progresivo de enfermedades crónicas derivadas de una población cada día más vieja y más urbana, y los problemas derivados del medio ambiente, cada vez más complejos y agresivos, sobre todo desde el punto de vista social, constituyen retos que se deben afrontar en el contexto de la crisis económica que afecta a los países y, por medio de ellos, a la Organización, con los recursos técnicos y científicos disponibles hoy en día.

No hay duda de que los problemas de salud del adulto y de protección del ambiente han llegado a constituir preocupaciones fundamentales en el quehacer de la Organización, que en este aspecto va avanzando lentamente, conforme a sus posibilidades, aunque con toda firmeza.

La movilización de recursos externos constituye una de las estrategias más importantes de la Organización para complementar los esfuerzos nacionales. Es indudable que el Director General de la OMS

comparte este punto de vista y que estará dispuesto a ayudar a la Oficina Regional a movilizar los recursos internos y apoyar a los países, especialmente a los que tengan mayores necesidades.

El Director de la OSP felicita a los países del CARICOM por su decisión de aceptar un reto más: la erradicación del sarampión para 1995. Los países del CARICOM han logrado el objetivo de eliminar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis y cuentan con las posibilidades técnicas, científicas y epidemiológicas requeridas para eliminar el sarampión. Es sumamente estimulante que un grupo de países se haya dispuesto a aceptar ese reto, que se ha fijado espontáneamente como meta para 1995.

La Organización tiene muchos otros retos que afrontar en lo que resta del siglo XX. Para el año 2000 se debe haber realizado de hecho una revolución en la salud, no sólo en defensa del niño, sino también en la salud en general. Nunca antes tuvo más demanda la Organización ni ha mostrado ser más necesaria. Puede alcanzar sus objetivos, y para ello espera contar con la respuesta positiva de los representantes.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que prepare un proyecto de resolución para presentarlo en sesión plenaria.

ITEM 6.1: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS  
TEMA 6.1: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) said that, in introducing the present item to the 101st Meeting of the Executive Committee, Mr. McMoil (PASB) had pointed out that on 1 January 1988 the



total arrears of contributions due prior to the current fiscal year had amounted to \$25,380,172. The payments received between that date and 17 June 1988 had totaled \$18,987,892, reducing the arrears to \$6,392,280. Mr. McMoil had also reported that after 17 June Costa Rica had made a payment of \$4,420, which brought the total overdue arrears down to \$6,387,859 as of that date. For the same time period in 1987, the arrears had amounted to \$7,500,950. In other words, the payment status was improving.

With regard to contributions for 1988, \$23,300,939 had been collected as of 17 June 1988, which represented 38% of current year assessments, as compared with 25% at the same time in 1987. The collection of arrears and current year assessments totaled \$42,293,252 and comprised about 70% of the current year's assessed level of contributions, as compared with 33% in 1987.

Mr. McMoil had recalled the situation at the opening of the XXXII Meeting of the Directing Council, in September 1987, when the provisions of Article 6.B of the PAHO Constitution had been applicable to Bolivia and the Dominican Republic. As of the beginning of the 101st Meeting of the Executive Committee, the Governments of Bolivia, Dominican Republic, Haiti, Nicaragua, Paraguay, and Suriname had been more than two full years behind in their quota contributions.

In the light of that information the Committee had adopted Resolution III, thanking Member Governments that had already made their payments for 1988 and urging the others to make their outstanding quota contributions as soon as possible; recommending to the Directing Council that the voting restrictions stipulated in Article 6.B of the PAHO

Constitution be strictly applied to those Member Governments which, by the opening of the present meeting, had not made substantial additional payments toward their obligations or manifested their intention of so doing; and requesting the Director to continue to report on the question, both to the Member Governments in arrears and to the present meeting of the Directing Council.

Mr. McMOIL (PASB) introduced Document CD33/15, Report on the Collection of Quota Contributions. The most recent data on assessments and payments were to be found in Document CD33/15, ADD. I.

Annex I showed that on 1 January 1988, total arrears of contributions due for years prior to 1988 had amounted to \$25,380,172.68. Payments on those arrears received from 1 January to 16 September 1988 amounted to \$22,036,982.05, reducing them as of 16 September to \$3,343,190.63. Since 16 September additional payments totaling \$24,303.85 had been received from Costa Rica and Suriname, further reducing total arrears for assessments for years prior to 1988 to \$3,318,886.78. The corresponding amount of arrears at the same date in 1987 had been \$4,360,082.

Collection of contributions in respect of 1988 assessments had amounted to \$25,369,745.79 as of 16 September 1988. Since 16 September an additional contribution toward 1988 assessments totaling \$76,559.71 had been received from Paraguay. Those collections represented 42% of the current year assessments. The corresponding percentage of collection in 1987 during the same time had been 29%.

Together, the collection of arrears and current year assessments totaled \$47,507,591.40 and comprised some 78% of the current year's

assessed level of contributions. All payments received by 16 September 1988 from Member Countries and the application of those payments were shown in Annex II of the document.

As of the opening of the 101st Meeting of the Executive Committee in June 1988, there had been six Member Governments--Paraguay, Dominican Republic, Bolivia, Haiti, Nicaragua and Suriname--to which the provisions of Article 6.B on suspension of voting privileges had been applicable. Two of those Member Governments had been subject to the terms and conditions of approved deferred payment plans.

The Executive Committee, having examined the Report of the Director on the Collection of Quota Contributions, had approved Resolution III, whose contents the Committee's representative had already outlined.

Since the 101st Meeting of the Executive Committee, the Governments of Haiti, Nicaragua and Paraguay had made quota payments in amounts sufficient to reduce their arrearages below the level stipulated by the Constitution for the application of Article 6.B.

El Dr. ARRAUT (Presidente del Grupo de Trabajo nombrado para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS) informe que el Grupo de Trabajo, integrado por Bahamas, Canadá y Colombia, ha revisado el estado de recaudación de cuotas en lo que respecta a las disposiciones del Artículo 6.B sobre suspensión del privilegio del voto para cualquier miembro que tenga más de dos años de atraso en el pago de sus cuotas, y ha comprobado el continuo mejoramiento en la recaudación de cuotas de años anteriores, pero estima insatisfactorio el estado de pago en 1988, considerando las necesidades financieras de la Organización.

El Grupo de Trabajo nota, con mucho agrado, que dos países miembros, Haití y Paraguay, han continuado haciendo pagos destinados a enjugar los saldos adeudados de años anteriores, en cantidades suficientes para evitar ser objeto de la aplicación del Artículo 6.B. Se debe felicitar en especial al Paraguay por los pagos hechos en 1988, que han reducido el saldo adeudado de años anteriores a menos de \$15.000. A la apertura de esta XXXIII Reunión del Consejo Directivo, Bolivia debía \$331.979 en cuotas por los años 1985 a 1988, de los cuales \$50.000 corresponden a 1985. A pesar de que Bolivia no ha informado oficialmente a la Secretaría de la Organización sobre sus planes de pago para 1988, se está tramitando un pago de \$44.595 en la Oficina de la OPS en La Paz. Se recomienda que la Delegación de Bolivia asegure oficialmente al Director que Bolivia hará más pagos de las cuotas en 1988.

El Gobierno de la República Dominicana continúa con un retraso de más de dos años en el abono de cuotas. Bajo un plan de pago diferido, presentado y aprobado en 1987, la República Dominicana se comprometió a abonar \$176.691 durante 1987 y, empezando en 1988, \$70.000 por año durante seis años, además del pago de su cuota ordinaria. El Gobierno ha pagado \$68.490,20 en lo que va de 1988, de un total comprometido para 1988 de \$168.916. En la próxima semana se espera un pago adicional de \$15.707. Este grupo de trabajo insta a la República Dominicana a que haga efectivo el pago correspondiente al saldo de su compromiso para 1988 antes del 31 de diciembre. El Gobierno de Suriname, que debe \$9.453,50 de su contribución de 1985, así como la totalidad de las contribuciones de 1986, 1987 y 1988, estaría sujeto a la aplicación del Artículo 6.B. Sin embargo, dicho Gobierno ha notificado a la Secretaría su intención de

pagar \$20.000 en octubre, lo que reduciría la deuda de Suriname a un nivel que no requeriría la aplicación del Artículo 6.B. Este Grupo de Trabajo recomienda que se permita el voto en esta XXXIII Reunión del Consejo Directivo a los Gobiernos de Bolivia, República Dominicana y Suriname, en vista de los pagos realizados en 1988.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) destaca la conducta de su país en cuanto a los pagos realizados en 1988: en agosto de 1988 envió un cheque a la Misión Permanente de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos por la cantidad de \$3.751.235,50, para responder al pago de la contribución de Venezuela a la Organización Panamericana de la Salud, conforme al detalle siguiente: contribución de 1987, de \$1.807.822,50, y para 1988, contribución de \$1.943.413, que hacen un total de \$3.751.235,50. Este esfuerzo ha sido heroico porque, en las condiciones del país a causa de una deuda muy elevada y de intereses que atentan contra su progreso, Venezuela ha reconocido su obligación de pagar a la Organización como una alta prioridad y ha cubierto toda esa cantidad para colocarse en condiciones de solvencia, como se puede comprobar en la documentación respectiva.

Dr. LANSIQUOT (Saint Lucia) said that, in spite of very limited resources and even though it might be to the detriment of other services, Saint Lucia believed it was important to meet its commitments to PAHO and WHO because of those organizations' contributions toward improving the quality of life of the people. He congratulated the Caribbean countries that had met all their commitments to PAHO, and invited other Member Countries that had the ability to pay to rededicate themselves to the principles of PAHO and WHO and meet their commitments.

El Dr. VILLEDA (Honduras) comenta que, al revisar esta situación, se han identificado cuatro componentes: un compromiso aceptado por los países que obliga a hacer los pagos; una realidad de naturaleza económica debida o justificada por una crisis que afecta la capacidad de pago de gran parte de los países del Hemisferio; una limitación voluntaria de pago de países que no tienen obstáculos financieros, y una repercusión general de esas causas en el presupuesto de la OPS y, en consecuencia, de sus posibilidades.

Se plantean dos interrogantes: ¿hay que ajustar los programas al presupuesto? o ¿se deben hacer esfuerzos y sacrificios extraordinarios para fortalecer a la OPS? En el caso de Honduras se ha optado por esto último y se considera que debe tenerse en cuenta la crisis, reflejada por las muchas ausencias en la presente reunión.

El Dr. KNIPPING (República Dominicana) estima que para nadie es un secreto que el Gobierno de la República Dominicana, bajo la presidencia de Joaquín Balaguer, heredó una situación motivada por el atraso del país, pero que tiene plena conciencia de la necesidad de pagar, obligación que en ningún momento ha rehuído el nuevo Gobierno.

Precisamente en el informe que acaba de leer el Representante de Colombia se pone de manifiesto que el Gobierno de la República Dominicana contrajo un compromiso con la OPS de pagar esa enorme deuda heredada de anteriores administraciones y pagó la cantidad que se le asignó para 1987, y que durante el presente año ha pagado \$68.490,20. Ello representa para el país una cantidad muy importante por el tipo de cambio actual del dólar en relación con la moneda dominicana. El país está inmerso en la gran crisis que padece América Latina con motivo de la

deuda externa; estos países están agobiados por la situación, pues tienen que destinar más del 50% de sus exportaciones a pagar no el capital de la deuda, sino los intereses de la misma. En esas condiciones no se le puede pedir a ningún país del Tercer Mundo que vaya más allá de sus posibilidades porque, por encima de sus obligaciones internacionales, cualquier administración que se precie de llevar a su país por un derrotero de bienestar tiene el deber de proporcionar a sus habitantes los medios para salir de esa situación de marasmo ocasionada por factores externos.

Por lo anterior, es de agradecer al comité de evaluación que reconozca el esfuerzo de la República Dominicana por actualizar sus contribuciones, situación que debe manejarse con flexibilidad, teniendo en cuenta la grave crisis económica por la que atraviesan los países latinoamericanos.

El PRESIDENTE solicita al Relator que prepare un proyecto de resolución sobre el tema.

The session was suspended at 10:20 a.m. and resumed at 10:50 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:20 a.m. y se reanuda a las 10:50 a.m.

SECOND REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. TAITT (Rapporteur of the Committee on Credentials) informed the Directing Council that the Committee had held its second session on 27 September 1988 at 9:45 a.m.

The credentials of the representatives of the Member Countries and observers for intergovernmental and nongovernmental organizations listed

had been found to be in good order, and the Committee therefore proposed that the Directing Council recognize their validity.

Member Countries: Bolivia and Jamaica. Observers for intergovernmental organizations: Hipólito Unanue Agreement, Inter-American Development Bank, Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture, International Committee of Military Medicine and Pharmacy, Organization of American States, United Nations Children's Fund, United Nations Development Program, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, and World Bank. Nongovernmental organizations: Commonwealth Medical Association, Inter-American College of Radiology, International Academy of Legal Medicine and Social Medicine, International Academy of Pathology, International Agency for the Prevention of Blindness, International Association of Cancer Registries, International Confederation of Midwives, International Council of Societies of Pathology, International Council of Women, International Council for Laboratory Animal Science, International Dental Federation, International Epidemiological Association, International Federation of Clinical Chemistry, International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Federation of Health Records Organizations, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Associations, International League Against Epilepsy, International Leprosy Association, International Life Sciences Institute, International Pharmaceutical Federation, International Physicians for the Prevention of Nuclear War, Inc., International Society of Radiographers and Radiological Technicians, International Union against Cancer, International Union for Health Education, International Union of Architects, Latin American Association of Pharmaceutical



Industries, Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry, Medical Women's International Association, National Council for International Health, World Association of Societies of Pathology, World Confederation for Physical Therapy, World Federation of Hemophilia, World Federation of Neurology, World Federation of Neurosurgical Societies, World Federation for Medical Education, World Federation of Occupational Therapists, World Federation of Proprietary Medicine Manufacturers, World Federation of Public Health Associations, World Organization of the Scout Movement, World Psychiatric Association, and World Veterinary Association.

Decision: The second report of the Committee on Credentials was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

ITEM 6.2: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR THE PERIOD 1986-1987

TEMA 6.2: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES AL PERIODO 1986-1987

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) summarized the discussions which had led to the adoption by the Committee at its 101st Meeting of Resolution IV on the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the period 1986-1987 (Official Document 220). The Executive Committee's resolution, reproduced in Document CD33/16, contained a proposed resolution for adoption by the Directing Council.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) expressed his Government's concern at PAHO's excess expenditure on the Governor Shepherd building. The United Kingdom could not condone further expenditure on central staff accommodation.

It was apparent that the External Auditor also wished to see the introduction of independent staff inspections, as the stated policy of maintaining vacant posts was not being followed and there was at present no machinery for monitoring in that regard.

Another matter for concern was the 20% increase over the previous period in the use of consultants, in posts that were being kept vacant as a cost-cutting exercise, but where consultants were being employed in their stead.

Lastly, it was clear that all was not well with the computer systems and their utilization.

Mr. BOYER (United States of America) said that the External Auditor had made some reasonable proposals regarding financial practices at PAHO, and they would doubtless be given serious attention by the Secretariat, so it was unnecessary to raise all those points again. However, he regretted that the summary records of the Executive Committee Meeting were not available for the Council to see exactly what had happened in the Committee's discussions on the subject.

Two specific conclusions had been drawn at the Executive Committee Meeting. The first was reflected in operative paragraph 5 of the proposed resolution recommended by the Executive Committee, requesting the Director "to review and evaluate thoroughly the relationship between the Organization and the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) and to report his findings through the Subcommittee on Planning and Programming for consideration by the Executive Committee in June 1989." One point proposed for review by the Director was the channeling

of nearly US\$1,000,000 into the Foundation from PAHO Regular Budget funds. Most of the money for the 38 country programs involved had not been spent, raising questions which the Committee had felt should be addressed.

The second conclusion had been drawn by the Director in response to the presentation by the representative of the Staff Association.

Because of questions raised in that presentation, his Delegation understood that the Director planned to ask the Subcommittee on Planning and Programming, perhaps through a working group, to give more time to verifying the form of administration of PAHO.

Had any steps been taken in relation to those two issues? It would be useful for the Council to know that the concerns raised were being addressed.

Mr. TRACY (Chief of Administration, PASB), in answer to the question on the cost of space in the Governor Shepherd building, said that the Administration did not accept the External Auditor's position on that issue. What had been described as expenditure in excess of the authorized amount had been for additional space not included in the original project, and the additional amount had been amortized in less than three years. Those facts had been made clear at the Executive Committee Meeting.

The question brought up by the United States Representative on the relationship between PAHO and PAHEF was currently under study. He did not, however, know the present position concerning the possible establishment of a special working group of the Subcommittee on Planning and Programming.

Mr. BOYER (United States of America) felt that some of the questions raised had not been fully answered and wondered whether the Director could provide any further clarification.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) recuerda que las relaciones entre la Organización y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) serán examinadas a la brevedad por el Subcomité de Planificación y Programación, que deberá elevar un informe al Comité Ejecutivo antes de su reunión de junio de 1989. Señala que hay funcionarios de la PAHEF que ya están estudiando el tema y que, en cuanto el Subcomité entre en funcionamiento, propondrá la creación de un grupo de trabajo que, junto con los Países Miembros, constituirá el mejor mecanismo de verificación.

Los gastos efectuados en las obras de remodelación del edificio conocido con el nombre de Governor Shepherd superaron las estimaciones preliminares, pero la cuestión ya fué explicada satisfactoriamente por el Sr. Tracy.

Los consultores temporales reciben salarios que pagan los mismos países que los proporcionan y desempeñan tareas fundamentales e imprescindibles de asistencia técnica, por lo que no debe preocupar que la partida correspondiente a sus haberes haya experimentado un aumento, que por otra parte es insignificante.

Los sistemas de computadora son mejores que los existentes hace unos pocos años. Las terminales de procesamiento de palabras, que eran seis al comienzo de su mandato, suman ahora doscientas, y las principales actividades de las oficinas de campo se administran o controlan ya por computación.

Las limitaciones de los recursos disponibles no permiten tener protegidos los bancos de datos y han fracasado las gestiones efectuadas ante el Banco Interamericano de Desarrollo para intercambiar los respectivos sistemas de reserva. La imposibilidad de gastar los US\$800.000 que costaría actuar independientemente obliga a seguir trabajando en procura de la solución de este problema, que entraña un riesgo perfectamente calculado. Y esto es lo fundamental, porque en el mundo que vivimos, el progreso tecnológico entraña el planteamiento de nuevos problemas apenas resolvemos alguno anterior.

The RAPPOREUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the Financial Report of the Director for 1986-1987 and heard the report presented by the External Auditor on the accounts of the Organization for this financial period;

Noting the comments and concerns expressed by the External Auditor on the bank and imprest accounts, the new Headquarters office building, monitoring and evaluation, and control of manpower; and

Expressing satisfaction that the Organization has continued to maintain a balanced financial condition,

RESOLVES:

1. To take note of the Financial Report of the Director for 1986-1987.

2. To thank the External Auditor for presenting a clear and comprehensive report for the biennium 1986-1987 and to request the Director to encourage careful attention to the matters of concern expressed by the External Auditor.

3. To express concern over the low rate of quota payments to the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) and the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP), and to urge the Governments that are members of CFNI and INCAP to make every effort to pay their outstanding quota contributions as early as possible, so that the work of

these Centers can continue and the financial burden of their programs be shared fairly among all participants in the Centers.

4. To request the Director to monitor carefully the financial situation of CFNI and INCAP, and to devise alternative policies should the quota situation fail to improve over the current 1988-1989 biennium.

5. To request the Director to review and evaluate thoroughly the relationship between the Organization and the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) and to report his findings through the Subcommittee on Planning and Programming for consideration by the Executive Committee in June 1989.

6. To endorse the Director's proposal to credit the surplus of \$859,500 from operations in 1986-1987 to the Miscellaneous Income Account to help assure adequate funding of the 1988-1989 Regular budget.

7. To congratulate the Director on his efforts to maintain a balanced financial condition for the Organization.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director para 1986-1987 y habiendo oído el informe presentado por el Auditor Externo respecto de las cuentas de la Organización para este período financiero;

Tomando nota de los comentarios e inquietudes expresadas por el Auditor Externo respecto de las cuentas bancarias y las cuentas de anticipos, del nuevo edificio de oficinas de la Sede, de la vigilancia y la evaluación, y del control de recursos humanos, y

Expresando satisfacción porque la Organización ha seguido manteniendo una equilibrada posición financiera,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Financiero del Director para 1986-1987.
2. Dar las gracias al Auditor Externo por haber presentado un informe claro y completo del bienio 1986-1987 y solicitar al Director que estimule una atención cuidadosa a los asuntos que son motivo de inquietud, expresados por el Auditor Externo.
3. Expresar inquietud respecto del bajo índice de pagos de la cuota al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) e instar a los gobiernos miembros del CFNI o el INCAP a que realicen todos los esfuerzos para pagar sus cuotas pendientes lo antes posible, para que la labor de estos Centros pueda continuar y la carga financiera de sus programas pueda distribuirse equitativamente entre todos los participantes del Centro.

4. Solicitar al Director que vigile con cuidado la situación financiera del CFNI y el INCAP y que formule políticas alternativas en caso de que la situación de la cuota no indique mejora durante el actual bienio 1988-1989.

5. Pedir al Director que revise y evalúe a fondo las relaciones entre la Organización y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) y que, por conducto del Subcomité de Planificación y Programación, de cuenta de los resultados que obtenga, para que se ocupe de ello el Comité Ejecutivo en junio de 1989.

6. Apoyar la propuesta del Director de acreditar el excedente de \$859.500 de operaciones de 1986-1987 a la Cuenta de Ingresos Varios para ayudar a asegurar los recursos financieros adecuados para el presupuesto ordinario para 1988-1989.

7. Felicitar al Director por los esfuerzos que ha realizado para mantener a la Organización en una equilibrada posición financiera.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.4: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET PROPOSAL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1990-1991

TEMA 5.4: PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS PROVISIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1990-1991

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) summarized the discussions that had led to the adoption by the Executive Committee at its 101st Meeting of Resolution V (reproduced in Document CD33/3), containing a proposed resolution for adoption by the Directing Council.

Mr. MILAM (PASB), introducing the program budget proposal, said that the 1990-1991 projections had first been published in the Organization's Official Document 210 of May 1987. The projections for WHO Regular funds made at that time represented an increase of 10.9% over the 1988-1989 program of \$62,631,000 approved by the World Health Assembly

in May 1987. However, the World Health Assembly held in May 1988 had approved a global \$25 million reduction in the 1988-1989 program, resulting in a \$2,470,000 reduction for Region of the Americas. The Region's revised 1988-1989 program was therefore \$60,161,000.

Document CE101/20, annexed to Document CD33/3, contained a 1990-1991 proposal for WHO Regular funds of \$65,027,000, representing an increase of 8.1% over the revised 1988-1989 program base, or 3.8% over the originally approved 1988-1989 program.

The 1990-1991 proposal was, therefore, \$4,421,000 less than originally projected in May 1987.

Parts A and B of Table I illustrated the maximum increase allowed between 1988-1989 and 1990-1991 using the original 1988-1989 program base allocation of \$62,631,000 and the revised base of \$60,161,000. No overall program increase was allowed by the Director-General's instructions. Part C of Table I showed the actual proposal and its 8.1% cost increase. The proposal was, nevertheless, \$504,000 less than the maximum cost increase permitted. In accordance with the Director-General's instructions, if the maximum permitted cost increase of 8.9% was not required, the Region could not use the difference for program increases.

Table II showed the program budget history since 1970-1971, with the original and revised allocation for 1988-1989. During the four-year period 1986 through 1989, the Region's WHO Regular funds had been reduced by \$9,317,000, or 7.7% of the original allocations. During 1986-1987, the reductions had totaled \$4,377,000 and, to date in 1988-1989 they totaled \$4,940,000, composed of \$2,470,000 approved by the 1988 World



Health Assembly and an additional \$2,470,000 internal implementation reduction instituted by the Director-General until the financial situation improved in relation to quota collections.

Table III showed the WHO Regular funds distributed by the various locations and compared the revised 1988-1989 program base with the 1990-1991 proposal. It was proposed to increase Country Programs from 46.3 to 47.0% of the total. The only program increases in the proposal were that one, amounting to \$507,800, and a small increase in Caribbean Program Coordination. Obviously, in order to have no program increase in the overall proposal, reductions had had to be made in the other locations, as shown in Table III.

Table IV showed the adjusted 1988-1989 program compared to the proposed distribution of the 1990-1991 program. As was noted in the document, WHO had added several new programs to the classification structure, such as Health for All Strategy Coordination, Informatics Management, Tobacco or Health, Adolescent Health, Health Risk Assessment of Potentially Toxic Chemicals, Research and Development in the Field of Vaccines, and AIDS.

Table IV showed several large decreases and increases. Following the guidance given by the two previous Subcommittees on Planning and Programming, the Director had decreased the parts related to Direction, Coordination, and Management (Part A) from 4.8 to 4.4% of the total and decreased Program Support (Part D) from 14.4 to 14.1% of the total. Part B, Health System Infrastructure, had been increased from 42.5 to 43.3% of the total, since that part covered some of the main priorities of the

Organization. Part C, Health Science and Technology, remained at approximately the same level--38.3% in 1988-1989 compared to 38.2% in 1990-1991--despite the required reductions.

How was the overall cost increase of 8.1% arrived at? The budget was divided into four major elements--permanent personnel costs, short-term consultants, fellowships, and all other budget elements such as staff duty travel, supplies and equipment, general operating expenses, etc. Permanent personnel costs were calculated by the grade of the post in each of the duty stations. The actual post count remained the same between 1988-1989 and 1990-1991 and consisted of 304 posts--117 professional positions and 127 supporting positions. The overall cost increase was 10.7%, or slightly more than 5% annually. In the past, a lapse figure had been calculated to take into account vacant professional positions at Headquarters. That practice had been abandoned in both the 1990-1991 proposal and in the current period and, instead of adding staff, funds were to be used for temporary assistance, short-term consultants, etc. The proposal included an additional 43 months in short-term consultants.

The average cost of a fellowship had been maintained at \$1,900 per month, and the number of fellowship months budgeted had been reduced by 49, from 1,488 to 1,439.

For all other elements used in the proposal, a cost increase factor of 6.7% in Washington and 9.4% in the field had been used. It was felt that the estimates were reasonable and conservative.

The PAHO Regular proposal for 1990-1991 would be presented to the Directing Council in 1989. It was the responsibility of the Directing Council, acting as the WHO Regional Committee for the Americas, to make recommendations on the 1990-1991 WHO Regular proposal to the Director-General who, in turn, would present the global WHO proposal for 1990-1991 to the January 1989 Executive Board and the May 1989 World Health Assembly for final decision.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP), al comentar el documento CD33/3, destaca la importancia del Cuadro II, donde se enumeran los antecedentes del presupuesto regional con cargo a los fondos ordinarios de la OMS, desde el bienio 1970-1971 hasta el propuesto 1990-1991. Queda así reflejado el hecho indudable de que el porcentaje de aumento disminuye cada vez más y de que es preciso atender renovadas exigencias con recursos cuyo crecimiento no alcanza a cubrir el aumento real de los costos. Ni siquiera es dable disimular este déficit con el incremento de la productividad, que ya se utiliza para hacer frente a recortes no programados del presupuesto.

En el Cuadro III, donde se analiza el proyecto provisional de presupuesto por programas para 1990-1991, se observa una reducción de recursos nominales del 16,4% en el programa de desarrollo del Director Regional, lo que en la práctica entraña su eliminación de los recursos de la OMS y pone de relieve la existencia de dificultades crecientes para desarrollar actividades nuevas o inesperadas. Los enormes esfuerzos que se realizan en materia de reducciones presupuestarias quedan reflejados en la línea correspondiente a la Dirección Técnica y Administrativa,

donde pronto será imposible conseguir logros adicionales. En la medida en que se reducen los recursos disponibles para la mencionada Dirección no solamente disminuyen las posibilidades de promover nuevas iniciativas: se reduce también la capacidad de la Organización para desarrollar y perfeccionar sus sistemas administrativos, incluido el uso de ordenadores. A pesar de todo, mucho queda por hacer, y es factible hacerlo con más eficiencia e iniciativa, apelando a mayores innovaciones, corriendo ciertos riesgos y aceptando que algunos conflictos transitorios son inevitables.

Por último, incorporando un enorme esfuerzo de absorción de costos, como ocurre con la transformación de becas en actividades específicas de adiestramiento, se ha calculado, por lo bajo, que el aumento de los costos para el bienio 1990-1991 será aproximadamente del 4% anual, porcentaje inferior a la proyección de la inflación en los Estados Unidos de América y, por supuesto, en América Latina. Al respecto, cabe poner de relieve el extraordinario esfuerzo que está efectuando la Organización para contratar consultores de real valía, capaces de resolver los más arduos problemas, y pagarles relativamente poco de conformidad con los precios del mercado. Todo tiene un límite, sin embargo, y por eso lo ideal sería que gobiernos como los de los Estados Unidos de América y el Canadá ampliaran su asistencia a otros países, cediéndoles más técnicos y asesores altamente especializados y haciéndoles cargo de sus elevados salarios.

Mr. BOYER (United States of America) said the Director was correct in pointing out that for many years the regular budget increases of PAHO

and WHO had been among the lowest within the UN system. Both organizations had, he thought, been given credit for their frugality and responsiveness to the concern of Member Governments.

The proposal presented by Mr. Milam provided for an increase of 8.1%, attributed to cost rises not program expansion. That figure was less than the level authorized by WHO. His Delegation congratulated the Director on his realistic approach and hoped that PAHO's frugality would be pointed out to the Director-General of WHO before he left Washington. It would be gratifying to know that the other five Regions had been equally frugal.

Regarding budget allocations for specific program activities, it would not be possible to get a balanced picture of the situation until the presentation of PAHO's regular budget in 1989. Judgement on those issues should be reserved until their discussion at the 1989 meetings of the Executive Committee and the Directing Council.

His Delegation's comments on the Regional Director's Development Program would be made during discussion of the agenda item to follow.

For the reasons he had indicated, his Delegation was able to support the proposal resolution before the Meeting.

Le Dr. RIFF (France) félicite l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'organisation remarquable de cette réunion et souligne que la proposition de budget du programme pour les années 1990-1991 traduit à l'evidence le souci de l'Organisation panaméricaine de la Santé de mettre en pratique les efforts de maîtrise des dépenses qui ont été reconnus

nécessaires. La délégation française apprécie la croissance zéro du budget qu'elle préconise dans les organisations internationales compte tenu d'une inflation qui, estimée à 4%, paraît réaliste. A l'intérieur de ce budget, certains programmes subissent des variations importantes en plus ou en moins supérieures à 20%, cependant les critères qui ont présidé à ces choix reflètent bien les priorités que l'Organisation a définies.

Dr. TAITT (Barbados) congratulated the Director on maintaining the budgetary prudence for which he had become famous. However, he offered a word of caution concerning the Director's reaction to the IDB's suggestion that the level of remuneration for PAHO consultants should be increased. It was being said in the Region that PAHO did not pay well, and that might be discouraging highly qualified consultants from offering their services. If the Organization was to have quality programs they had to be paid for. While the frugal approach was to be applauded, the Director should exercise the same prudence in discussing the quality of consultants as in his approach to the budget. The high standard of PAHO's work must not be allowed to suffer because of stringencies.

El Dr. BORGÑO (Chile) opina que es conveniente que la representación de la Región en el Consejo Ejecutivo reitera los argumentos expuestos para hacer hincapié en las consecuencias que pueden tener mayores reducciones presupuestarias y en la necesidad de proceder con eficiencia y austeridad, aumentando la productividad. Comparte asimismo el criterio del Representante de los Estados Unidos de América, en el sentido de que no se puede discutir la distribución por programas porque,

representando el aporte de la OPS alrededor del 26% de la totalidad del presupuesto, nada se sabe acerca del 74% restante.

Dr. LANSIQUOT (Saint Lucia) agreed with the Representative of Barbados that consultant fees must be kept at a realistic level. It must also be recognized, however, that in some quarters there were remarks to the effect that, out of the money allocated for projects, so much was paid to consultants that there was very little left for implementation. The projects needed consultants and advice, but they also needed the money to put that advice into effect.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) señala que proceder con austeridad no debe ir en detrimento de la capacidad de hacer frente a los grandes desafíos de la hora actual. Hay que cuidar los escasos recursos de que dispone la Organización con la misma prudencia que impondría la utilización de propios y limitados fondos. Por eso, se compromete a mantener la flexibilidad de criterio necesaria para lograr la contratación de excelentes consultores especializados sin aumentar genérica e innecesariamente el nivel de sus remuneraciones.

El Dr. NARANJO (Ecuador) está de acuerdo con la política sumamente elástica seguida por el Director con respecto a la contratación de consultores y destaca la desproporción de sus remuneraciones con los salarios vigentes en algunos países de América Latina, como el suyo propio, donde el salario mínimo vital no pasa en la actualidad de US\$42 y el mismo Presidente de la República no cobra más de \$1.000 mensuales.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered Document CD33/3 and the tentative request for US\$65,027,000 from the World Health Organization for the Region of the Americas for the biennium 1990-1991, which includes cost increases of \$4,866,000 or 8.1% over the revised 1988-1989 allocation; and

Noting the recommendation of the 101st Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for \$65,027,000 for the Region of the Americas for the biennium 1990-1991, for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly in 1989.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el Documento CD33/3 y la solicitud tentativa de US\$65.027.000 de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1990-1991, que incluye aumentos de costo de \$4.866.000 u 8,1% más de la cifra revisada de la asignación para 1988-1989, y

Tomando nota de la recomendación de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Solicitar al Director que transmita al Director General de la OMS la solicitud de \$65.027.000 para la Región de las Américas para el bienio 1990-1991 para ser considerada por el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud en 1989.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The session rose at 12:20 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:20 p.m.



directing council



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

regional committee

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION



XL Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

CD33/SR/4

27 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FOURTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA CUARTA SESION PLENARIA

Tuesday, 27 September 1988, at 2:45 p.m.  
Martes, 27 de septiembre de 1988, a las 2:45 p.m.

President: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay  
Presidente:

Contents  
Indice

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

Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee  
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

contents (cont.)  
Indice (cont.)

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption (cont.)  
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación  
(cont.)

Assistance to Countries Affected by Hurricane Gilbert  
Asistencia a los países afectados por el huracán Gilbert

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary  
Bureau, 1987

Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria  
Panamericana, 1987

Item 5.12: Program Budget Situation, 1988-1989

Tema 5.12: Situación del Presupuesto por Programas, 1988-1989

Item 4.2: Report of the Special Subcommittee of the Executive  
Committee on Women, Health, and Development

Tema 4.2: Informe del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre  
la Mujer, la Salud y el Desarrollo

The session was called to order at 2:45 p.m.  
Se abre la sesión a las 2:45 p.m.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION  
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee  
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/1):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CD33/8) on the work of the Committee from September 1987 to date, the period during which the 100th and 101st Meetings were held; and

Bearing in mind the provisions of Article 9.C of the Constitution of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To take note of the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CD33/8).
2. To congratulate the Chairman and the other members of the Committee on their excellent work.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CD33/8) sobre la labor realizada por el Comité desde septiembre de 1987 hasta la fecha, período durante el cual se celebraron la 100a y 101a Reuniones, y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 9.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CD33/8).
2. Felicitar al Presidente y a los demás miembros del Comité por la excelente labor realizada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Assistance to Countries Affected by Hurricane Gilbert  
Asistencia a los países afectados por el huracán Gilbert

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/2):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Noting with regret the damage done by hurricane Gilbert to Member Countries Jamaica, Haiti, the Cayman Islands, Dominican Republic, Cuba, Mexico, and the United States of America;

Noting, further, the damage suffered by the health sector of Jamaica and the assistance rendered by PAHO to Jamaica;

Recalling that one of the objectives of PAHO is to cooperate with Member Countries to combat disease and promote the physical and mental health of the peoples of the Hemisphere;

Bearing in mind that, included in PAHO's activities, is the provision of emergency aid and assistance to Member Countries in times of natural disasters; and

Considering that the United Nations General Assembly has adopted the reduction of disasters as the topic for the forthcoming decade,

RESOLVES:

1. To request the Director to convey the sympathy of the Member Countries of PAHO to the Government and people of Jamaica and of other affected countries.

2. To commend the Director for making available assistance from the Organization.

3. To urge Member Countries to:

- a) Render assistance to those countries affected by hurricane Gilbert;
- b) Consider emergency preparedness of the health sector as a development priority for allocation of national and international resources in the context of the forthcoming Decade on Disaster Reduction.

4. To request the Director to continue to assist Jamaica in the assessment of the damage done to the health sector and in developing and supporting plans for the rehabilitation and reconstruction of the health system.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Lamentando los perjuicios ocasionados por el huracán Gilbert a varios países miembros, a saber: Jamaica, Haití, las Islas Caimanes, la República Dominicana, Cuba, México y los Estados Unidos de América;

Tomando nota de los perjuicios sufridos por el sector de salud de Jamaica y la asistencia proporcionada por la OPS a ese país;

Recordando que uno de los objetivos de la OPS es cooperar con los Países Miembros para combatir las enfermedades y fomentar el bienestar físico y mental de los pueblos del hemisferio;

Teniendo en cuenta que una de las funciones de la OPS es proporcionar socorro y asistencia a los Países Miembros en casos de catástrofes naturales, y

Considerando que la Asamblea General de las Naciones Unidas ha dedicado el próximo decenio al tema de la reducción de los efectos de los desastres,

RESUELVE:

1. Solicitar al Director que presente las condolencias de los Países Miembros de la OPS al Gobierno y al pueblo de Jamaica y a los demás países afectados.

2. Felicitar al Director por haber proporcionado la asistencia de la Organización.

3. Instar a los Países Miembros a que:

a) Proporcionen asistencia a los países afectados por el huracán Gilbert;

b) Consideren los preparativos del sector de salud para casos de emergencia como una prioridad del desarrollo a efectos de la asignación de recursos nacionales e internacionales en el marco del próximo decenio para la reducción de los efectos de los desastres.

4. Solicitar al Director que continúe proporcionando asistencia a Jamaica en la evaluación de los perjuicios sufridos por el sector de salud y en la formulación de planes de apoyo para la reconstrucción y rehabilitación del sistema de salud.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) expressed his gratitude to all those who had spoken in support of the proposed resolution.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Dr. JOHNSON (Jamaica) expressed the deep gratitude of the Government and people of Jamaica, not only for the action the Directing Council had just taken but for the spontaneous outpouring of assistance to his country since its devastation by hurricane Gilbert. PAHO had been among the first organizations to come to Jamaica's aid. The Director, a true friend of the Caribbean, had been very supportive, and continued to be responsive to Jamaica's needs.

Jamaica had been devastated by the hurricane: most of its hospitals had been damaged, and millions of dollars worth of equipment destroyed. Medical services had therefore been severely crippled. Because of the interruption of the cold chain, Jamaica's immunization program, one of its top priority programs in primary health care, had suffered a heavy blow. Substantial assistance would also be needed with the Ministry of Health's surveillance and prevention programs.

The resolution just adopted was significant because it embodied a long-term collective commitment to the support of Jamaica. His country joined in the pledge to continue to strengthen the infrastructure of disaster preparedness throughout the Region. Unremitting efforts must be made to maintain a state of readiness for such natural disasters in every country.

Dr. DAVID (Dominica) expressed his country's solidarity with the people and Government of Jamaica. It fully appreciated the traumatic experience of the people of Jamaica, having undergone a similar experience in 1979 at the mercy of hurricane David.

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1987

Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/3):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau for 1987 (Official Document 221); and

Bearing in mind the provisions of Article 9.C of the Constitution of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To take note of the Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau for 1987.

2. To commend the Director for his continued efforts to transform his Report into a dynamic working tool, to provide a better understanding of the work accomplished by PAHO during the period covered, and to assist in the evaluation of the programming of the activities of PAHO.

3. To thank the Director for his leadership and for his support to the Member Governments in the technical cooperation activities conducted by PAHO during 1987.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1987 (Documento Oficial 221), y

Teniendo presentes las disposiciones del Artículo 9.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

## RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1987.

2. Felicitar al Director por su empeño constante en transformar el Informe en un instrumento de trabajo dinámico, a fin de que refleje más fielmente la labor realizada por la OPS durante el período comprendido, y sirva para evaluar la planificación de las actividades de la OPS.

3. Agradecer al Director por el liderazgo y apoyo brindados a los Gobiernos Miembros en las actividades de cooperación técnica realizadas por la OPS en 1987.

El Dr. BORGÑO (Chile) dice que en la versión española del proyecto de resolución figura la palabra "planificación" como traducción de la palabra "programming" de la versión inglesa, y propone que se sustituya "planificación" por "programación".

El PRESIDENTE dice que, como no hay objeciones, da por aprobado el proyecto de resolución con la enmienda propuesta al texto español.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución

ITEM 5.12: PROGRAM BUDGET SITUATION, 1988-1989

TEMA 5.12: SITUACION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS, 1988-1989

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Director informó al Comité de su preocupación por la evolución del presupuesto de la Organización en los últimos años, que se caracterizaba por una continua reducción en las tasas de incremento. Se ha analizado ya la parte proporcional del presupuesto que corresponde a la aportación de la OMS a la Región, y conviene agregar que en el período comprendido entre 1986 y 1989 estos fondos sufrieron una reducción del 7,7% con respecto a las asignaciones originales, mientras que el presupuesto



ordinario se redujo en más de US\$10 millones, a raíz del menor índice de recaudación de las cuotas en los últimos años. Se prevé asimismo que la cuota del principal contribuyente se reduzca en \$8,4 millones en 1987, y en cerca de \$6.5 millones en 1989, lo que entrañaría una reducción total del orden de \$15 millones, sin tener en cuenta algunos atrasos en los pagos.

En resumen, se calcula que las reducciones en las cuotas a la Organización han de superar los \$18 millones para 1988-1989, lo que representa una disminución del 15% en el presupuesto efectivo de trabajo de la Organización. El Comité Ejecutivo escuchó con suma atención el informe del Director, y decidió incluirlo en el programa de temas de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo, en consideración a la importancia del asunto.

El Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago), referring to Annex II of the report, said he did not object to any of the proposed strategies it described, but would urge the Director to consult Member Countries as fully as possible in implementing the priorities to be followed in effecting cuts in the program budget. He would also urge the Director to be extremely flexible in implementing the criteria for cuts to be made in the event of possible budgetary deficits, and particularly in deciding on the percentage cuts in country programs. Some countries, because of their size and economic situation, should not have to suffer the same level of cuts as other countries which could better afford them. He would therefore suggest that the Director be given a mandate to be flexible in proposing the size of those percentage cuts rather than impose reductions across the board.

He would also urge the Director to be flexible on the matter of not filling vacant posts. Trinidad and Tobago had decided that its top priority was the establishment of the Eric Williams Medical Sciences Complex, and it had negotiated with PAHO to fill a critical vacant post in order to help it commission that institution. It was therefore vitally important to his country that that post be filled.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que la intervención del señor Ministro de Trinidad y Tabago le permite abreviar su exposición inicial y referirse exclusivamente al Anexo II. Las proyecciones de la reducción en el pago de las cuotas, que se habían presentado al Comité Ejecutivo, no han cambiado significativamente desde la reunión del Comité, y pueden resumirse de la siguiente manera: en el presupuesto ordinario de la OPS, esa reducción equivale a \$18 millones, de los cuales \$15,5 millones corresponden a la reducción en el pago de las cuotas por parte del principal contribuyente, y \$3 millones, a la falta de pago que se prevé por parte de los demás países. En el presupuesto ordinario de la OMS para la Región de las Américas, la reducción es de \$4,94 millones, de los que \$2,47 millones corresponden a la reducción aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1988 y \$2,47 millones al monto determinado por el Director General de la OMS para hacer frente a problemas financieros de la Organización, debidos sobre todo a la devaluación del dólar, moneda en la que se preparan los presupuestos de la OMS. En total, la reducción prevista es de \$23 millones aproximadamente.

Venezuela se ha puesto completamente al día en el pago de sus cuotas hasta 1988, pero ello no modifica los \$3 millones menos previstos en la recaudación de las cuotas de los demás países, pues otros se han

atrasado más de lo esperado, y las proyecciones permanecen inalteradas. La prensa ha reproducido la declaración del Presidente Reagan de que tratará de pagar la deuda acumulada de los Estados Unidos de América con las Naciones Unidas. Ello puede entrañar un cambio profundo en la política llevada a cabo hasta el presente y podría alcanzar a las organizaciones regionales, como la OPS.

El Anexo II del documento está dividido en tres partes; en la primera, la parte A, se hace un análisis del impacto general de la reducción sobre el programa de la Organización para el bienio 1988-1989. Es necesario insistir en que la pérdida de la capacidad de iniciativa y de flexibilidad que resulta para la acción de la Organización, ya sea por la reducción absoluta de los recursos del presupuesto o sus efectos sobre los recursos libres. En una organización hay determinados gastos más o menos fijos, como salarios, rentas, energía, comunicaciones, que consumen el 60 ó 65% del presupuesto ordinario. La reducción debería pues incidir fundamentalmente en el 40 ó 35% restante, que son los recursos libres para el funcionamiento de la Organización, y dicha reducción sería realmente demasiado drástica, pues se disminuiría la capacidad operativa y la flexibilidad, en proporción mucho más grande que la reducción global del presupuesto.

También se verá afectada la capacidad de la Organización de movilizar otros recursos, como los llamados recursos extrapresupuestarios, destinados a apoyar proyectos específicos. Más del 95% de estos recursos están asignados a actividades y proyectos concretos y no pueden ser intercambiados con los recursos del presupuesto ordinario, por lo que no pueden considerarse una alternativa a la reducción de los recursos regulares.

Para poder movilizar recursos de otras fuentes es necesario disponer de una capacidad instalada para desarrollar las actividades y para administrar los recursos. El impacto de una reducción del presupuesto ordinario sobre los recursos extrapresupuestarios es grande, pero la posibilidad de que estos recursos constituyan una alternativa al presupuesto ordinario es muy limitada.

La segunda parte, o parte B, especifica los criterios a seguir para efectuar los recortes necesarios en el presupuesto por programa y, por consecuencia, en el programa para el bienio 1988-1989. Esos criterios tienden a expresar las decisiones de política y los mandatos de los Cuerpos Directivos, a aplicar las orientaciones de prioridad aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana y a seguir lo establecido y aprobado en la política regional del presupuesto, tratando sobre todo de que el mayor peso posible de las reducciones recaiga en los programas regionales y afecten menos los programas de los países. Se ha establecido no más de 30% para los programas de país, y no menos de 70% para los programas regionales, siendo que la distribución de recursos del presupuesto ordinario es de aproximadamente 62 y 38%, respectivamente.

La orientación que se trata de aplicar consiste en mantener las prioridades aprobadas en el propio presupuesto por programas, con respecto a las posibilidades de programas nuevos, salvo si son sumamente urgentes. En ese caso deberían practicarse reducciones en otras partes, teniendo presente los compromisos asumidos, sobre todo los relativos al pago de los salarios del personal.

La tercera parte, o parte C, da una indicación de cómo se están aplicando esos criterios, pero se pide la validación y la ratificación del Consejo al respecto, ya que este problema se plantea por primera vez en la historia de la Organización. Las medidas descritas consisten en tres medidas de contención, y una medida de racionalización. La primera se refiere a los puestos vacantes, el congelamiento de estos puestos y la administración del tiempo para llenar los puestos que se decidan llenar. Es lo que se está haciendo en este momento: unos 30-35 puestos están congelados y existe la intención de mantener sin llenar cada puesto que quede vacante, por lo menos durante seis meses. Esta medida puede representar una contención de gastos de \$6,2 millones en el bienio, pero hay que considerar el impacto que tendrá esa reducción de personal en la realización de las actividades programadas de la Organización.

La segunda medida consiste en la reducción del Programa del Director para Actividades de Desarrollo. Aquí se indica una reducción del 50%, lo que equivale aproximadamente a \$1,55 millones, quedando para el bienio aproximadamente \$1,75 millones potencialmente disponibles para hacer frente a situaciones inesperadas, tales como la que se está dando en Jamaica. No puede considerarse que menos del 1% del presupuesto sea un porcentaje excesivo de los recursos, y es necesario para hacer frente a situaciones imprevistas. Pero aun así, a pesar de la reducción de 50%, los recursos del Programa del Director deben utilizarse con mucha cautela.

La tercera medida prevé mantener los presupuestos operativos a un nivel de 90% de lo aprobado, es decir, proceder a una reducción de 10% de dichos presupuestos, lo que entrañará un ahorro de aproximadamente otros

\$6 millones, con el impacto correspondiente en la realización de actividades programadas, como cursos, becas, consultores a corto plazo, consultores temporeros, etc.

El conjunto de esas tres medidas aporta un total de unos \$13 millones. El déficit previsto es de \$23 millones, por lo que quedarían por cubrir \$9 ó \$10 millones adicionales, si las previsiones no cambian. Para lograrlo podrían hacerse reducciones adicionales en el presupuesto, que llevarían a la Organización a una situación de casi inmovilidad, o recurrir a un préstamo del Fondo de Capital de Trabajo de la Organización, que así quedaría expuesta a una situación financiera muy vulnerable, o prever otro tipo de medida. Pero lo mejor que podría ocurrir es que las proyecciones del déficit de \$23 millones no se cumplan, y que los países que están atrasados en sus contribuciones puedan hacer pagos, por lo menos para cubrir los \$9 ó \$10 millones que todavía no son cubiertos.

La cuarta medida, la racionalización de los costos de las actividades de cooperación, consiste en el esfuerzo permanente de la Organización por buscar todas las maneras de aumentar su productividad y la eficiencia. Pero debe existir un estímulo para racionalizar el uso de los recursos, es decir, que el esfuerzo de racionalización redunde en provecho de los programas, y es precisamente lo que se está proponiendo al personal de la Organización.

Le Dr. RIFF (France) reconnaît que le document retraçant la situation du budget de programmes pour 1988/89 fait une analyse douloureuse mais très lucide des contraintes financières que connaît l'Organisation

et souligne les critères énoncés pour la réduction de programmes dont l'origine a été précisée par le Directeur Général. Il prend note tout d'abord de la priorité donnée aux trois domaines d'action qui sont nécessaires pour améliorer les systèmes de santé et ensuite de la répartition des réductions budgétaires entre les programmes nationaux et les autres activités de l'Organisation. Il estime que le maintien de l'intégralité des ressources prévues pour quelques programmes particulièrement importants et sensibles paraît également une sage décision. La volonté de rationaliser et de contenir l'accroissement des dépenses et d'augmenter la productivité doit être encouragée. L'application de ces critères de choix au budget de la période en prévision d'un éventuel déficit est courageuse et témoigne d'une volonté de maîtrise aussi difficile qu'elle puisse être. Bien qu'elle approuve ces mesures, la délégation française exprime de vives réserves sur le point 5 du document CE101/27 à la page 5, car dans l'hypothèse où l'Organisation souscrirait un emprunt au fonds de roulement, il faudrait le rembourser l'année suivante. Le Dr. Riff pense que de nouvelles réductions de programmes seraient préférables.

Mr. BOYER (United States of America) said the Council should pay tribute to the Member Governments which had paid their assessments in full. On the other hand, the payment problem with regard to the United States contribution should not be exaggerated. The United States had for many years followed the practice of paying its assessment to PAHO on a quarterly basis. At present, in the third quarter of 1988, the amount the United States owed PAHO equalled about one-half of its 1988 assessment. A significant new payment by the United States was expected in

October. It owed no arrears for prior years. In terms of the percentage of quota contribution for 1988, the United States--even with only one-half of its assessment paid--had paid proportionately more of its assessment than 24 of the 38 PAHO Member Countries. Consequently, the rate of United States' payments was clearly not the sole cause of PAHO's financial problems.

For several years his Delegation had been suggesting that there should be more involvement by Member Countries in setting PAHO's priorities. That was particularly true at a time of financial difficulty when the Organization needed to reduce expenditures. A number of international organizations had suffered more severe financial problems than those that now faced PAHO. Some had used financial constraints to undertake constructive priority-setting exercises. He was pleased to see that the Director of PAHO had also begun that process by bringing the issue before the Directing Council, thus enabling all Members to participate in decisions on the question of how program reductions should be applied.

Annex II of the document before the Council (CD33/26) contained what were apparently the Secretariat's proposals concerning the impact of a reduction in available funds. Since rationalization of costs was an essential ingredient in any budget preparation, he was pleased by that proposal. However, some others presented problems.

First, it was suggested in section (A) of the Annex that the "overhead" expenditures could not be reduced. Therefore, if the total amount of money available was less, it was program activity that would be



reduced, and not overhead. He had great faith in the Director and his budget officers, and he hoped that that would not be what actually happened. Certainly, it was not what Member Countries wanted.

Second, a suggestion was made in the Annex that if available funds were reduced, less money could be put into the mobilization and handling of extrabudgetary resources for country programs. He had not previously been aware that money in the regular budget was used to facilitate the raising and handling of extrabudgetary resources, particularly since the Organization had a standard charge of 13% designed to cover the costs of administering those resources. Delegations had frequently said that they did not want the administration of extrabudgetary activity to be charged against the regular budget. Such a practice could easily result in having extrabudgetary programs actually drive the regular budget. He hoped it would be possible to have that point clarified.

Third, it was suggested that a reduced supply of funds would mean that PAHO would lose the capacity to develop and apply administrative measures aimed at increasing the efficiency of PAHO operations. He would have thought the opposite was the case. Although international organizations did not like the experience, a little belt tightening usually led to more cost-effective operations and overall streamlining that in fact was good for an organization like PAHO.

Fourth, with regard to the priorities proposed, he had some difficulties with the highly inflexible proposal put forward in paragraph 3 on page 3. Ten programs were listed that would "have to remain unchanged, despite the reduction in available resources." The list included program activities about which there was clearly a consensus on priority, such as

control of AIDS and the Expanded Program on Immunization. But there were also programs on the list which, to the best of his recollection, had not been discussed by the Governing Bodies as priorities, and he would welcome an explanation of "cooperation activities in the area of sectoral leadership." Surely some cutting back of those activities should be possible, even if it was simply a pro rata reduction in each of the program components.

Fifth, although paragraph 4 began by saying that it was necessary to "strike a balance," it ended by saying that "virtually no additional commitments and no new lines of work may be undertaken unless they are urgent and essential." Two examples were given--drug abuse, and control of Aedes albopictus, two areas of specific interest to the United States, which it had placed on the agenda of the Executive Committee. Was the implication that the drug abuse epidemic in the Region, and the infestation of a dangerous disease vector for the first time in the Hemisphere were neither urgent nor essential situations? Was the Secretariat saying that money could not be moved around in the budget to adjust priorities?

Sixth, the document stated that one way of coping with the shortfall in resources was to cut in half the \$3 million in funds budgeted for the Regional Director's Development Program. That reduction presumably made it impossible to support any new activity. He suggested that the Council should seriously review the Regional Director's Development Program, which was described in the 1988-1989 program budget book as one which granted the Director flexibility to promote promising, innovative programs, especially at the country level. He would have thought that

would result in a limited number of allocations aimed at supporting such programs as drug abuse, AIDS control, and disaster assistance to mitigate the impact of hurricane Gilbert.

The list of projects for 1986 and 1987 seemed to go far beyond the limited approach being urged upon the Member Countries. Twenty-nine projects had been funded for 1986, and 57 for 1987, and very few of them seemed to qualify as deserving the same high priority as those he had just mentioned.

For 1988-1989, even after the Director's proposed cut, \$1.5 million would be available. He would hope that some of it was still available for meeting true health concerns of the Member Countries. Closer management of that fund would enable the Organization to provide assistance to worthwhile program activities falling within the guidelines set by the Governing Bodies. In the meantime, it would be useful for the Members to receive regular reports on the use of the Regional Director's Development Program, so that the Executive Committee and the Directing Council could monitor its progress.

He did not know what was intended by the Director on the issue of setting priorities, but it seemed to him that the Directing Council should not be on record as accepting the proposals laid down in Annex II for coping with the anticipated shortfall of funds. Instead, he would propose that the Council take time during the current Meeting to give the Director some concrete guidelines for determining which programs should be implemented without change and which were the best targets for cuts. Members of the Organization had participated, at the Pan American Sanitary Conference of 1986, in setting priorities for PAHO, and they should play

a greater role in the budget reduction process. Possibly, a working group of the Council could be established to develop clear guidelines for the approval of the Council before the Meeting was concluded.

El Dr. BORGÑO (Chile) dice que, pese a respaldar las propuestas del Director, comparte algunas de las reservas expresadas por el Ministro de Trinidad y Tabago y el Delegado de los Estados Unidos de América. Estima conveniente establecer un grupo de trabajo que permita manifestar al Director el consenso del Consejo, cuando la política deba ser fijada por este.

Los gastos generales varían, pudiendo llegar al 13% e incluso alcanzar hasta el 33%. Hay fondos que pueden desviarse, aunque no muchos, y el déficit es demasiado grande. La mayor productividad del trabajo sería probablemente la solución más apropiada.

Es importante respetar las prioridades programáticas, aunque algunas no parecen tan imperiosas y pueden esperar un tiempo, con lo que se lograría una reducción por un momento determinado. Con respecto a la reducción de puestos, es un mecanismo habitual que ha servido para financiar muchas actividades, siempre que se tenga cierto grado de flexibilidad.

Lo más importante es establecer un grupo de trabajo que ayude a resolver esta situación y mantener contactos permanentes con los gobiernos para conocer la evolución de la situación con respecto a la crisis del presupuesto. Otra de las mejores maneras de resolver el problema es que se paguen las cuotas, cualquiera que sea su cuantía. Evidentemente, si los Estados Unidos de América representan el 61% del presupuesto, el pago o no de su cuota tiene un impacto muy grande.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) said he agreed that it was necessary to avoid rigidity in the implementation of the priorities established. But for that very reason, it seemed to him that, rather than establish a committee to review the priorities or introduce new ones, it would be preferable for the Council to give the Director a mandate to exercise flexibility and to engage in discussions with the Executive Committee and Member Countries in order to determine priorities on a continuing basis.

In connection with the point he had made earlier concerning the management of vacant posts, he would now suggest that, in paragraph C.1 of Annex II, the words "start-up or" should be inserted between the words "the" and "continuity" in the first sentence.

El Dr. ANTELO (Cuba) dice que cada vez que se discute el presupuesto aparecen déficits y es necesario buscar fórmulas. En el caso de los países subdesarrollados el problema más grave es la deuda externa y, a pesar de eso, se observa en los países un esfuerzo por tratar de ponerse al día en el pago de sus cuotas.

Felicita a la Secretaría por su esfuerzo en buscar propuestas que afecten menos los programas previstos en el presupuesto. Espera que la flexibilidad mostrada por la Organización se mantenga a la hora de establecer las reducciones, pues hay países donde un solo programa puede ser el prioritario para la salud de su población. Se pueden explorar además algunas modalidades como la cooperación técnica entre países en desarrollo y una mayor movilización de recursos nacionales. Los países podrían asumir en mayor medida algunos de los gastos de las representaciones locales para movilizar esos fondos en dirección a programas.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) said that the Overseas Development Administration had some concern with regard to the line taken in paragraph 3, Annex II of Document CD33/26. If, as indicated in that paragraph, all of the specific programs mentioned were to be protected against budget cuts, then other programs would necessarily suffer. His Delegation believed that all programs should take a share of cuts, with proportionately smaller reductions for the highest priority programs. Further, the introduction of such new programs as drug abuse and control of Aedes albopictus should be delayed.

Dr. TAITT (Barbados) said that the observations of the United States Delegation regarding the programs to be granted priority were valid in their entirety. However, as it had not been present during some of the decision-making on priorities, his Delegation was not in a position to understand the considerations which had informed those decisions.

It was necessary to recognize that issues that might appear insignificant to a large country could have substantial importance to smaller countries. Nevertheless, a working group to re-evaluate priorities could not in a few days rectify decisions that had been taken after detailed consideration.

The Director should be free, as suggested by the Representative of Trinidad and Tobago, to exercise flexibility and not be bound by a rigid directive from a working group of the Directing Council. It was up to the Member Governments to provide guidance by communicating their concerns to the Director and his team. Finally, he pointed out that the

anticipated infusion of a United States contribution in October would have a significant impact on decisions regarding funding cuts.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que a veces es necesario provocar un conflicto para dar interés a las cosas, aunque este tipo de conflicto no sea de los más sanos. El balance entre prioridades regionales y prioridades nacionales está resuelto en la propuesta en la medida que se protegen los programas de los países y que las prioridades en la utilización de los recursos a nivel de programa de país están negociadas y definidas por los propios gobiernos.

Las prioridades aludidas en el documento son de carácter regional, y uno de los principios básicos de la estrategia de la Organización es adaptarse flexiblemente a las condiciones específicas y las necesidades particulares de cada país, en el contexto del mandato global de la Organización como un todo. Dentro de este panorama, se trata de proteger los programas a nivel del país lo más posible, para que la reducción aplicable a dichos programas, que los países consideran vitales, no supere el 30%.

El otro aspecto es el de la flexibilidad al proceder a la reducción de los programas de país. En la práctica, nunca una reducción ha sido igual para todos, por razones de orden operacional y de justicia social entre los países mayores y los países menores. La razón de orden operacional consiste en que se debe cortar donde es posible desde el punto de vista operacional y, por ejemplo, no se pueden cortar salarios. Las posibilidades operacionales no son idénticas entre los diversos países. Está plenamente de acuerdo en que, siguiendo el principio de la

justicia entre los países, podría buscarse la forma de que la reducción de los programas de países incidiera más en los países más fuertes y menos en los más necesitados, y desearía que el Consejo considerara adecuado formular una recomendación en ese sentido.

Lo mismo se aplica a los puestos, y si se trata de proteger al máximo las prioridades de los países, procedería a dejar vacantes algunos puestos por períodos prolongados, y llenar rápidamente otros, recurriendo a consultores para las necesidades urgentes de los países. Expresa las mismas reservas que el Delegado de Francia sobre la utilización del Fondo de Capital de Trabajo de la Organización para cubrir el déficit. Desde el punto de vista de la racionalidad administrativa sería el último recurso, si no quedan otros.

Expresa su decepción por las observaciones de carácter general formuladas por el Representante de los Estados Unidos de América, según las cuales la declaración optimista del Presidente Reagan, reafirmada en su discurso ante las Naciones Unidas, no se aplicaría a la Organización Panamericana de la Salud. No cree estar exagerando el problema, pues se trata de una reducción de \$15 millones en un presupuesto de \$170 millones. Reconoce que no conviene que una organización esté tan dependiente de un solo contribuyente, pues constituye una debilidad. En 1986 la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una orden de prioridades para el cuatrienio 1987-1990, y el orador recuerda que el Sr. Boyer felicitó al Director por tener una indicación clara de lo que la Organización estaba persiguiendo. No es que ahora se esté buscando definir prioridades. Lo que el párrafo 3 de la página 4 pretende es mostrar cómo estas prioridades se expresan con relación a algunos programas que se examinan a continuación.



En el caso del Programa Ampliado de Inmunización, incluido el esfuerzo para la erradicación de la poliomielitis, no es necesario insistir en la prioridad de este programa, que está cofinanciado y ha recibido la confianza de otras cuatro partes, a saber, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, el UNICEF y el Rotary Internacional, con los que la Organización ha asumido un compromiso.

La cantidad de recursos asignados al Programa del SIDA es pequeña pero, dada la importancia del problema, será preciso aumentarla ya que este programa está indicado en el presupuesto como prioritario y reconocido como tal por la Asamblea Mundial de la Salud.

Entre las actividades de fortalecimiento de sistemas locales de salud cabe citar especialmente el problema del liderazgo sectorial. En el primer grupo de prioridades aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana, la pertinente resolución alude al fortalecimiento de la infraestructura de servicios de salud y, entre otras cosas, cita textualmente las relaciones intersectoriales del sector salud y las relaciones de salud en el proceso de desarrollo. En un momento de crisis, estas relaciones intersectoriales y la inserción de la salud en el proceso de desarrollo han adquirido una importancia extraordinaria. El esfuerzo de promover el liderazgo de salud para mejor conocer la realidad, y el impacto de la crisis sobre la salud, puede dirigirse hacia la búsqueda por cada país de recursos adicionales, y de cómo puede organizar mejor y hacer funcionar las instituciones. Es esta una actividad muy importante para los países en desarrollo y desarrollados, y cabe mencionar que una

resolución de la Asamblea Mundial de la Salud ordena que se dé especial atención al desarrollo de liderazgo en salud. Los mandatos de la Asamblea son también mandatos para la OPS. A través de los servicios locales de salud se puede aumentar la productividad y la eficacia de la atención a nivel de los países. Algunas de las intervenciones en la discusión del Informe del Director demostraron con claridad la importancia que tiene esa actividad en el sector salud de los países.

No se ha hecho referencia al Programa de Fomento de la Investigación, pero hay varias resoluciones al respecto de la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo de la OMS y el propio Consejo Directivo de la OPS. En cuanto al Programa de Adiestramiento y Desarrollo de Personal, no hay un mandato específico, pero si se desea aumentar la eficiencia de la Organización, que trabaja con gente, es necesario mejorar la competencia de esta gente para que cumpla mejor su trabajo. A este programa se destina un millón de dólares, pero es fundamental para el trabajo de la Organización que el personal se mantenga actualizado y sepa utilizar los recursos tecnológicos de que se dispone y que varían permanentemente. Es necesario adiestrar al personal en el uso de los computadores y en las tareas de planificación y evaluación, así como en el contenido técnico específico de cada uno de los programas.

Otro problema muy serio es cómo manejar los procedimientos de administración financiera. No se trata de pedir recursos adicionales, sino de que es necesario mejorar los sistemas de administración financiera, para evitar dificultades que representan costos y una presión

sobre los recursos de la Organización. Es una necesidad absoluta y urgente, para el buen manejo de los recursos de que la Organización dispone.

Como otras prioridades, caben mencionarse problemas de emergencia, como el de la fármacodependencia y el abuso de drogas y el control del Aedes albopictus. Aunque la situación crítica de la Organización impide dar la atención debida a estos problemas importantes, se han desplegado esfuerzos como el reciente seminario para la Región Andina sobre problemas de la fármacodependencia, financiado con recursos del Programa del Director Regional. El problema de la fármacodependencia es una de las áreas prioritarias en la iniciativa subregional de la Región Andina y deben explorarse todas las posibilidades de poder avanzar en esta área.

Pero deben tenerse presentes las dificultades que entraña atender a nuevas prioridades. Se ha aludido, por ejemplo, a la creciente importancia de las enfermedades del adulto, de la vejez, al problema de los accidentes, etc. Una de las prioridades contenidas en el párrafo 3 es el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo. En las situaciones de crisis por que pasan América Latina y el Caribe en general, es la mujer la que paga el mayor precio y la que tiene el mayor potencial para la solución. La Organización ha hecho mucha retórica sobre la importancia del papel de la mujer en la salud y el desarrollo, y muy poco en los hechos, y no ha llevado la acción donde las mujeres están sufriendo la violencia social, la violencia machista, la violencia de la pobreza y de la miseria. Es en esto en lo que se quiere seguir adelante. Este es también un programa para el que se tratará de obtener más recursos.

En cuanto a las relaciones entre recursos ordinarios y extrapresupuestarios, cabe reiterar que ninguna organización puede pretender captar recursos de otras fuentes si no tiene capacidad para elaborar proyectos y programas, dialogar con las distintas fuentes, viajar, promover reuniones de donantes, producir documentos y material de divulgación. Todos esos son gastos vinculados al proceso de captación de recursos extrapresupuestarios, pero no hay ninguna partida para cubrir este tipo de gastos y ninguna fuente paga para hacerlo. Si se quiere captar recursos para ayudar a los países con los recursos que la Organización tiene, es necesario movilizar mucho más que una simple unidad formada por tres personas. Las iniciativas que se promueven representan gastos, y así lo reconocería el Consejo al aprobar estas iniciativas y admitir que estos gastos deben ser hechos para movilizar recursos que muchas veces proceden de fuentes externas y van en su mayoría directamente a los países, sin pasar por la Organización y ahorrándose los gastos fijos que asume dicha Organización.

La función de la Organización es ayudar a los países a que resuelvan sus problemas, y esto es lo que es importante. En cuanto al cobro de los gastos generales, hay gran cantidad de excepciones determinadas por los propios Cuerpos Directivos, o decididas por el Director sobre cuándo se deben o no cobrar. Hay algunas instituciones norteamericanas a las cuales se cobran gastos en un porcentaje de 32 o 31%, pero de hecho en este momento solo funcionan dos proyectos financiados con ese tipo de recursos, entre más de 600 proyectos costeados con fondos extrapresupuestarios. No hay una transposición entre recursos

extrapresupuestarios y recursos regulares; pero la captación de recursos tiene un costo que debe ser pagado, en la medida de lo posible, con cargo a los recursos ordinarios, para materializar lo que los países han aprobado y recomendado. Un ejemplo es el problema del SIDA, para el cual se está organizando la Segunda Teleconferencia, lo que entraña gastos inevitables.

El cambio y el aumento de eficiencia tienen un costo, pero un costo que inmediatamente rinde beneficios y significa una liberación de recursos para otras cosas. Si no se hubiese pagado el costo del aumento de la eficiencia en esta Organización, estimado en los últimos cuatro años entre un 15 y 20%, no se habría podido enfrentar la situación de reducción de presupuesto en el bienio pasado, de unos \$12 millones, sin que en los países se sintiera el impacto de reducciones importantes. Fueron los recursos utilizados en la administración y en análisis administrativos, en el desarrollo de sistemas, en el proceso de centralización de la gestión de la Organización, lo que permitió aumentar la productividad global de la OPS y hacer frente a esta reducción sin impacto significativo sobre los programas. Se ha hecho un esfuerzo tremendo de reducciones progresivas en esta área, como los costos de comunicación, o las horas extraordinarias que, por ejemplo, se redujeron en 60% en estos últimos meses. Se está analizando todo el procedimiento de viajes y se buscan tarifas más adecuadas, como posibilidades de reducción de gastos. Ya hemos eliminado la grasa que se acumuló en tiempos de crecimiento presupuestario, pero ahora estamos perdiendo músculo y sería malo que se afectaran los huesos y con ellos la infraestructura de la Organización.

En lo que respecta al programa del Director Regional, se trata de un proyecto, una idea innovativa en Argentina que implica la descentralización de la gestión del sistema de salud del país para las provincias, y la movilización del esfuerzo provincial para tener, junto con el gobierno federal, una responsabilidad más definida en el desarrollo de la salud de la República Argentina. Los recursos utilizados representaron un pequeño estímulo para desarrollar un proyecto de captación de recursos que va a significar para la Argentina aproximadamente \$30 millones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo.

Es difícil encontrar un ejemplo de dinero mejor invertido, no solo en esta Organización sino en todo el mundo. Otros ejemplos son los videos y la compra de textos, programas a los que corresponden los gastos que aparentemente están libres en el programa del Director Regional. El mandato prevé también apoyar aquellas actividades imprevistas que aparecen en la vida de la Organización.

El Programa del Director Regional significa apenas 1% de los recursos de la Organización, y la responsabilidad de los Cuerpos Directivos es sobre el total de los recursos de la Organización, ordinarios y extrapresupuestarios. El hecho de que el Programa del Director tenga recursos que son aparentemente libres da la impresión de un poder discrecional extraordinario sobre recursos que se utilizan para cosas realmente necesarias, como último recurso. Así es el caso del huracán Gilbert, y el del seminario sobre de fármacodependencia.

Estima factible constituir un grupo de trabajo, pero a su juicio va a ser muy difícil que un grupo de trabajo de este Consejo pueda realmente llegar a un consenso. Pero si los países pueden dar guías de

acción más precisas que las sugeridas en este documento, serán bien acogidas. Se está en contacto con los países, a los que el Director dedica la mitad de su tiempo, para entender cuáles son sus necesidades reales y ajustar en consecuencia el trabajo de la Organización.

Las sugerencias hechas por el Dr. Antelmo se están tratando de aplicar mediante la utilización de asesores temporeros, como manera de reducir costos y como forma de cooperación entre países. Se procura siempre que los países compartan recursos y esta fue la intención de introducir en cada uno de los programas de país un pequeño programa llamado "Cooperación Técnica entre Países", para ayudarlos a movilizar sus propios recursos. El programa del Director también ha aportado algunos recursos para algunas de esas actividades más esenciales, pero eso no va a resolver el problema del déficit de la Organización. Sería posible si los países estuviesen en condiciones de asumir los gastos locales de las oficinas en los países, pero también esto es idealista, pues la situación de crisis de los países en la mayoría de los casos les hace difícil a ellos, incluso, mantener sus propios gastos.

En una reciente visita a Colombia se han conseguido locales para la oficina en Colombia, cuyo alquiler será soportado por el Seguro Social, y lo mismo ocurre en Honduras. Estos son dos ejemplos, entre muchos otros, de los esfuerzos que se están haciendo para mantener esta Organización en las mejores condiciones posibles, dentro de los mandatos otorgados.

Mr. BOYER (United States of America) said that no one had questioned the importance of the programs and activities that had been

accorded priority status by the Director. The issue was whether those activities and the other directives found in Document CD33/26 were written in stone. He did not believe that the document needed to be interpreted in such an inflexible fashion, and he appreciated the fact that the Director appeared to be in agreement on that point.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que prepare un proyecto de resolución sobre el tema.

The session was suspended at 4:45 p.m. and resumed at 5:00 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:45 p.m. y se reanuda a las 5:00 p.m.

ITEM 4.2: REPORT OF THE SPECIAL SUBCOMMITTEE OF THE EXECUTIVE COMMITTEE  
ON WOMEN, HEALTH AND DEVELOPMENT  
TEMA 4.2: INFORME DEL SUBCOMITE ESPECIAL DEL COMITE EJECUTIVO SOBRE LA  
MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) recuerda que el Consejo Directivo de la OPS, en su XXVII Reunión (1980), recomendó la creación del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para examinar el Plan Mundial de Acción propuesto por la Conferencia de Copenhague y preparar un plan de ejecución adaptado a las necesidades de salud de la mujer en la Región. Este Subcomité elaboró un Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y formuló las Estrategias Regionales para el Programa, que fueron aprobadas en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1986.

El Comité Ejecutivo, en su 101a Reunión, consideró el informe del Subcomité Especial y decidió, en su Resolución II, recomendar al Consejo Directivo la aprobación de un proyecto de resolución en cuya parte



dispositiva se insta a los Países Miembros a que den cumplimiento a lo establecido en el punto 2 de la Resolución CSP22.R12 de la XXII Conferencia y, en particular, a que aumenten significativamente la participación de las mujeres en niveles directivos y de toma de decisiones dentro de las instituciones del sector salud. En el párrafo 2 de la resolución se pide al Director que continúe sus esfuerzos para incrementar la participación de las mujeres en la OPS a fin de alcanzar la meta del 30% en puestos profesionales y de mayor grado, y que aumente la movilización de los recursos requeridos para la aplicación de las estrategias regionales aprobadas y para la promoción, ejecución y difusión de actividades específicas del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Dr. LAURENT (Trinidad and Tobago) thanked the Special Subcommittee for its clear and concise report. As mentioned in that report, his country had hosted the Caribbean Workshop on Women, Health, and Development from 4 to 6 May 1988. Attended by an interdisciplinary group of participants, and sponsored by PAHO and CARICOM, the Workshop had produced a number of precise objectives and strategies. He wished to highlight the following objectives: 1) to strengthen the capability of researchers to conduct social and economic research on issues related to the health situation of women at both the national and regional level in keeping with PAHO's decision to make Women, Health and Development a priority area for research; 2) to strengthen the capacity of National Focal Points at an adequate level of autonomy; relevant strategies included obtaining direct budgetary support from PAHO for smaller

territories, using consultants, and seeking fellowships and grants for appropriate training; and 3) to strengthen the national machinery to influence the mobilization and allocation of resources from all sources.

On the national level, his country was also planning activities in the area of women, health and development, namely, two seminars on Women in the Workplace and Women and AIDS, both to be held by the end of 1988.

Recalling that in 1984 his Delegation had criticized PAHO for dragging its feet in increasing the number of its female employees, he expressed satisfaction that there had been sizeable increase in the number of women employed by PAHO.

El Dr. ANTELO (Cuba) agradece los esfuerzos desplegados por la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de las actividades a nivel regional y nacional que sobre el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo se han venido realizando antes de 1988. Expresa también su reconocimiento al Subcomité por el informe presentado. El cuadro de salud de Cuba es resultado en buena medida de la integración de la mujer a la actividad económica y social organizada, que recoge su desarrollo individual y su aporte a la sociedad.

La estrategia de salud de Cuba contempla la participación de la Federación de Mujeres Cubanas, que constituye el apoyo sistemático necesario en programas de gran importancia, como son los de salud materno-infantil, la detección precoz del cáncer pélvico, uterino y de mama, las campañas de vacunación y educación sanitaria, y diversos programas a nivel de la comunidad: programas de prioridad de perinatología, enfermedades crónicas, SIDA, etc. La OPS ha visto la

enorme importancia que tiene la mujer sana para alcanzar la salud para todos. Este programa no puede verse como un programa de la mujer ni para ella, sino como un punto de partida para la generación de actividades concretas.

En Santiago de Cuba se celebró el pasado mes de febrero un seminario-taller internacional del que surgieron iniciativas de gran valor que es de esperar cuenten con el seguimiento necesario.

El Dr. SUAREZ (Bolivia) felicita al Comité Ejecutivo por el trabajo realizado, que da una proyección perfecta de lo que necesita y lo que quiere la mujer en Latinoamérica. Los programas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia toman a la mujer como objetivo de sus políticas y garantía del logro de las metas propuestas. El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo también debería participar en la planificación económica y de los recursos del Ministerio.

El orador cita como ejemplos de lo que se ha estado haciendo en su país el programa perinatal gratuito en centros infantiles de leche, los centros infantiles integrales, el programa de lucha contra las anemias de la embarazada, el programa de lucha contra el aborto y el programa de educación popular.

El programa materno-infantil del Ministerio de Salud Pública está promoviendo programas de salud integral, la mujer y el niño. Dentro del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo también se trata de fortalecer la capacidad de organización de las mujeres, integrándolas en comités populares de salud.

En el seminario-taller sobre la mujer como sujeto de las políticas de salud, celebrado en La Paz en 1987, se presentaron varios temas, con

atención especial a la salud materna en el área de salud, el rol de la mujer en la alimentación y la nutrición, la salud mental, la discriminación contra la mujer, etc.

Bolivia recomienda programas de capacitación para el personal de salud con énfasis en la mujer. En el marco del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se están intensificando los esfuerzos para aumentar el número de mujeres en cargos profesionales. Parece, sin embargo, necesario llevar a cabo una campaña informativa sobre los aspectos del programa y establecer un comité nacional donde se coordinen las actividades, los recursos y la información en relación con el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Dr. TAITT (Barbados) congratulated the Executive Committee on the resolution now before the Directing Council, which his country fully supported. He urged all other Member Countries to take steps towards its implementation.

His country was committed to promoting the advancement of women. For example, young women in Barbados were receiving a higher proportion of competitive development scholarships than young men. In addition, of the seven top decision-making and policy-formulating posts in the Ministry of Health, five were held by women.

El Dr. VILLEDA BERMUDEZ (Honduras) informa que hace un mes se celebró en Managua una reunión para formular el proyecto subregional Mujer, Salud y Desarrollo, con la participación de todos los países de Centroamérica y Panamá. Se formularon varias recomendaciones y se encargó a las coordinadoras de los grupos focales que elaboraran un plan de acción

que permitiese la mayor divulgación, discusión y aprobación política del proyecto. La Delegación de Honduras incluyó una líder campesina cuya espléndida participación hizo concluir que era una necesidad la inclusión de genuinas representantes de los grupos sociales que han tenido o que han padecido las vivencias más características de los pueblos de la Región.

A Dra. WEBER KUZSTRA (Brasil) declara que o programa da OPAS para a mulher, a saúde e o desenvolvimento foi muito bem recebido em seu país, e que o Ministério da Saúde, em trabalho conjunto com a atenção materno-infantil, a OPAS e a Federação Brasileira de Mulheres, está promovendo a identificação dos pontos focais para consolidar as ações nesse campo. Para tanto, em seu programa de saúde integral para a mulher, o Ministério atribuiu prioridade a uma programação que inclui, em todos os serviços de saúde, a intensificação do tratamento pre-natal e, como seu complemento, o planejamento familiar; o controle do câncer uterino e de mama; e a nutrição de gestantes e nutrizes.

Um esforço especial está sendo envidado para formar comitês de saúde materno aos níveis nacional, estadual e local, e o governo está incentivando a participação da comunidade na reorganização dos serviços locais de saúde, na área da educação sanitária e na mobilização da força feminina para a promoção dos seus interesses de saúde e para o esclarecimento dos seus direitos e deveres como membros da sociedade.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) felicita al Comité Ejecutivo por el informe del Subcomité Especial.

En Venezuela se ha dado especial énfasis a este programa, como lo demuestra la Reunión Latinoamericana sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo celebrada en Caracas en septiembre de 1987 en la que participaron 19 países. Se han celebrado asimismo reuniones de mujeres profesionales de diversos ministerios para preparar el documento sobre Perfil de la Mujer Venezolana. Se participó activamente en la realización de la Feria de la Salud, organizada por el Ministerio de la Familia. Se asistió también a las reuniones de la Comisión de Salud del Ministerio de la Familia.

En el Taller Subregional Andino celebrado en Bogotá, Colombia, en julio del presente año, se analizó el documento presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana sobre Perfil de la Mujer de la Subregión Andina, produciéndose el Plan de Acción Subregional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Esencialmente en este documento se justifica, en primer lugar, el desarrollo de un plan de acción subregional sobre la mujer, la salud y el desarrollo con prioridad en la subregión. Seguidamente, se analizan los problemas de salud, insistiendo sobre la mortalidad materna y el cáncer de la mujer (del cuello uterino, de mama y de endometrio), así como sobre la manera de enfrentarlos. Se analiza el fenómeno de la violencia, que posee expresiones particulares hacia la mujer. Se insiste sobre el diagnóstico de la situación de salud mental y sobre la cuestión de la salud y el trabajo. En los últimos años, con el incremento de la participación de la mujer en el mercado laboral, esta ha tenido que asumir simultáneamente roles que se derivan de su doble función, muchas veces sin apoyo del grupo familiar y explotada cuando desempeña actividades que no requieren mayor preparación.

En el Plan de Acción se presta atención fundamental al adolescente, cuya incorporación se hace cada vez más necesaria dado el crecimiento numérico y proporcional de este grupo en los países de la subregión. Entre otros problemas de la adolescencia cabe mencionar también los accidentes, la violencia y el homicidio, el abuso del alcohol, el tabaco y las drogas. En particular, tienen una gran incidencia en las adolescentes las condiciones de embarazo, parto y puerperio. Se señala la necesidad de enfocar de manera especial las necesidades de salud relacionadas con el proceso reproductivo, incluida la educación sexual.

Se hacen diferentes consideraciones en las áreas críticas, estrategia y actividades generales de cooperación: fortalecimiento de los subsistemas de información a nivel local, nacional y subregional sobre la salud de la mujer; definición de indicadores básicos; desarrollo de centros de documentación nacional; divulgación y actualización por parte de la OPS, la OEA, y el UNICEF de un directorio de organizaciones femeninas en los países desarrollados. Se insiste en la capacitación mediante el apoyo a los programas de alfabetización, la organización de cursos subregionales de gerencia de programación de salud y la identificación de centros de capacitación en áreas específicas de la mujer. Se insiste también en la legislación, sobre todo en los contactos con los diferentes parlamentos y comisiones de las áreas sociales y de salud y de los países de la subregión. Finalmente, se insiste en la investigación destinada a promover proyectos multinacionales en distintas esferas: efectos de la doble y triple jornada de trabajo en la mujer; problemas de salud de la mujer trabajadora; patrones culturales y

estereotipos; impacto de las tecnologías de salud sobre la salud de la mujer; efectos de la crisis económica sobre la salud de la mujer y la familia.

Por último, se recomienda la identificación de grupos de investigadores y la convocación de reuniones para designar los estudios correspondientes.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) congratulated the Special Subcommittee on its report. There were numerous factors to be considered in the development of projects related to health care. While it was appropriate that childbearing women should continue to be the main beneficiaries of primary health care (PHC), women in other categories must not be neglected. Further research was required on environmental and social factors affecting women's health and on their acceptance of health programs. Health services should be accessible, culturally appropriate and in harmony with women's schedules. Health education and training opportunities for female health workers should be provided, but education should focus on the entire community, not just on women. Women's access to financial resources was another factor to be taken into account. Finally, female primary health care workers should be involved in the planning and decision-making processes and be provided with appropriate management training.

The policy of the Overseas Development Administration (ODA) with respect to women and development was to integrate an understanding of women's interests into all aid activities. Priority areas for ODA's health sector were population and primary health care. In designing



primary health care projects, it was necessary to specify target groups clearly, and he cited several examples demonstrating that approach.

Reviewing the multiple social and economic roles of women and girls which made them particularly vulnerable to health problems, he emphasized that while women and children were the main beneficiaries of primary health care, there were many social and cultural factors which inhibited women's participation in health programs. Among those factors were women's limited time, energy and financial resources, the inappropriate use of technology, poor representation of women at management and planning levels, negative attitudes of men and the low status of health professionals.

Ms. PALTIEL (Canada) expressed appreciation for the constructive interventions by Jamaica on the items before the Council and wished that country a speedy recovery from the effect of the hurricane. She commended PAHO for the progress made in 1988 in the area of women, health and development (WHD), despite economic constraints. In light of her country's intervention at last year's Council meeting, she welcomed the new guidelines on research in WHD as part of PAHO's research priorities.

Positive results had emerged from the Caribbean Workshop on Women, Health and Development, in which her country's Focal Point had participated. The Subregional Plan of Action reflected the concerns of health workers, leaders and policy-makers and merited follow through. The projects on water and developmental efforts to research the health of working women were also laudable initiatives.

While much progress had been achieved, the target of 30% of women in decision-making posts by 1990 remained a challenge. In that

connection, Canada shared the view of the Special Subcommittee that extra and imaginative efforts were needed, both in PAHO and in Member Countries, to recognize and recruit women for high-level positions.

It had occurred to her Delegation that since Women, Health and Development was not a vertical program, its work could be greatly facilitated by systematic integration of the WHD agenda into AMPES, for priority setting and the planning of technical cooperation.

Women's health concerns continued to receive systematic attention in Canada and she reviewed the many specific activities initiated to deal with them. One major event had been a national symposium on changing patterns of health and disease in Canadian women, which had led to the establishment by the Conference of Deputy Ministers of a working group on women and health.

Her Delegation had read with interest the maternal and child health report. Cogent and informative, it had provided a good overview of the goals, efforts and achievements of the last three years. In that connection, she congratulated PAHO and collaborative agencies for the meeting on the prevention of maternal mortality held in Brazil.

The International Women's Decade had begun with the belief that women needed protection; it was now clear how much women were doing and could do to protect the health of all. Canada supported the proposed resolution on WHD and remained a steadfast partner in WHD efforts.

El Dr. VALDEZ (Nicaragua) dice que en su país existe la expresión de que "sin la participación de la mujer no hay revolución". Efectivamente, su participación militante en la defensa de la soberanía

en la producción, en la salud y, en general, en la construcción de su propia historia, le da en el país una connotación social y política de gran trascendencia. Por ello, el orador felicita a la Organización por el impulso que da al proyecto y manifiesta su respaldo al mismo. Las conclusiones del seminario de Managua abren grandes posibilidades para el correcto enfoque de este proyecto, y su incorporación en el plan de prioridades de salud de Centroamérica, Panamá y Belice es digna de toda consideración.

La Sra. ABRAHAMS (OSP) expresa su agradecimiento por el interés demostrado en todo lo que se ha venido haciendo en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo dentro de la Organización Panamericana de la Salud. Le satisface la referencia del Representante de Trinidad y Tabago y del Representante de Venezuela a los planes subregionales formulados en las reuniones celebradas en mayo, así como también la referencia del Representante de Venezuela al Plan Subregional de Acción elaborado con la participación de los cinco países andinos a raíz de la reunión de Bogotá en julio del presente año. En este plan se expresan las prioridades en que la OPS debe tomar parte activa: la mortalidad materna, el cáncer de la mujer y otras enfermedades del adulto, los grupos prioritarios, como los adolescentes, las mujeres de edad mediana y de edad anciana, etc. La legislación y la violencia son también cuestiones que se repiten en todas las reuniones subregionales y componentes muy claros de todos los planes de acción diseñados en esas reuniones.

La Coordinadora se refiere seguidamente a la importante reunión celebrada en Cuba sobre la participación de la mujer en los programas de salud de la comunidad, en la que un grupo de 70 mujeres de todos los países de América Latina, el Caribe, algunos países de Europa, Estados Unidos de América y Canadá tuvo la oportunidad de discutir un documento sumamente importante en el que se planteaba la necesidad de institucionalizar la participación de la mujer. En este sentido, la OPS apoya los esfuerzos realizados no solo por los países sino también por las organizaciones internacionales, como la Comisión Interamericana de Mujeres de la OEA, el UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo, UNIFEM, CIDA del Canadá, etc. Este grupo de organizaciones internacionales desarrolla también actividades en el campo de la mujer, y una de las metas fijadas consiste en fortalecer el vínculo con ellas para articular una serie de actividades que requieren más que nunca consensos, recursos y esfuerzos unidos.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) señala que la reunión subregional para la elaboración de los planes subregionales se completará en noviembre con la reunión subregional del Cono Sur y se celebrará en Buenos Aires simultáneamente con la Reunión de Ministros para dar al Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo el prestigio que merece.

Con referencia al Seminario de Managua, el Dr. Guerra de Macedo señala que fue una experiencia extraordinaria. Se ha pasado de los planes y de los discursos para poner en forma de proyecto un conjunto de

acciones en que la problemática de la mujer se enfoca con un criterio integrado. El proyecto abarca no solo los aspectos relacionados con la salud, sino también todos los problemas relacionados con la mujer: adiestramiento, problemas de empleo, problema de tiempo y utilización del tiempo, situación legal, etc.

La elaboración del proyecto fue apoyada por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población. Se han entregado ya de manera informal a los países nórdicos copias de la versión aun no finalizada del proyecto, pues existe casi un compromiso por parte de Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia en el sentido de que están dispuestos a financiar la totalidad del proyecto. De ser así, Centroamérica vivirá una experiencia de extraordinaria significación para todos los países de América Latina y el Caribe.

El PRESIDENTE cede la palabra a la Relatora para que dé lectura al proyecto de resolución que aparece en el Documento CD33/28.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the report of the Special Subcommittee on Women, Health, and Development (Document CD33/28);

Bearing in mind the previous resolutions adopted by the Governing Bodies of PAHO on women, health, and development, in particular Resolution CSP22.R12 of the XXII Pan American Sanitary Conference; and

Taking into account Resolution WHA40.9 adopted by the Fortieth World Health Assembly,

RESOLVES:

1. To urge the Member Countries:
  - a) To fulfill the provisions of point 2, paragraph 3, of Resolution CSP22.R12 of the XXII Pan American Sanitary Conference, with regard to strengthening of the national focal points in the Woman, Health, and Development Program;
  - b) To develop training programs for all health personnel at the different levels of the Women, Health, and Development Program on its objectives, content, and strategies, so that they will be able to attend to the comprehensive health needs of women;
  - c) To increase significantly the participation of women at the directing and decision-making levels within the institutions of the health sector;
  - d) To continue to carry out the research necessary for the design of policies and the implementation of programs that will substantially improve the current living conditions and the health of women, giving priority to the subject areas recommended in the report of the Subcommittee.
2. To request the Director:
  - a) To intensify efforts so that all the technical programs of the Organization will develop activities aimed at fulfillment of the eight strategies on women, health, and development approved by the XXII Pan American Sanitary Conference;
  - b) To continue promoting interaction with other international agencies, institutionalizing it through agreements and accords for the coordination of activities and the mobilization of resources for the Women, Health, and Development Program;
  - c) To incorporate the priority subject areas recommended by the Subcommittee into the research grant program of the Organization;
  - d) To continue efforts aimed at increasing the participation of women in PAHO with a view to attaining the goal of 30% for professional and higher-level positions, as approved by Resolution CSP22.R12, and at the same time increasing the participation of women as temporary and short-term consultants, working with the national focal points on the identification of candidates;

- e) To step up mobilization of the resources required for implementation of the approved Regional strategies and for the promotion, execution, and dissemination of specific activities under the Women, Health, and Development Program at the country and regional levels;
- f) To report every two years to the Directing Council on the progress achieved in the eight strategies of the Women, Health, and Development Program.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (Documento CD33/28);

Habida cuenta de las resoluciones anteriores aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS sobre la mujer, la salud y el desarrollo, particularmente la Resolución CSP22.R12 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, y

Teniendo en cuenta la Resolución WHA40.9 aprobada por la 40a Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros a que:
  - a) Den cumplimiento a lo establecido en el punto 2, párrafo 3, de la Resolución CSP22.R12 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, respecto al fortalecimiento de los puntos focales nacionales del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo;
  - b) Desarrollen programas de capacitación para todo el personal de salud de los distintos niveles sobre el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, sus objetivos, contenidos y estrategias, a fin de que puedan satisfacer las necesidades de salud integral de las mujeres;
  - c) Aumenten significativamente la participación de las mujeres en los niveles directivos y de toma de decisiones dentro de las instituciones del sector salud;
  - d) Continúen realizando las investigaciones necesarias para el diseño de políticas y la instrumentación de programas que mejoren substancialmente las actuales condiciones de vida y de salud de las mujeres, dando prioridad a las áreas temáticas recomendadas en el Informe del Subcomité.

2. Pedir al Director que:
- a) Intensifique los esfuerzos para que todos los programas técnicos de la Organización desarrollen actividades dirigidas al cumplimiento de las ocho estrategias sobre la mujer, la salud y el desarrollo aprobadas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana;
  - b) Continúe estimulando la interacción con otras agencias internacionales, institucionalizándola mediante acuerdos y convenios, a fin de coordinar actividades y movilizar recursos para el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo;
  - c) Incorpore las áreas temáticas prioritarias recomendadas por el Subcomité al programa de subsidios para investigación de la Organización;
  - d) Continúe sus esfuerzos para incrementar la participación de las mujeres en la OPS a fin de alcanzar la meta del 30% en puestos profesionales y de mayor grado, la cual fue aprobada por Resolución CSP22.R12 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y, asimismo, aumente la participación de las mujeres como consultoras temporarias y a corto plazo, coordinando con los puntos focales nacionales la identificación de candidatas;
  - e) Aumente la movilización de los recursos requeridos para la aplicación de las estrategias regionales aprobadas y para la promoción, ejecución y difusión de actividades específicas del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo a nivel de los países y de la Región;
  - f) Informe cada dos años al Consejo Directivo sobre el avance de las ocho estrategias del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The session rose at 6:10 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:10 p.m.



directing council



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

regional committee

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION



XL Meeting

INDEXED

CD33/SR/5

28 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FIFTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA QUINTA SESION PLENARIA

Wednesday, 28 September 1988, at 9:15 a.m.  
Miércoles, 28 de septiembre de 1988, a las 9:15 a.m.

President:

Presidente:

Dr. Raúl Ugarte Artola

Uruguay

Later:

Después:

Dr. Edgar Mohs

Costa Rica

Contents

Indice

Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions (continued)

Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas (continuación)

(continued overleaf)

(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Item 5.1: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas  
Tema 5.1: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

Third Report of the Committee on Credentials  
Tercer informe de la comisión de credenciales

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

Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions  
Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Item 2.6: Selection of One Member Government to the Policy and  
Coordination Committee of the Special Program of Research,  
Development and Research Training in Human Reproduction  
Tema 2.6: Selección de un Gobierno Miembro para integrar el Comité Asesor  
de Política y Coordinación del Programa Especial de Investiga-  
ción, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción  
Humana

Item 2.7: Selection of One Member Government to the Joint Coordinating  
Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research  
and Training in Tropical Diseases (TDR)  
Tema 2.7: Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar a una  
persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del  
Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y  
Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales

Item 3.3: Election of Three Member Governments to the Executive Committee  
on the Termination of the Periods of Office of Argentina,  
Bahamas, and Mexico  
Tema 3.3: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité  
Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de  
Argentina, Bahamas y México

Item 5.1: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas  
(resumed)  
Tema 5.1: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las  
Américas (reanudación)

The session was called to order at 9:20 a.m.  
Se abre la sesión a las 9:20 a.m.

ITEM 6.1: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS (continued)  
TEMA 6.1: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS (continuación)

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OPS) indica que recibió una comunicación del Gobierno de Bolivia en la que este reitera el compromiso de hacer nuevos pagos de sus cuotas pendientes a la Organización en este año.

ITEM 5.1: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS  
TEMA 5.1: SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

El PRESIDENTE pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente su informe sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida en las Américas.

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) resume datos presentados por el Dr. St. John al Comité Ejecutivo y señala que en las Américas hay de 2 a 2,5 millones de personas infectadas por el SIDA (de 5 a 10 millones en el mundo); que el VIH, en el nivel biomolecular, altera aminoácidos de las envolturas glicoproteínicas, lo que provoca la pérdida absoluta de reacción de los anticuerpos. Este fenómeno dificulta considerablemente la labor preventiva de los ministerios de la Región.

El análisis de la curva epidemiológica mostró el aumento cuantitativo de casos y también cierta transformación cualitativa en algunos países por formas de transmisión horizontal del síndrome. Aunque los grupos de mayor riesgo siguen siendo varones homosexuales y bisexuales, las

mujeres han empezado a modificar la curva epidemiológica con una proporción importante de infección. Además, en los países más desarrollados de la Región se observa también una alta transmisión de la infección en el conjunto de la comunidad heterosexual por contactos entre drogadictos extemporáneos con el resto de la población.

Los datos expuestos permiten al Comité Ejecutivo coincidir con el Dr. St. John en un sombrío pronóstico a pesar de las actividades preventivas desarrolladas. Es indispensable la cooperación de todos los países con la aportación de los distintos sectores de salud, educación y recursos de todo género.

El Comité Ejecutivo pide a la presente Reunión del Consejo Directivo que revise detalladamente los objetivos, estrategias y metas que se han previsto a este respecto para el bienio en la Región. El Programa de la OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas figura en la página 8 del Documento CD33/21, y en particular en el punto 4.2.

El Relator ha recogido los aspectos principales del problema en un proyecto de resolución que fue aprobado con enmiendas en la quinta sesión plenaria como Resolución VI, que se recomienda para su aprobación a la XXXIII Reunión del Consejo Directivo en apoyo a los objetivos del programa contra el SIDA en las Américas. Allí se pide la plena colaboración de todos los gobiernos con sus recursos humanos e institucionales y se pide al Director que siga gestionando la obtención de fondos para apoyar las actividades de los gobiernos contra esa gravísima infección.

Dr. ST. JOHN (PASB) said that AIDS had first been brought to public awareness in 1981 when the United States Centers for Disease Control had reported the first five cases in homosexual men in San Francisco, although

the spread of HIV had begun earlier. The extent of that spread could still only be guessed. WHO estimated that five to ten million people in the world were infected with HIV, and PAHO figures suggested that from 2 to 2.5 million of those resided in the Region of the Americas. By August 1988, 177 countries had reported 111,854 cases of AIDS to the WHO Global Program on AIDS, though the true figure was probably between two and four times higher owing to underreporting and underdiagnosis.

From information presented at the IV World Scientific Meeting on AIDS a number of sobering conclusions could be drawn. Significant advances in the understanding of HIV at the biomolecular level indicated that the ability of the virus to affect aminoacid changes in its glycoprotein envelope could result in a total loss of reaction to the host's antibodies. Such changes occurred with amazing frequency as the virus made "mistakes" in its own favor during replication. Various mechanisms had been described by which the virus could install itself in cells other than the lymphocytes, its primary targets. Further, there was evidence that under certain conditions the human immune response might itself enhance viral replication in human monocytes. Certain areas of HIV structures that contributed to its ineffectiveness were not readily accessible to the human immune system. All those factors increased the difficulty and complexity of public health intervention in prevention of the disease.

Although there was optimism regarding the possibility of developing chemotherapeutic approaches to contain, retard, or stop the progressive deterioration of the human immune system, there was no such optimism with

regard to the development of a vaccine. Even a vaccine that adequately stimulated the production of antibodies to the virus might not protect against infection.

The progression from asymptomatic infected states to the development of AIDS was now estimated to be as long as 14 years, so that people who had no reason to be tested for AIDS might remain undetected for years. There was also evidence that some infected people lost their ability to produce antibodies during viral dormancy, when an antibody-positive person could be infectious though the infection would not be detectable.

The more was known about AIDS, the clearer it became that the fight against it would be complex and difficult.

PAHO had initiated Regionwide surveillance of officially reported cases of full-blown AIDS, although as yet no systematic surveillance of HIV infection. As in all other Regions, the numbers of known AIDS cases bore no relation to the magnitude of the problem. As of September 1988 a total of 84,234 cases and 46,020 deaths had been reported, making the overall case fatality rate 55%.

A breakdown of reported figures showed that by 13 September 1988 the Andean Region had notified 602 cases; the Southern Cone countries, 314; Brazil, 3,687; the Central American countries and Panama, 374; Mexico, 1,502; the Latin Caribbean, which included Cuba, the Dominican Republic, and Haiti, 2,055; the English-speaking Caribbean, 1,012; and North America, 74,688, of which the majority were from the United States of America. In all, five countries, namely, the United States of America, Haiti, Mexico, Canada, and Brazil, accounted for approximately 96% of all cases in the Region.

Comparison of data for 1986 and 1987 showed the percentage increase in the number of reported cases. While reported cases from North America had increased by 13%, several other subregions had reported dramatic increases: 213% in the Southern Cone countries, 155% in the Latin Caribbean, and 117% in the Central American Isthmus.

The epidemic was tracked by monitoring the total number of cases since the beginning of the epidemic in 1981, but it was not useful to compare the total number of cases by country as that did not take into account of the size of the populations. Calculation of the ratio of reported cases for a given calendar year to the median population estimate for that year was a better basis for comparison. PAHO data showed that the Caribbean, with 53.9 AIDS cases per million, was second only to North America with its 67.2 cases per million. Even that average obscured significant differences between countries: for example, in 1987, Brazil had reported 11.1 AIDS cases per million population, whereas the ratios in French Guiana, Bermuda, and the Bahamas were in the region of 240-400 cases per million. With the exception of Anguilla, Montserrat, and the British Virgin Islands, evidence of the spread of the AIDS virus was now found in all the countries and territories of the Region.

AIDS cases in Latin America had initially been reported among male homosexuals and bisexuals with a history of travel outside the Region, and that pattern of transmission had continued in North America and most of the countries in the Southern Cone and Andean areas. An important feature in some countries in Latin America was the proportion of bisexual males, who accounted for 15-25% of all AIDS cases. Many of them were married or had stable female partners. Although seroprevalence studies

to detect the presence of HIV antibodies among volunteer homosexual and bisexual men showed lower rates of infection, ranging from 8 to 40%, than among similar groups in the United States of America, where the rate was often over 70%, those data might only indicate later introduction and dissemination of infection in the Latin American and Caribbean countries.

Cases where heterosexual transmission of HIV was implicated were still below 10% of the total in most countries of Latin America. In the Caribbean and parts of Central America, however, significant numbers of AIDS cases and HIV infections were being detected in women. For example, in 1987, 10 of the 24 cases of AIDS diagnosed in Jamaica had been in women. Surveys among female prostitutes in Mexico, Argentina, and Haiti had shown HIV infection rates ranging from 0 to 49%.

In some countries, between 5 and 10% of all cases of AIDS were presumed to be secondary to blood transfusions. HIV antibody prevalence among blood donors was highly variable, ranging from 0% among 4,000 donors tested in Argentina in 1987 to as high as 1.5 or 1.6% in the Dominican Republic and 7.3% among some paid blood donors in high-risk areas of Mexico City.

The contribution of contaminated needles and syringes to the transmission of the AIDS virus among intravenous drug abusers appeared to be less significant in Latin America (under 1%) than in the United States of America (17%).

Cases associated with perinatal transmission were still rare in Latin America and the Caribbean. The majority of cases in children were attributable to transfusion of infected blood and blood products or



occasionally to child sexual abuse and prostitution. In contrast, over 75% of pediatric cases in the United States of America could be traced to a parent with HIV infection.

The prognosis for the future was that the situation would get worse. The number of HIV-positive cases was increasing; the majority would progress to disease, so, in view of the time lapse between infection and disease, the number of AIDS cases would continue to increase in spite of prevention efforts. The effect of that increase on the health care services should not be underestimated, and the cost would be high. Coping with the impact of the disease on society would require cooperation and commitment from the health, education, and finance sectors as well as the community. The challenge could not be met by the traditional vertical disease control approach.

What had been the national and regional response so far? Even before the formal organization of the Global Program on AIDS by WHO in 1987, countries had initiated activities for the prevention and control of HIV and AIDS. During the past 18 months PAHO had collaborated with most of the countries of the Region to consolidate those activities into national prevention and control programs based on WHO guidelines.

Initial funding for rapid implementation of national activities had been obtained from the Global Program on AIDS and a total of \$6.99 million had already been distributed to 30 countries and to CAREC. An additional \$1.3 million had been obtained for Regional activities and for national programs, support for which represented 84% of the total of \$8.3 million. Every country in the Region thus had a national program in operation and PAHO was providing technical collaboration for the prepara-

tion of longer-term programs. PAHO had to date provided technical consultation and evaluation to Member Countries for developing their national programs, held five international laboratory workshops to disseminate AIDS laboratory technology, developed two AIDS education exchange centers, and organized the first Pan American Teleconference on AIDS, in which 45,000 health workers had participated and whose proceedings had been broadcast to over 650 sites in most countries of the Region. The Second Pan American Teleconference on AIDS would be held in December 1988.

In addition, PAHO had established contact with nongovernmental and private voluntary organizations to coordinate technical and financial support for national AIDS prevention and control programs.

PAHO had actively implemented research on AIDS, focusing on the epidemiology of HIV and other retroviruses, under a contract with the United States National Institute of Allergy and Infectious Diseases, and planned to expand its research capability to include research on the behavioral and social aspects of AIDS.

The Organization's first goal had been achieved with the development of AIDS programs throughout the Region. It was now essential to concentrate on the long term, including identification of the financial needs and possible mechanisms for funding national prevention and control efforts. In collaboration with the Global Program on AIDS, a regional plan for AIDS prevention and control had been developed. The plan would emphasize and strengthen education efforts, and targets had been set for screening to guarantee the safety of all blood and blood products throughout the Region by mid-1989 or earlier.

Given the magnitude of the impact of AIDS on health care services and the current and future costs involved, the political and financial commitment of each and every country would be essential, and countries might have to redefine their national priorities in favor of greater investment in the health sector.

El Dr. SOBERON (México) considera que el panorama relatado por el Dr. St. John muestra la gravedad de la pandemia, que en México es incluso peor, con 1.642 casos en agosto de 1988. El tiempo de duplicación de siete a ocho meses significa un aumento de 10% mensual. Recientemente, el Presidente de la República y su Gabinete difundieron ampliamente las características de la epidemia en el país, en las Américas y en el mundo. Además, por decreto presidencial se creó el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA como organismo descentralizado de la Secretaría de Salud, en el cual intervienen otras varias instituciones, principalmente en el área educativa, pública y privada. Este organismo maneja sus propios fondos.

Ya se ha dicho que se modificó la legislación sanitaria para prohibir la comercialización de sangre en México, y para ello se reforzó toda la infraestructura respectiva en el país a fin de atender la demanda. Se estableció un centro de servicios de hemoterapia en cada una de las entidades federativas y un centro de información sobre el SIDA que funciona con buen éxito en la Ciudad de México; se va a crear un segundo, también en el Distrito Federal, uno más en Guadalajara, y otro en Monterrey.

El 16 de octubre se celebrará en Iztapa Zihuatanejo una reunión internacional en la que participarán la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para revisar los aspectos edu-

cativos relacionados con el SIDA. Cabe señalar que el 27 de julio se llevó a efecto lo que se denominó el "Día nacional de información sobre el SIDA" en todos los medios nacionales de difusión que la Organización Mundial de la Salud había propuesto para el 1 de diciembre, pero que en México se celebró en julio para no coincidir con el cambio de Gobierno, y además para tener tiempo de medir los efectos de esa campaña.

El Dr. BORGONO (Chile) menciona algunos aspectos relativos a la marcha de los programas en la Región y, en general, a la relación entre la Región y el programa global. Destaca en primer lugar que el 84% de los fondos va a los países, proporción que considera adecuada y que espera incluso aumente.

Alude a continuación a la necesidad de contar con laboratorios nacionales fiables, no sólo porque cuenten con los reactivos más modernos, sino también por estar bajo controles centrales en cada país. A este respecto sugiere que la OPS haga compras colectivas que permitan abaratar los exámenes respectivos y que difunda información oportuna sobre los rápidos y constantes avances que se realizan en este campo.

Considera fundamental la administración de los fondos destinados en su conjunto y por países al Programa Global sobre el SIDA, cuya descentralización es de gran importancia y debe apresurarse. Confía en que la primera reunión del Comité sobre Administración de Programas del SIDA, que se celebrará en noviembre, hará recomendaciones al Director General de la OMS a ese respecto.

Un tema que seguramente se tratará en la teleconferencia de Río es el de los efectos del SIDA sobre los servicios de salud, que pueden ser postergados por alterarse las prioridades y dedicar demasiados recursos a un programa de muy bajo beneficio en relación con su costo.

El orador juzga extraordinarios los éxitos de la investigación, al contrario de los resultados en el orden social y educativo; por ejemplo, el condón puede prevenir, pero su uso es insuficiente. Es indispensable estudiar factores culturales, étnicos y otros que influyen sobre esta variable, muy distinta en Estados Unidos de América o en Alemania, cuyas prácticas se estudian con resultados que no pueden extrapolarse a otros países. La conducta de los seres humanos merece ser investigada en todos sus aspectos por ser de suma importancia en el problema del SIDA.

Por último, el Dr. Borgoño estima de la mayor trascendencia el control de los bancos de sangre para impedir un conocido mecanismo de transmisión. Ese control ya se logró en Chile y en muchos otros países, pero es una meta común que debe procurarse alcanzarse, lo mismo que la intensificación de las labores educativas, incluso del personal de salud. Agradece a la OPS la colaboración prestada a su país, en particular en la elaboración de los programas de mediano plazo.

El Dr. ARRAUT (Colombia) señala que en 1983 se descubrió el primer caso de SIDA en la ciudad de Cartagena. El 20 de septiembre de 1988 ya se habían registrado 308 casos, de los cuales 295 eran hombres y 15 mujeres. El Gobierno ha establecido una red de trabajo con las universidades y los diferentes organismos de salud, dividiendo el país en ocho zonas, a las cuales está dotando con equipos completos de análisis para la identifica-

ción del virus. El Gobierno está invirtiendo alrededor de \$433.000, sin incluir las sumas que destinan las autoridades departamentales a sus universidades para equipar a sus laboratorios y establecer una cadena de comunicación en todo el país, coordinada por el Ministerio de la Salud. Para ello se cuenta también, además de la colaboración de la OPS y de la OMS, con la de las facultades de medicina y los profesionales de la salud, que tienen establecida una red coordinada por el Ministerio de la Salud de Bogotá y el apoyo de las comunidades, sobre todo en aquellas ciudades portuarias y centros turísticos donde es mucho más fácil la entrada del virus en el país. El plan se fundamenta en tres grandes puntos: prevenir la transmisión sexual del VIH, mediante la educación de la comunidad o de grupos especiales; evitar la transmisión sanguínea mediante el control de los bancos de sangre; identificar el origen de una muestra de sangre positiva al VIH, y evitar su transmisión perinatal. En este plan se incluye la educación en materia de salud de los adolescentes y especialmente de las embarazadas.

Los cinco grandes componentes del plan son los siguientes: la educación permanente en las universidades, centros de población y de los profesionales mediante seminarios, talleres y teleconferencias internas cuatro veces al año; la promoción y la educación de la comunidad en general; el control de los bancos de sangre y de los hemoderivados; la vigilancia epidemiológica y de laboratorio y, por último, la investigación a nivel nacional.

Cada tres meses se reúne el equipo y los directores de laboratorio que trabajan en la elaboración de técnicas que permitan identificar los casos del SIDA.

Las iniciativas llevadas a cabo inicialmente en ciudades portuarias han comenzado a dar los primeros resultados positivos.

Dr. TJON JAW CHONG (Suriname) said he had been greatly impressed by Dr. St. John's presentation. However, with reference to the penultimate paragraph of section 3.1 of the Annex to Document CD33/21, the suggestion that problems had arisen in carrying out AIDS control activities in spite of initial funding having been provided in record time by WHO through PAHO did not, he felt, take into account the fact that countries were faced with considerable bureaucratic delays in acquiring those funds. Suriname had had to prepare its plan of action by mid-1987 for presentation to the Organization, but thereafter little action had actually been taken. It was understood that there had been coordination problems between the Global Program and the Regional Office. Thanks to the efforts of PAHO staff, who had done their best to cut the red tape, as of May 1988 funds had been granted and some laboratory equipment was now awaited.

It was hoped that the global and regional coordination problems had been resolved so that Suriname's AIDS program could continue speedily and efficiently.

Suriname wished to express gratitude and appreciation to the Director and his staff for their unflagging and continued support.

O Dr. CALHEIROS (Brasil) felicita a direção e o pessoal técnico da OPAS pela maneira inteligente com que está sendo enfrentado o problema da SIDA e informa que, em seu país, até 3 de setembro do corrente ano, havia 4.153 casos notificados em 1982. Para estes últimos, a taxa de letalidade

já chegou a 100% e, para a totalidade dos casos, independentemente do ano do diagnóstico, é de cerca de 50%. A doença está disseminada por todo o país, com exceção dos territórios de Roraima e Fernando de Noronha. E a sua distribuição geográfica por estados varia de três a 86 casos por milhão de habitantes. A SIDA concentra-se no grupo etário dos 20 aos 44 anos, com 79% dos casos, e na população masculina, com 12 casos por caso feminino. Quanto às categorias de transmissão não sexual, em 1983 apareceu o primeiro caso parenteral, e em 1985, o primeiro caso perinatal.

No tocante aos esforços que o Brasil envida na área da SIDA, em julho do corrente ano realizou-se uma importante reunião de uma comissão nacional de apoio ao programa, que adotou as recomendações da OPAS/OMS e a Declaração de Londres, assinada por 147 ministros de saúde. A comissão definiu 15 pontos de extrema importância para fortalecer a luta contra a SIDA no Brasil, entre os quais caberia destacar o aumento da responsabilidade dos governos - tanto o federal como os estaduais e municipais -, o apoio de entidades não governamentais e filantrópicas, as atividades de informação, a proteção aos direitos individuais do paciente e a formação de recursos humanos, tudo isso complementado por atividades de pesquisa.

El Dr. MIGUES (Uruguay) expresa su preocupación por la magnitud que está adquiriendo el problema de la inmunodeficiencia adquirida en todo el mundo y particularmente en las Américas. En el Uruguay, los caracteres epidémicos del SIDA responden a los perfiles similares que se observan en los diversos países. Aunque su población es poco numerosa, la tasa de prevalencia del SIDA alcanza a 10,3 por millón de habitantes,



y en cuanto a la letalidad, es de 70%. Uruguay participa en el Programa Global de la OPS y a este fin dispone de recursos proporcionados por la OMS que administra la Organización Panamericana de la Salud, con los cuales ha elaborado un plan nacional de prevención y control, fundamentalmente. A este respecto se ha fortalecido la red de laboratorios y bancos de sangre en el país; en este momento se controla al 100% de los donadores de sangre del Uruguay.

Se emplean técnicas sencillas, por ejemplo hemaglutinación, que permiten hacer una exploración general de la población; en los centros donde no se dispone de otras técnicas más complicadas, están regionalizadas las pruebas ELISA, que permiten un control mucho más eficaz y más fiel de la detección. Ahora bien, los casos detectados como VIH positivos en las zonas locales pasan a un segundo nivel de control regional con equipos especiales para el SIDA y, si siguen siendo positivos, pasan a un control central de referencia para aplicarles la técnica Western Blot, que da seguridad absoluta. Por otra parte, se han encontrado anticuerpos de VIH en gammaglobulinas anti-Rh importadas al país. Este hecho produjo profunda alarma; se comunicó a las autoridades de la OPS, y el Gobierno promulgó un decreto mediante el cual todos los productos sanguíneos introducidos en el país tienen que ser sometidos obligatoriamente al examen de control del Centro de Referencia Nacional. Esta acción es de efectos muy positivos en cuanto a evitar la difusión por vía sanguínea.

Pero hay otras cuestiones que causan singular preocupación, sobre todo el desarrollo de programas educativos. La educación de la comunidad es fundamental para el control de esta enfermedad, por lo cual los programas educativos están orientados, sobre todo, hacia los grupos de

riesgo constituidos por prostitutas y homosexuales, a quienes se imparte educación específica; asimismo, hay otro género de educación específica para el personal de salud, que lamentablemente no tiene todavía una conciencia clara de la significación de esta enfermedad ni de su trascendencia. A ese respecto ha sido necesario desarrollar talleres regionales con los grupos de salud de todo el país, tratando de inculcar los conceptos fundamentales para hacer frente a esta infección y poder controlarla.

También es importante señalar que hay cierta lentitud en las compras efectuadas por medio de la Organización. En cuanto a este procedimiento, hay que buscar un acuerdo y de ser posible establecer una central de compras de la Organización, un fondo de rotación si es posible, para que todos los países dispongan en cantidad suficiente y con oportunidad de los reactivos necesarios para desarrollar sus programas.

El Dr. Migues comparte las reservas del Representante de Chile respecto a que no se debe frenar la prioridad de ciertos problemas que en el área regional tienen y mantienen todavía legítimamente una prioridad indispensable. Hay que evitar la postergación de programas tan imprescindibles como el maternoinfantil, la nutrición, las vacunaciones, etc., que no deben desaparecer ni disminuir en intensidad por la prioridad que se está dando al problema del SIDA.

Le Dr. RIFF (France) souligne que le SIDA constitue pour la France également un sujet de préoccupation majeure qui justifie les efforts très importants consentis au niveau national dans le domaine de la recherche où les capacités techniques et les moyens financiers sont actuellement coordonnés dans une série de programmes, du dépistage avec la mise en

place dans chaque département de centres de dépistage anonymes et gratuits, de la prise en charge médicale avec la création dans les hôpitaux importants de centres d'information et de soins, de l'éducation pour la santé, et enfin, du développement de campagnes d'information du public. Ces activités bénéficient aux trois départements français d'Amérique qui connaissent comme les autres Etats de la Caraïbe une situation épidémiologique particulière où prédomine la transmission hétérosexuelle.

Un effort de coordination et de rationalisation effectué par les trois départements ces deux dernières années a abouti à la proposition d'un programme sur trois ans destiné à contrôler l'évolution de la maladie et à en limiter les impacts sociaux négatifs. Adapté à chacun des trois départements, ce programme comporte des activités dans les domaines de la surveillance épidémiologique, de l'éducation pour la santé et de l'information, du dépistage et de la sécurité des professionnels de la santé, des soins et du soutien psychologique et social des malades et des sujets séropositifs. Le Dr. Riff rappelle, à l'égard de cette maladie, le prix qu'attache la délégation française au respect de la dignité humaine et de la liberté individuelle afin d'éviter toute discrimination vis-à-vis des malades et des personnes séropositives.

Dr. MONATH (United States of America) congratulated PAHO and Dr. St. John on an excellent report and reiterated his Delegation's support for the Global Program on AIDS and the targets set by the Organization for prevention and control of HIV infection in the Region of the Americas.

He drew the attention of the Council to two concepts that were becoming increasingly important within the United States Center for Disease Control. Both concepts related to the shaping of attitudes towards the HIV problem. The first was that of fighting HIV infection as opposed to AIDS. The concept was appropriate since HIV infection appeared nearly always to lead to overt disease and, in view of the long incubation period, it was more appropriate to focus prevention strategies on the infection rather than the fully expressed disease. Use of the term "HIV infection" wherever appropriate would be a reminder of that primary goal.

The second concept was that of the use of the terms "early diagnosis" or "early detection" instead of "AIDS testing." The new terms focused on the benefits to those infected in terms of follow-up. As drugs became available to benefit asymptomatic HIV-infected individuals, early diagnosis would become increasingly important. It was also beneficial when it led to earlier cessation of virus-transmitting behavior.

With regard to patient care, information and experience needed to be shared in those areas: care systems, community involvement, and training of health professionals.

Le Dr. BIJOU (Haïti) appuie les résolutions adoptées dans ce domaine après avoir analysé le document relatif au syndrome d'immuno-déficience acquise. En Haïti, ajoute-t-elle, depuis tantôt trois ans le SIDA a été ajouté à la liste des six priorités de santé. Beaucoup d'efforts sont en cours en vue d'informer le public sur le mode de

transmission et les mesures de prévention. Plusieurs groupes d'études sont constitués et la population y manifeste un grand intérêt. Des dispositions sont prises au niveau des institutions de santé et des centres de transfusion sanguine.

Le Dr. Bijou annonce que la Commission nationale travaille actuellement sur un programme national et déplore la lenteur de la coopération internationale qui devait permettre au gouvernement d'étendre le réseau de surveillance à travers tout le pays, car les activités de recherche sont surtout concentrées au niveau de la capitale tandis que les cas sont diagnostiqués dans toutes les grandes villes. Elle remercie tout de même l'OPS/OMS pour l'appui déjà accordé à Haiti dans le domaine de l'information et du diagnostic.

O Dr. MOURA (Observador, Associação Mundial de Veterinária) manifesta, em nome da Associação Mundial de Veterinária, a sua solidariedade com a medicina humana em sua luta contra o flagelo da SIDA. Preocupada com esse problema humano, a Associação empenha-se na busca de um animal que se preste a experiências tendentes a encontrar um medicamento que alivie o sofrimento dos pacientes ou uma vacina capaz de evitar a SIDA. Assim, a anemia infecciosa equina, que é causada por um retrovírus da mesma família do vírus da SIDA, apresenta um quadro clínico muito semelhante ao desta doença. Por tal motivo, seria de crer que os estudos e as experiências com equinos oferecessem possibilidades para as almejadas metas de tratamento e prevenção da SIDA.

Informa, finalmente, que serão realizados no Brasil dois congressos que incluem, em suas respectivas agendas, o tema da saúde pública veterinária, no qual certamente estará incluído o assunto da SIDA: o Congresso

Internacional de Zoonoses, a ser realizado no Rio Grande do Sul, e o Congresso Mundial de Veterinária, marcado para o mês de agosto de 1991.

El Dr. GODOY (Paraguay), considerando las distintas recomendaciones y resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, dice que se han iniciado una serie de actividades en los órdenes subregional y nacional, por ejemplo, las reuniones interpaíses del Cono Sur, que se celebran durante los primeros meses del año y últimamente en julio en la ciudad de Sante Fe, Argentina, sobre los temas siguientes: epidemiología del SIDA; red de laboratorios; necesidad de un programa de seguridad para trabajadores de la salud; atención médica y tratamiento de pacientes; factores psicosociales de los pacientes y sus familias; educación sanitaria para prevenir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, y reorganización y normas operativas de los bancos de sangre. En esos encuentros se decidió capacitar y adiestrar a los profesionales en los distintos aspectos de dichos problemas y constituir una comisión permanente para el intercambio de información entre todos los países.

Se ha establecido un consejo nacional del SIDA, cuyas funciones son más o menos parecidas a las de otras comisiones de otros países: dar directivas y normas para la coordinación, ejecución y control de la lucha contra esta enfermedad; estudiar y aprobar los objetivos, actividades y recursos del programa nacional; establecer los servicios técnicos, financieros y legales, y analizar y aprobar proyectos específicos en el campo de la educación, la información, la investigación, la asistencia y el control; contar con la cooperación técnica y financiera de organismos

internacionales y del país para asegurar los recursos previstos en las diversas actividades del programa; afianzar la cooperación existente en los campos regional y subregional, en consonancia con la propuesta de acción de la OPS, e identificar los servicios de salud para envío de pacientes de SIDA según sea la complejidad tecnológica y funcional existente en el país.

Esa comisión persigue la finalidad de dar a conocer los problemas globales del SIDA y las medidas correctivas por introducir en la sociedad para modificar las conductas y hábitos, a fin de frenar la difusión del HIV, y colabora con otros países y organismos internacionales para aumentar la capacitación tecnológica de los profesionales en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes del SIDA.

The session was suspended at 10:45 a.m. and resumed at 11:10 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:45 a.m. y se reanuda a las 11:10 a.m.

THIRD REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
TERCER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. TAITT (Rapporteur of the Committee on Credentials) reported that the Committee at its third session had examined the credentials of the Representative of Guyana, had found them to be in good order, and recommended that their validity be recognized.

Decision: The third report of the Committee on Credentials was approved.

Decisión: Se aprueba el tercer informe de la Comisión de Credenciales.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION  
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions  
Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/4):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD33/15 and ADD. I) and the concerns expressed by the 101st Meeting of the Executive Committee with respect to the status of the collection of quota contributions;

Noting the report of the Working Party on the application of Article 6.B of the PAHO Constitution relating to the suspension of voting privileges of Member Governments that fail to meet their financial obligations to the Organization (Document CD33/15, ADD. II); and

Recognizing that, in the case of the three Member Governments subject to Article 6.B, the Government of Bolivia, the Dominican Republic and Suriname either had made payments towards their outstanding quota commitments or had formally indicated their intent to make such payments during the remainder of 1988,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD33/15 and ADD. I).
2. To express appreciation to Member Governments that have already made payments in 1988, and to urge all Member Governments in arrears to promptly meet their financial obligations to the Organization.
3. To congratulate the Government of Haiti, and in particular the Government of Paraguay, for continuing to successfully reduce the amounts of their outstanding quota assessments.
4. To permit the Governments of Bolivia and Suriname to vote at this meeting in view of their initial payment efforts and commitment to make additional payments.
5. To permit the Government of the Dominican Republic to vote at this meeting and to encourage it to make every possible effort to meet its full payment commitment for 1988.



6. To request the Director to:
- a) Continue to monitor the implementation of special payment agreements made by Member Countries in arrears for the payment of prior years' quota assessments;
  - b) Advise the Executive Committee of Member Countries' compliance with their quota payment commitments;
  - c) Report to the XXXIV Meeting of the Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 1989 and prior years.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD33/15 y ADD. I) y las preocupaciones manifestadas por la 101a Reunión del Comité Ejecutivo en cuanto al estado de la recaudación de las cuotas;

Tomando nota del informe del Grupo de Trabajo sobre la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, relativo a la supresión de los privilegios de voto a los Gobiernos Miembros que dejan de cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización (Documento CD33/15, ADD. II), y

Reconociendo que, en el caso de los tres Gobiernos Miembros sujetos al Artículo 6.B, los Gobiernos de Bolivia, la República Dominicana y Suriname habían abonado una parte de las cuotas atrasadas o habían indicado formalmente que tenían la intención de efectuar los pagos correspondientes durante el resto de 1988,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD33/15 y ADD. I).
2. Expresar su reconocimiento a los Gobiernos Miembros que ya han hecho pagos en 1988, e instar a los Gobiernos Miembros con atrasos a que cumplan sus obligaciones con la Organización lo antes posible.
3. Felicitar al Gobierno de Haití, y en particular al Gobierno del Paraguay, por el éxito de sus esfuerzos por reducir sus atrasos de cuotas correspondientes a años anteriores.
4. Permitir a los Gobiernos de Haití y Suriname que voten en la presente Reunión, en vista del pago inicial efectuado y de su compromiso de hacer pagos adicionales.

5. Permitir al Gobierno de la República Dominicana que vote en la presente Reunión e instarle a que haga todo lo posible para cumplir su compromiso de pago de las cuotas correspondientes a 1988.

6. Pedir al Director que:

- a) Siga supervisando la aplicación de los acuerdos especiales de pago hechos por los Gobiernos Miembros con atrasos para abonar las cuotas correspondientes a años anteriores;
- b) Ponga al Comité Ejecutivo al corriente del cumplimiento por parte de los Gobiernos Miembros de sus compromisos de pago de cuotas;
- c) Informe a la XXXIV Reunión del Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas correspondientes a 1989 y ejercicios anteriores.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 2.6: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT TO THE POLICY AND COORDINATION COMMITTEE OF THE SPECIAL PROGRAM OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION

TEMA 2.6: SELECCION DE UN GOBIERNO MIEMBRO PARA INTEGRAR EL COMITE ASESOR DE POLITICA Y COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACION, DESARROLLO Y CAPACITACION EN INVESTIGACION EN REPRODUCCION HUMANA

Dr. KNOUSS (Secretary) indicated that a thorough presentation on the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction would be given later under agenda Item 5.3, Maternal and Child Health and Family Planning Programs. He called attention to the description of the functions and composition of the Policy and Coordination Committee contained in Document CD33/11. The Council, acting as the WHO Regional Committee for the Americas, had to elect one Member Government to serve on the Committee for the period January 1989 through December 1991, to replace Argentina whose term expired at the end of 1988.

El PRESIDENTE, habida cuenta del consenso logrado en la sesión preliminar del lunes, 26 de septiembre pasado, propone a Cuba para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana.

Decision: Cuba was elected to be a member of the Policy and Coordination Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction for a period of three years.

Decisión: Cuba es elegida por un período de tres años para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana.

ITEM 2.7: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT TO THE JOINT COORDINATING BOARD OF THE UNDP/WORLD BANK/WHO SPECIAL PROGRAM FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES

TEMA 2.7: SELECCION DE UN GOBIERNO MIEMBRO FACULTADO PARA DESIGNAR A UNA PERSONA QUE FORME PARTE DE LA JUNTA MIXTA DE COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

Dr. KNOUSS (Secretary) called attention to Document CD33/INF/2 on the status of malaria programs in the Americas in 1987, which was the latest in a series of reports begun in the 1940s and included information on the national, subregional and regional malaria situation; malaria transmission; research activities; training; and prevention, surveillance and control measures.

The WHO Regional Committee for the Americas had to elect a Member Government to the Joint Coordinating Board of the Special Program for Research and Training in Tropical Diseases, whose objectives were outlined in Document CD33/25, for a three-year term beginning 1 January 1989

to replace Colombia whose term would expire 31 December 1988. Canada, Cuba, Mexico, and the United States of America would continue as members of the Board.

El PRESIDENTE, expresando el consenso logrado en la sesión preliminar del lunes, 26 de septiembre, propone al Brasil para cubrir el puesto vacante.

Decision: Brazil was selected to designate a member to the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases for a period of three years.

Decisión: El Brasil es seleccionado por un período de tres años como Gobierno Miembro facultado para designar a una persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y enseñanzas sobre enfermedades tropicales.

O Dr. CALHEIROS (Brasil) agradece o apoio e a confiança que o seu país mereceu dos Delegados à XXXII Reunião do Conselho Diretor da OPAS ao ser escolhido para designar um membro para a Junta de Coordenação do Programa Especial de Pesquisa e Ensino de Doenças Tropicais.

ITEM 3.3: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF ARGENTINA, BAHAMAS, AND MEXICO

TEMA 3.3: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO LOS MANDATOS DE ARGENTINA, BAHAMAS Y MEXICO

Dr. KNOUSS (Secretary) drew attention to Article 15.A of the PAHO Constitution and Document CD33/7, and reviewed Rules 50, 44, 43, and 52 of the Rules of Procedure of the Directing Council, governing the election of members of the Executive Committee.

El PRESIDENTE, de conformidad con lo estipulado por el Artículo 48 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, designa como escrutadores al Dr. Menchaca (Cuba) y a la Sra. Kefauver (Estados Unidos de América) e invita a los participantes a que presenten candidaturas.

Dr. TAITT (Barbados) nominated Trinidad and Tobago.

Dr. LANSIQUOT (Saint Lucia) nominated Canada.

El Dr. GEHLERT MATA (Guatemala) propone la candidatura de Venezuela.

El Dr. UGARTE ARTOLA (Uruguay) propone la candidatura del Paraguay.

El PRESIDENTE anuncia que hay cuatro candidaturas: Canadá, Paraguay, Trinidad y Tabago y Venezuela y que se procederá a votación secreta.

The vote was taken by secret ballot.  
Se procede a votación secreta.

Number of ballots cast: 34  
Number of blank ballots, null and void: 0  
Number of valid ballots: 34  
Majority: 18  
Número de boletas depositadas: 34  
Número de boletas en blanco, nulas y sin efecto: 0  
Número de boletas válidas: 34  
Mayoría: 18

Votes in favor of Canada: 26  
Votos en favor del Canadá: 26

Votes in favor of Paraguay: 12  
Votos en favor del Paraguay: 12

Votes in favor of Trinidad and Tobago: 30  
Votos en favor de Trinidad y Tabago: 30

Votes in favor of Venezuela: 21  
Votos en favor de Venezuela: 21

Decision: Canada, Trinidad and Tobago and Venezuela were elected to fill the three vacant seats on the Executive Committee.

Decisión: Son elegidos el Canadá, Trinidad y Tabago y Venezuela para ocupar los tres puestos vacantes en el Comité Ejecutivo.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Bearing in mind the provisions of Article 9.B and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that the Governments of Canada, Trinidad and Tobago, and Venezuela, were elected to serve on the Executive Committee upon the termination of the periods of office of Argentina, Bahamas, and Mexico,

RESOLVES:

1. To declare the Governments of Canada, Trinidad and Tobago, and Venezuela elected to membership of the Executive Committee for a period of three years.

2. To thank the Governments of Argentina, Bahamas, and Mexico for the services rendered to the Organization during the past three years by their representatives on the Executive Committee.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 9.B y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, y

Considerando que los Gobiernos del Canadá, Trinidad y Tabago, y Venezuela fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Argentina, Bahamas y México,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a los Gobiernos del Canadá, Trinidad y Tabago, y Venezuela para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.

2. Agradecer a los Gobiernos de Argentina, Bahamas y México los servicios prestados a la Organización por sus representantes en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

M. PREFONTAINE (Canada) remercie les membres du Conseil Directeur qui ont témoigné leur confiance à son pays. Il déclare que le Canada s'engage à continuer de travailler au mieux de ses capacités, en coopération avec les provinces canadiennes dont celles de Saskatchewan et de Québec sont cette fois-ci membres de la délégation canadienne. Conjointement avec les provinces canadiennes qui ont la prédominance de juridiction, le Canada entend continuer sa collaboration au mieux de sa capacité afin que l'Organisation puisse progresser.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) thanked the Members of the Directing Council for their support in electing Trinidad and Tobago to the Executive Committee.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) da las gracias por la elección de su país para integrar el Comité Ejecutivo. Recuerda los estrechos lazos de amistad que unen a Venezuela con todos los países del Continente, tanto los del Caribe como los del Area Andina y el Cono Sur, y se compromete a desempeñar la labor que le ha sido encomendada con ecuanimidad, cordialidad y entusiasmo.

El Dr. GODOY JIMENEZ (Paraguay) recuerda que en toda la historia de la Organización su país ha sido miembro una sola vez del Comité Ejecutivo, agradece el apoyo recibido de los 12 países que votaron por el Paraguay y hace votos porque la gestión de los recién electos sea muy feliz y redunde en beneficio de todos.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.1: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS  
(resumed)  
TEMA 5.1: SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS  
AMERICAS (reanudación)

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) stated that, as of 30 June 1988, 306 cases of AIDS had been reported in Trinidad and Tobago: 234 in adult males, 51 in adult females, and 21 in children. While 32.7% of that total had occurred in homosexuals, 22.2% in bisexuals, and 30% in heterosexuals, it was noteworthy that the trend was toward heterosexual spread. Blood transfusions were implicated in seven cases. Intravenous drug abuse was associated with only two cases, but abuse of cocaine and marijuana had led to behaviors that tended to increase the risk of AIDS among abusers of those drugs. Another interesting trend was that the rate of syphilis had markedly increased due to factors not yet identified.

PAHO had projected around 1,280 cases of AIDS by 1991 for Trinidad and Tobago. If that projection proved accurate, the estimated cost of treating those cases would be 119 million Trinidad and Tobago dollars, which would create serious economic difficulties. In that context, Trinidad and Tobago wished to express its gratitude to the WHO/PAHO Global Program on AIDS, the European Economic Community (EEC), and the United States of America for their assistance. Trinidad and Tobago had produced a medium-term plan and submitted it to PAHO for funding.



Measures against AIDS had been taken since 1983, when screening of the blood supply had begun. All transfused blood was now tested in a centralized laboratory, and public health laboratory facilities were being expanded in order to make HIV testing widely available.

He hoped that the resolution adopted at the conclusion of the discussion would empower the Director to seek additional funding for PAHO's Member Countries beyond what was available through the WHO Global Program.

El Dr. ANTELO (Cuba) señala que en el Programa Global de la OPS/OMS se peca por un exceso de centralización que resulta contraproducente; hace hincapié en la necesidad de recurrir a fondos extrapresupuestarios para luchar con más eficacia contra la enfermedad y asegura que los Países Miembros deben recibir más asistencia para reconocer con más exactitud los particulares problemas que los aquejan, controlar mejor a los portadores y conseguir que la sangre y los hemoderivados que se utilicen en el ámbito nacional no estén contaminados por el SIDA.

Dr. WILLIAMS (Grenada) reported that Grenada had recorded to date 16 cases of AIDS of which five had been fatal, significant numbers in so small a population. He saw three areas that needed attention: 1) how to deal with HIV-infected persons; 2) ongoing research to find a cure or vaccine; and 3) continued provision of information and education about the disease. Regarding the third point, innovative methods to remind people of the danger of AIDS were needed. Those used in Grenada included loud speaker announcements in villages and warnings issued by disc jockeys at disco parties. Information and education about AIDS constituted a priority concern.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) said that most of the Overseas Development Administration's AIDS-related assistance went through the Global Program on AIDS, with 7.75 million pounds committed in support of the GPA budget, or towards implementation of national and regional AIDS control plans. Assistance in the Americas would take the form of direct support through the United Kingdom's contribution to the GPA; meeting any unmet balance in agreed short- and medium-term plans in the four dependent territories in the Caribbean (Anguilla, British Virgin Islands, Monserrat, and Turks and Caicos Islands); and a contribution to CAREC's subregional project. Those pledges would be confirmed at the Caribbean donors' meeting in December. The United Kingdom was encouraged by PAHO's progress in helping countries to prepare short- and medium-term AIDS control plans and endorsed PAHO's AIDS control approach in the Region and the objectives of the WHO global strategy, but wondered whether the targets, although commendable, were not in practice overly ambitious.

The United Kingdom recommended to PAHO a fund-raising mechanism used successfully elsewhere in the world notably in Africa, whereby the GPA and a country had arranged meetings at which donors were invited to pledge support for national programs over and above contributions to the GPA core budget. The meeting with the Caribbean Governments scheduled for December was a step in that direction, and he recommended the same approach in South America.

The British Virgin Islands wished it to be known that they shared the international concern about AIDS, since the tourist economy and migration increased the chances that it would become a health problem there.

Mr. PREFONTAINE (Canada) affirmed Canada's support of the Global Program on AIDS and its intention to continue that support to the best of its ability, being committed to finding a mechanism to ensure adequacy and efficacy of funds for national and regional prevention and control programs. He asked all those present to take note of the fact that the Fifth International Conference on AIDS would be held in Montreal, Canada, from 4 to 9 June 1989, on the theme "Scientific and Social Challenges."

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) afirma que en su país, donde hay 43 casos de SIDA confirmados, se ha logrado que casi todos los laboratorios y bancos de sangre estén equipados con elementos y métodos de análisis que, como la prueba de ELISA, permiten detectar la presencia de anticuerpos al VIH. Cabe destacar al respecto que ya se controla al 70% de los donantes y, con la ayuda de la Cruz Roja, pronto se controlará a la totalidad. La información precisa es fundamental y la activa campaña educativa que desarrollan la prensa escrita, la radio y la televisión resulta posible porque se han podido utilizar, sin restricciones en cuanto a su destino, los fondos aportados por la OPS. Asimismo, exhorta al Director de la Organización a que continúe gestionando recursos extraordinarios en apoyo de los esfuerzos que realizan los Países Miembros para llevar a cabo programas de prevención y control.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) dice que, a partir de diciembre de 1984 cuando se registró en el país el primer caso del SIDA, el número de enfermos ha ido aumentando de modo notable. Hasta agosto de 1988 tenían anticuerpos positivos frente al VIH 75 pacientes, de los cuales 23 eran portadores asintomáticos y 44 (41 hombres y 3 mujeres) constituían casos

confirmados. El grupo más afectado es el compuesto por varones de 20 a 40 años, mientras que las relaciones sexuales y las inyecciones por vía endovenosa que se aplican los drogadictos son las formas más comunes de transmisión del virus. Las enfermedades asociadas más frecuentes son la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi.

Una comisión nacional integrada por representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales desarrolla variadas tareas de previsión y control. El SIDA se ha incluido entre las enfermedades de notificación obligatoria y se llevan a cabo estudios encaminados a determinar la prevalencia del VIH en grupos de alto riesgo. Aunque abriga serias dudas con respecto a la eficacia de la prueba ELISA y destaca que en su país el número de falsos positivos es muy elevado, considera que es imprescindible lograr que en ningún banco se puedan hacer transfusiones de sangre contaminada. También estima que es muy conveniente desarrollar campañas de esclarecimiento y pone de relieve que ya se encuentra habilitada una línea telefónica, similar a las utilizadas para llamar a la policía, los bomberos o la ambulancia, desde la cual se dan consejos y se brinda información. Por último, solicita que antes de que se dé por terminado el debate sobre el tema, se aclare cuál es el mejor modo de manejar a los pacientes con el SIDA en prisiones y otros centros de reclusión.

Dr. NAKAJIMA (Director-General, WHO) said that, as the former Regional Director for the Western Pacific, he was fully aware of how the Global Program on AIDS operated and the difficulties it faced during its rapid growth, such as various management and staff recruitment problems. WHO's Regional Office structure was a unique arrangement, but centraliza-

tion was generally more efficient for mobilizing resources and coordinating a program such as the GPA. All the Member Countries should reflect on ways to improve the management of the GPA and bring them to the attention of Dr. Mann, the head of the program. The concerns he had heard expressed at the present Meeting were similar to those voiced in the other Regions.

Resource mobilization had been centralized in the GPA, but many donors were able to specify the region or countries to which they wanted the funds to go when contributing to the Program. Nevertheless, he felt that the modus operandi of the GPA, as specified in the World Health Assembly's resolution, must be respected.

The Global Program on AIDS was now under his direct supervision, and he welcomed the constructive suggestions of the Directing Council. Anyone with a problem to discuss should not hesitate to write directly to him or through Dr. Macedo.

The session rose at 12:35 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:35 p.m.

directing council

regional committee



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

CD33/SR/6

28 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
FRENCH-PORTUGUESE

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SIXTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA SESION PLENARIA

Wednesday, 28 September 1988, at 2:30 p.m.

Miércoles, 28 de septiembre de 1988, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay  
Presidente:

Later: Dr. Edgar Mohs Costa Rica  
Después:

Contents  
Índice

Second Report of the General Committee  
Segundo informe de la Comisión General

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Item 5.1: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas  
(continued)

Tema 5.1: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las  
Américas (continuación)

Item 7.4: Report on the World Conference on Medical Education

Tema 7.4: Informe sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica

Item 4.1: Report of the Award Committee of the PAHO Award for  
Administration, 1988

Tema 4.1: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1988

Item 5.2: Plan of Action for the Eradication of the Indigenous  
Transmission of Wild Poliovirus

Tema 5.2: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión  
Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomielitis

The session was called to order at 2:40 p.m.  
Se abre la sesión a las 2:40 p.m.

SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
SEGUNDO INFORME DE LA COMISION GENERAL

Dr. KNOUSS (Secretary) read out the Second Report of the General Committee, as follows: The General Committee held its second meeting at noon today. Present were the President, the two Vice Presidents, the Rapporteur of the Council as well as the Representatives of Bolivia, Mexico and the United States of America and the Secretary of the Meeting. As a result of its deliberations, the General Committee reached a number of decisions. First, it established the following order of the day for this afternoon: to continue the discussion on AIDS, then to proceed with Item 7.4, Report on the World Conference on Medical Education, to be followed by Item 5.2, Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Polio Virus, and then as previously decided, at 5:00 p.m. to present the PAHO Award for Administration (Item 4.1). Second, the order of agenda items established on Monday would be maintained, with the exception of Item 5.11, Fight Against the Use of Tobacco, and Item 5.10, Aedes albopictus, which would be considered on Friday morning. Third, in view of the number of items still pending and the delay now being experienced, the Committee also decided to extend the hours of work of the sessions to 12:30 p.m. for the morning session and to 6:00 p.m. for the evening session. Accordingly, the hours of work will be 9:00-12:30 for the morning session and 2:30-6:00 for the afternoon



session. An evening session is planned for tomorrow, Thursday, from 6:00 to 7:30 p.m., to take up Item 5.8, Report on the Monitoring of the Regional Strategies of Health for All by the Year 2000.

The Committee considered a variety of suggestions aimed at eliciting the voluntary consent of the delegates to exercise restraint in the length of their remarks. It suggested that voluntary restraint should be exercised by limiting remarks on any agenda item to no more than 3-5 minutes per intervention.

ITEM 5.1: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS  
(continued)

TEMA 5.1: SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS (continuación)

Dr. DAVID (Dominica) said that six cases of AIDS had been reported in his country, resulting in six deaths. He reviewed the details of those cases and of the HIV-positive cases reported up to the end of August 1988. Reviewing government action to control AIDS, he said that an AIDS Task Force, established in January 1987, had developed a short-term program; the following year that task force had become the National AIDS Committee, whose function was to advise the Ministry of Health on all matters related to the arrest and control of AIDS. Programs had been developed for screening all blood donors and suspected AIDS cases and screening all farmworkers returning from North America. Information campaigns through the mass media had been expanded, training of health workers in AIDS control was proceeding at all levels, and dissemination of AIDS information to the public was being stepped up. Finally, it was fortunate that his country was not faced with the problem

of intravenous drug addiction and consequently did not have to consider that factor in its AIDS control campaign.

Dr. TAITT (Barbados) offered his congratulations to the Council and to Dr. St. John for his presentation at the morning session. The Barbados National Advisory Committee had completed its report and it now needed only Cabinet approval to become national policy. In addition, the global and medium-term programs were ready for submission to the Global Program on AIDS (GPA), and Barbados would be hosting a donors' conference on 5 December for CARICOM and other countries in the Region.

Earlier concerns of his Government regarding the accuracy of information put out by WHO and PAHO had been cleared up following consultations with Dr. St. John and other officials. He hoped that there would be no further difficulties of that type.

Noting that various systems for testing were now available, he suggested that PAHO and the GPA might consider becoming a clearinghouse for information, offering advice with respect to the testing equipment best adapted to the AIDS situation in a particular country and thus eliminating delays in ordering and using that equipment.

Satisfied that WHO and PAHO had moved expeditiously to assist in the AIDS struggle, his country wished to express its gratitude for the assistance it had received and to applaud the work of CAREC. Finally, it was to be hoped that the high standards of the work already accomplished would be maintained in the future.

El Dr. MOHS (Costa Rica) dice que, pese a los esfuerzos importantes que se hacen por llevar a cabo pruebas de detección de

anticuerpos contra el VIH en donadores de sangre a fin de proteger a los receptores, hay que esforzarse por transformar el sistema, todavía imperante en muchos lugares, de donar sangre en forma comercial, que está muy extendido en muchas zonas de América Latina, y sustituirlo por la donación de sangre voluntaria y altruista, sobre todo por parte de los parientes más cercanos, lo que sería la mejor garantía. Pareciera una meta ambiciosa, pero es muy importante.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) dice que, desde que se detectó el primer caso del SIDA en 1983 en su país, se ha insistido reiteradamente en la lucha contra dicha enfermedad por medio de una estrategia nacional de tipo interinstitucional e intersectorial. Debe señalarse que se han detectado 237 casos y que las proporciones son las mismas o muy similares a las notificadas en otros países. En las acciones de prevención y control del SIDA se ha establecido una coordinación inter e intrasectorial y se han constituido comisiones regionales en los distintos estados, que trabajan en coordinación con la comisión nacional. Se ha fundado una Oficina Nacional del SIDA dentro del propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Se insiste en la atención médica, y en los hospitales se han abierto departamentos para los enfermos de SIDA que lo precisen. Se han llevado a cabo diferentes investigaciones sobre la enfermedad en la comunidad. El Sistema Nacional de Salud de Venezuela favorece considerablemente la información, la propaganda y la toma de muestras y, por lo tanto, la detección de la enfermedad. Conviene señalar que en Venezuela funciona un servicio voluntario de donantes de sangre, a título gratuito, que se encarga de realizar pruebas a los donantes potenciales,

con lo que se ha logrado un incremento notorio en la detección de la enfermedad. Lo mismo se aplica a los bancos de sangre. Se hace hincapié en facilitar suficiente información a la comunidad, principalmente en los ambulatorios, pero también en las escuelas, donde el SIDA se ha incluido como tema importantísimo de la educación para la salud. La comunidad se ha incorporado a la lucha contra el SIDA, pues el Sistema Nacional de Salud de Venezuela se basa en el Gobierno, que contribuye por intermedio del presupuesto, y en la comunidad, que lo apoya espiritualmente y difunde la educación.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the report on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas (Document CD33/21);

Recalling Resolution CD32.R12, adopted by the XXXII Meeting of the Directing Council (1987), dealing with AIDS in the Americas, and Resolutions WHA40.26 and WHA41.24 dealing, respectively, with the global strategy for the prevention and control of AIDS and the avoidance of discrimination in relation to HIV-infected people and those with AIDS;

Considering that the AIDS pandemic continues to grow throughout the Region of the Americas, requiring a sustained commitment by every country to control the spread of the human immunodeficiency virus (HIV) and to mitigate the magnitude of the future impact of this disease on health services and national economies;

Recognizing the continued need for joint, coordinated international efforts to prevent and control this disease;

Cognizant of the strengthened coordination of the international efforts against AIDS through the WHO Global Program on AIDS in the Americas, carried out by the Pan American Health Organization; and

Considering the profound impact the care of AIDS patients has on the already stretched national health services and health resources and

the need for national AIDS programs and activities articulated with national plans for strengthening health systems and services,

RESOLVES:

1. To endorse the objectives, strategies and targets for the Global Program on AIDS in the Americas, as presented in Document CD33/21.
2. To urge Member Countries to:
  - a) Make special voluntary contributions to PAHO for the carrying out of catalytic research and cooperative activities in relation to AIDS;
  - b) Make available to PAHO human and institutional resources to enable the Organization to fulfill better its global and regional mandates in this regard.
3. To request the Director of the PASB to continue to search for funds, in addition to those already approved in the PAHO/WHO Regular program budget for the biennium 1988-1989, in support of the efforts of the Member Countries to carry out their short- and medium-term programs for AIDS prevention and control.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CD33/21);

Recordando la Resolución CD32.R12 adoptada por la XXXII Reunión del Consejo Directivo (1987) sobre el SIDA en las Américas y las Resoluciones WHA40.26 y WHA41.24, que tratan respectivamente de la estrategia global para la prevención y control del SIDA y la necesidad de evitar la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA;

Considerando que la pandemia del SIDA continúa aumentando en toda la Región de las Américas, lo que requiere un compromiso sostenido por parte de cada país para controlar la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y disminuir la magnitud de la repercusión futura de esta enfermedad en los servicios de salud y las economías nacionales;

Reconociendo la necesidad continua de realizar esfuerzos internacionales conjuntos y coordinados para prevenir y controlar esta enfermedad;

Reconociendo la coordinación consolidada de los esfuerzos internacionales contra el SIDA a través del Programa Global de la OMS sobre el SIDA en las Américas, llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud, y

Considerando el profundo impacto que el cuidado de los enfermos del SIDA tiene sobre los servicios y recursos nacionales de salud ya sobrecargados, y la necesidad de programas y actividades nacionales sobre el SIDA articulados dentro de los planes nacionales para fortalecer los sistemas y servicios de salud,

RESUELVE:

1. Apoyar los objetivos, las estrategias y las metas del Programa Global sobre el SIDA en las Américas, según se presentan en el Documento CD33/21.

2. Instar a los Países Miembros a que:

- a) Efectúen contribuciones voluntarias especiales a la OPS para llevar a cabo actividades catalíticas, de investigaciones y cooperativas en relación al SIDA;
- b) Pongan a disposición de la OPS recursos humanos e institucionales para que la Organización cumpla mejor sus mandatos globales y regionales sobre esta cuestión.

3. Solicitar al Director de la OSP que continúe gestionando la obtención de fondos, además de los ya aprobados en el presupuesto regular por programas de la OPS/OMS para el bienio 1988-1989, en apoyo de los esfuerzos de los Países Miembros para llevar a cabo sus programas a corto y mediano plazo para la prevención y el control del SIDA.

Dr. MONATH (United States of America) said that his Delegation wished to reiterate its support for the Global Program on AIDS and to clearly acknowledge the central role of that program in coordinating efforts against AIDS. That role had not been adequately reflected in the proposed resolution. For example, operative paragraphs 2.a) and 2.b), while urging Member Countries to support PAHO's efforts, made no mention of the GPA. It was the opinion of his Delegation that other Governments might have similar reservations with respect to the language of the proposed resolution. Consequently, he wished to suggest that the resolution should be revised and submitted again to the Council for consideration.

El Dr. VILLEDA BERMUDEZ (Honduras) dice que, en el primer párrafo de la página 8 del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, se señala que durante el debate que siguió al informe presentado por el Dr. St. John, el Comité Ejecutivo discutió la posibilidad de establecer un fondo rotatorio para facilitar a los países la adquisición de reactivos de diagnóstico, lo que no se menciona ni en este proyecto de resolución ni en los objetivos, estrategias, metas y actividades del Programa Global de la OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas. El orador estima que el Consejo Directivo debe examinar la posibilidad de incluir una nueva indicación en la resolución, para solicitar al Director de la OPS que estudie la factibilidad de crear y establecer un fondo rotatorio de carácter regional para la compra de reactivos, materiales y equipos destinados al diagnóstico de laboratorio del SIDA, para facilitar a los países la adquisición de estos recursos en forma oportuna y a un costo aceptable. Una recomendación semejante fue propuesta en la Primera Reunión Técnica de la Comisión de Vigilancia sobre el SIDA de Centroamérica, Panamá y Belice celebrada en Tegucigalpa, Honduras, en julio de 1988.

El Dr. BORGOÑO (Chile) dice que, aunque toda resolución del Consejo Directivo de la OPS evidentemente tiene que estar en consonancia con las resoluciones de la OMS, la que se examina está específicamente dedicada a la Región, y esto no puede omitirse. Cabría, por ende, mejorar la redacción en la parte del preámbulo, incluyendo una mención del papel coordinador y promotor del Programa Global. En la versión española del quinto párrafo podría sustituirse "consolidada" por

"conjunta". Con respecto al punto a) del párrafo 2 de la parte dispositiva no puede dictarse a ningún país a quien debe dar su dinero. Por lo tanto, sugiere que dicho texto se sustituya por "contribuciones voluntarias especiales a la OPS y a la OMS para llevar a cabo...", dejando el resto invariable.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que, antes de empezar la sesión, mantuvo una conversación bastante larga con el Director General de la OMS para clarificar las posiciones y abordar algunas preocupaciones reflejadas en la intervención del Representante de los Estados Unidos de América. La principal es la de no crear una situación de incompatibilidad con lo aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, y está de acuerdo con las mejoras de redacción. Apoya la sugerencia del Representante de Chile de que se introduzca en ese párrafo del preámbulo un reconocimiento a la necesidad de la función coordinadora y promotora global de la OMS, a través del Programa Global sobre el SIDA, y su expresión conjunta en la Región de las Américas, a través de la OPS.

En cuanto al punto a) del párrafo 2 de la parte dispositiva, propone que quede redactado de la siguiente manera: "Efectúen contribuciones voluntarias especiales para llevar a cabo actividades catalíticas de investigaciones y cooperativas en relación al SIDA en el hemisferio occidental", y que no se haga referencia a la OPS ni a la OMS, para no crear ningún peligro de conflicto con la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud; en el punto b), sugiere que se supriman los adjetivos "globales y regionales" y que el texto aluda a "sus mandatos sobre esta cuestión".



Adicionalmente, apoya la sugerencia del Ministro de Honduras y propone que en el párrafo 3 se incluya un nuevo punto b), sobre la factibilidad de establecer un fondo rotatorio para la adquisición de reactivos y otros materiales necesarios para asistir a los países en su lucha y en la realización de sus programas contra el SIDA.

El orador resume del siguiente modo las modificaciones al proyecto de resolución: El párrafo quinto del preámbulo debería sustituirse por "Reconociendo la necesidad de la coordinación y promoción globales de la OMS, a través del Programa Global sobre el SIDA, y el trabajo conjunto en la Región de las Américas llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud".

El párrafo 2 de la parte dispositiva quedaría redactado como sigue: a) "Efectúen contribuciones voluntarias especiales para llevar a cabo actividades catalíticas de investigaciones y cooperativas en relación al SIDA en ese hemisferio; b) Pongan a disposición de la OPS recursos humanos e institucionales para que la Organización cumpla mejor sus mandatos sobre esta cuestión".

El párrafo 3 quedaría compuesto por un punto a), con el texto actual, y un nuevo punto b), con el siguiente texto: "Estudie la factibilidad de establecer un fondo rotatorio para la adquisición de reactivos y otros materiales críticos en apoyo de los Países Miembros para la ejecución de sus planes de acción contra el SIDA".

El Dr. BORGÑO (Chile) dice que está totalmente de acuerdo con la propuesta formulada por el Director, y pide que se la apruebe por unanimidad y consenso.

Dr. TAITT (Barbados) said that he supported the amendments proposed by the Director, with one exception. In the proposed subparagraph 3.b), he wished to add the words "and equipment" after the word "materials."

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 7.4: REPORT ON THE WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION  
TEMA 7.4: INFORME SOBRE LA CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACION MEDICA

El Dr. SOBERON (México) expresa su satisfacción de que se haya incluido este tema fundamental en el programa. Se han distribuido dos documentos que tratan dicho asunto, uno presentado a la Conferencia este año y otro a la Asociación de las Escuelas de Medicina de México, que es al que se refiere el orador.

Se aborda la necesidad de adecuar los recursos humanos al nuevo paradigma del cuidado de la salud fundado en la atención primaria de salud, con la adecuación correspondiente de los recursos humanos. Esta ha sido la política de la OMS, que trata de promover la integración de los diferentes elementos funcionales de los sistemas de salud y de la formación y desarrollo de los recursos humanos en un sistema unificado integral y aceptable, para proporcionar atención para la salud significativa para las necesidades de la población. El desarrollo de los recursos humanos debe apoyar plenamente el desarrollo de los objetivos de salud. Los objetivos educativos deben estar adaptados a las necesidades de salud y no surgir independientemente de ellas. El problema es cómo inducir la acción para adecuar la formación de recursos humanos. Se

destacan varios esfuerzos, como el autoanálisis prospectivo de la Organización Panamericana de la Salud, consistente en una metodología de autoanálisis prospectivo de las escuelas de medicina, con el propósito de motivar el cambio necesario para el logro de la meta de salud para todos, mediante el empleo de un cuestionario.

Otro esfuerzo fue la Conferencia Mundial de Edimburgo, que se aborda más adelante. Cabe mencionar asimismo la Conferencia de Acapulco, organizada por el Consejo Mundial de Organizaciones de Ciencias Médicas y patrocinada por la OPS. Bajo el tema "El desequilibrio de la fuerza de trabajo para la salud", esta Conferencia estableció la necesidad de un cambio radical en el tipo de planificación de los recursos humanos practicada en las últimas dos décadas, de forma que sea más participativa, fácil de entender, de comunicar, de manejar y de aplicar, y recomendó a los gobiernos que emprendieran en forma prioritaria el fortalecimiento de sus sistemas nacionales de recursos humanos.

Por su parte, la Conferencia de Bellagio, convocada por la Fundación Rockefeller por iniciativa del Ministerio de Salud de Australia, estableció que, para lograr el objetivo de mejorar la calidad de la vida por medio de una atención de salud efectiva en relación al costo, la educación médica debe incluir, entre otras cosas, la capacitación y el estímulo del profesorado para que asuma el papel en la enseñanza que requieren las prioridades de la salud.

Entre los obstáculos para lograrlo, cabe mencionar la incomunicación entre el sector salud y el sector educación; la tradición y la inercia que hay que vencer; las expectativas sociales hacia la medicina hospitalaria y de alta tecnología; el prestigio médico, asimilado al uso

de medios caros y complejos y, por último, los intereses comerciales que fomentan la inclinación hacia la "excelencia" en los insumos.

El tema de recursos humanos también fue tratado en la reunión celebrada en agosto en San José de Costa Rica. Para lograr el cambio, se requiere la participación de diferentes sectores: los gobiernos, las universidades, las escuelas de medicina, las escuelas de enfermería, las escuelas de salud pública y la OPS.

Una estrategia para inducir los cambios necesarios sería la creación de nuevas escuelas, para vencer la inercia de las existentes, pues los nuevos lineamientos planteados en una situación consolidada suscitan resistencias; sin embargo, la viabilidad de esta estrategia estaría limitada por los altos costos y las duplicaciones que acarrearía. Se debe intentar actuar sobre las escuelas existentes y buscar estrategias más bien complementarias que opuestas.

Por último, el documento presenta algunas experiencias educativas de carácter innovador realizadas en México para inducir a los médicos formados en la medicina comunitaria hacia la atención primaria de la salud. En el ámbito nacional, se formó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que ha servido para avanzar en la aplicación del concepto de integración entre los servicios y la parte educativa. El avance de fondo lo constituyen los grupos estatales para la programación de recursos humanos para la salud, establecidos en el contexto del proceso de descentralización de los servicios de salud. En esta instancia existe la posibilidad de coordinar la formación y el desarrollo de los recursos humanos sin violar ni la

soberanía estatal ni la autonomía universitaria, conceptos, muy arraigados en los países latinoamericanos.

La inducción de la estrategia de atención primaria de la salud no es espontánea y una parte sustantiva descansa en la formación y el desarrollo de los recursos humanos capaces de aplicarla. Dicha formación requiere de mecanismos efectivos de planeación de recursos humanos y un trabajo conjunto entre el sector educativo y el sector de la salud.

Professor WALTON (Observer, World Federation for Medical Education) drew the attention of the Directing Council to the report of the World Federation for Medical Education on the World Conference on Medical Education held at Edinburgh from 7 to 12 August 1988. The report was the culmination of an intensive collaborative effort, which had included the active cooperation of PAHO, WHO, UNDP, UNICEF and UNESCO. He wished particularly to mention that the World Federation had accepted Scotland's generous offer to provide headquarters space where the programs adopted by the Conference could be implemented.

It had been said that medical doctors had been left out of Alma Alta and that, without their support, the Health for All policy could never succeed. The efforts which had culminated in the World Conference had taken great pains to involve physicians, educators and institutions in a movement to reform medical education. He reviewed the steps leading to the World Conference, which had been preceded by six regional conferences, noting that the Director of PAHO had been exceptionally helpful in communicating the results of the regional conference in the Americas to the World Conference.

The conclusions of the World Conference had been set out in detail in the report, as had the key organizational program for world action and global strategy. The Conference had approved the Edinburgh Declaration on the reform of medical education and he hoped that medical schools in all the Member Countries would become familiar with the recommendations it contained.

In conclusion, he asked the Directing Council to consider the report of the World Conference and to note the very urgent recommendation that consultations at the ministerial level should now be held in all the six regions of the world. Accordingly, he hoped that the Council would give serious attention to the convening of a Ministerial Meeting of Consultation in the Americas.

El Dr. RONDON (Observador, FEPAFEM) dice que una de las estrategias para lograr los cambios que se persiguen en las Américas es el proyecto de Educación Médica en las Américas (EMA). Desde hace más de un decenio, la OPS y la FEPAFEM han creado un ambiente de reflexión que procura conducir acciones que acoplen la educación médica a nuevas realidades políticas, sociales, económicas, epidemiológicas y de estructura de los servicios. Con este propósito se aplicó un instrumento de análisis prospectivo a varias decenas de escuelas de diez países, y los perfiles de la educación así obtenidos en general señalaron en las escuelas aspectos que están bastante, medianamente e insuficientemente desarrollados. Con relación a la imagen objetiva a la que debía tenderse, de los 43 indicadores explorados, 13 fueron persistentemente insuficientes en todas las escuelas. Algunos de estos indicadores

insuficientes residen en el contexto socio-político-económico y de prácticas profesionales que rodean a la escuela, otros en su propia estructura, otros en su función y otros en una categoría llamada "integralidad", que unía las tres anteriores. Las decisiones necesarias para corregir las deficiencias comunes o particulares para cada escuela médica se podían ubicar dentro del micronivel (la propia escuela) o el macronivel (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Ministerio de Educación, asociaciones profesionales y otras).

Para reforzar esta apreciación, FEPAFEM y la Asociación Brasileña de Educación Médica llevan a cabo actualmente el proyecto llamado "Educación Médica en las Américas (EMA)". La primera fase del proyecto consistió en responder a 32 preguntas contenidas en seis temas elaborados por la Federación Mundial de Educación Médica. En sus respuestas, 18 países de América plantearon lo que debe ser la educación médica de los respectivos países en relación con las prioridades de esa educación médica, las estrategias, los recursos de apoyo, las políticas de admisión, la conexión entre la educación básica postgraduada y continua, y la integración entre los servicios de salud y la educación médica. De dichas respuestas se desprende la necesidad de emprender 84 acciones para lograr los cambios necesarios en la prestación de servicios y en la formación de los recursos humanos, y que se pueden agrupar, más o menos homogéneamente, en 17 áreas de interés. En otra etapa se determinó la responsabilidad de esa decisión: 45 de las acciones requeridas recaen en el ámbito de las escuelas médicas, y en las 39 restantes se impone una necesaria colaboración entre las escuelas médicas y otras instituciones. De las 17 áreas de interés en las que se pueden clasificar estas 84 acciones necesarias, ocho pertenecen al primer grupo y nueve al segundo.

La experiencia referida constituyó la aportación de las Américas a la Conferencia Mundial de Educación Médica de Edimburgo, ya citada por el Profesor Walton. En general, en los 20 países participantes se encontraron más puntos de acuerdo que de discrepancia en cuanto a lo que debe ser la educación médica, a pesar de las diferencias de condiciones y posibilidades de cambio. Siguiendo el proyecto EMA, en estos países se formularán planes de acción y planes estratégicos nacionales e internacionales, coherentes con las ideas y principios que obtuvieron acuerdo en la primera etapa. En el nivel nacional se colaborará en la introducción o el refuerzo de la idea de la planificación estratégica, tanto a nivel de las asociaciones nacionales como de las escuelas médicas individualmente. En el Caribe y América Latina se formulará un plan internacional a mediano plazo congruente con los planes nacionales, que facilite la cooperación técnica tanto entre países en desarrollo como con los países del norte para acelerar el proceso de desarrollo de la educación médica continental en la dirección de la "imagen-objetivo" a largo plazo. Se supone que la primera etapa del proyecto EMA produjo la imagen-objetivo, el futuro deseable de la educación médica.

La segunda etapa constará de un diagnóstico de la situación actual de la educación médica, una comparación entre la primera y la segunda etapa del programa, y determinación de los medios, planes de acción y planes estratégicos para pasar de una a otra. Estos planes deberán prever quien ha de planificar, para quien se ha de planificar, el contenido del plan, y su duración. La segunda etapa del proyecto EMA culminará el 31 de enero de 1989, cuando se recolecten los 20 documentos producidos por los países. Luego el grupo coordinador del proyecto



consolidará las contribuciones de los países, que serán analizadas por un equipo especial que se reunirá a mediados de marzo del año entrante en Caracas. Los resultados finales serán conocidos en su totalidad en la XII Conferencia Panamericana de Educación Médica, que se llevará a cabo en Montreal en mayo de 1989.

El Dr. FERREIRA (OSP) dice que los aspectos tratados en la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo, e incorporados en el Plan de Acción de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, coincide en gran medida con las líneas de cooperación del Programa de Trabajo a Mediano Plazo de la OPS, que ya son objeto de especial atención por parte de la Secretaría. Los estudios promovidos por la OPS en varios países de la Región demuestran un serio desequilibrio entre la oferta de profesionales médicos y las posibilidades de su absorción por los servicios constituidos, con el consiguiente desempleo.

Sin embargo, en estos mismos países hay un amplio porcentaje de la población sin cobertura de servicios de salud, con la paradoja de tener nuevos médicos sin trabajo y muchas comunidades sin médico. Para intervenir deberá determinarse si el exceso es debido a la sobreproducción de profesionales o a la limitada absorción del sistema, fenómeno este que tiende a predominar en América Latina.

Antes de decidir una política restrictiva deben verificarse los requerimientos en todos los niveles, tomarse en cuenta todas las alternativas de oferta de servicios y esquemas de financiamiento, públicos y privados, considerarse las diferencias de la división social del trabajo, mínima en el medio rural y máxima en el urbano, y recurrirse a los nuevos modelos que puedan llevar a una nueva dinámica en las relaciones del

personal. Entre los intentos innovadores con prácticas más globales aparece la medicina general integral o la medicina de familia, que cubre todas las instancias del servicio, se ocupa de la prevención, busca resolver precozmente los problemas, utiliza en forma limitada las tecnologías de diagnóstico y terapéuticas y asume la responsabilidad del cuidado del individuo y su familia.

El desarrollo de un nuevo paradigma para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 impone una relación más íntima de la práctica docente con un modelo de práctica asistencial organizado sobre metas de cobertura que, sin excluir la buena calidad de la atención, la sitúen en el contexto general del servicio de salud, respetando los principios de equidad, eficiencia y eficacia.

La Facultad de Medicina no bloquea la realización de la medicina de familia en nivel de pregrado, pero favorece su desarrollo en los niveles de posgrado. En la búsqueda de superar esa situación, se está promoviendo el análisis de nuevos parámetros con un marco de referencia conceptual que tome en cuenta el contexto socioeconómico y político, la situación de salud, los patrones del ejercicio profesional y la estructura y normas de funcionamiento de los servicios de salud. Solo así podrán las escuelas universitarias asumir el papel activo que les corresponde.

Es necesario proceder a una serie de indagaciones relativas a la esencia del desarrollo de la educación médica, que se incorporan en la metodología general empleada por la OPS con el nombre de análisis prospectivo y que se ha estado aplicando en la mayoría de las escuelas de América Latina. Lo que empezó como un proceso de evaluación se ha

transformado recientemente en un importante instrumento de motivación que permite profundizar el análisis de los factores que influyen en el proceso formativo. Fundamentalmente, se ha utilizado un escenario prospectivo, generado a través de una síntesis consensual, que se adopta como parámetro del grado de compromiso de la institución y de sus programas con relación al proceso de desarrollo socioeconómico y de salud, y a los postulados de Alma Ata. En la práctica se facilita así a los docentes un marco interpretativo mucho más amplio que de costumbre, con lo que se favorece un proceso de concientización que estimula a cambios de mayor transcendencia.

La aportación de las ciencias sociales y, en especial, la más estrecha articulación entre el conocimiento básico biológico y social, la influencia del enfoque epidemiológico aplicado en su dimensión ampliada, y las posibilidades que ofrece el análisis económico-financiero y de política del sector público, constituyen algunos de los elementos que enriquecen todo ese proceso de cambio. Se pretende con esta estrategia apoyar todas las iniciativas descritas, no solo para promover el permanente desarrollo de la formación médica, sino también para asegurar su orientación con las transformaciones necesarias para alcanzar la meta de salud para todos. Se coopera igualmente con las universidades en un ámbito más amplio, y se las hace participar en el estudio integral de la salud de los pueblos del continente, partiendo de la base de que, por su carácter interdisciplinario, la salud solo puede alcanzarse mediante la acción integrada de diversos sectores y el desarrollo de diferentes campos del conocimiento.

O Dr. CARVALHO MAGAO (Observador, Portugal) informa que o seu país está fortemente empenhado na reunião dos ministros de saúde e educação dos países europeus, que deverá representar um importante passo para adaptar a educação médica à estratégia de saúde para todos. Refere-se a seguir à ação objetiva e pragmática do Diretor da OPAS, e ao seu interesse em aplicar o Protocolo de Cooperação assinado este ano com o governo de Portugal, durante a sua visita a Lisboa. Citando os laços que unem o seu país e o Brasil, observa que tais relações facilitam a intensidade da colaboração portuguesa com os países das Americas, e reafirma a firme intenção do governo português de cooperar em todas as ações nas quais se torne útil a sua intervenção.

El Dr. MENCHACA (Cuba) dice que, 10 años después de Alma Ata, solo se percibe un estado de insatisfacción en cuanto a la formación de los recursos humanos médicos. Así lo demuestra el número de países que no ha podido aun dar a la formación un enfoque hacia la atención primaria de salud. Los ministerios de salud han de determinar qué tipo de médico es necesario, cuáles son sus prioridades y cómo se las puede atender a través de los médicos que se están formando en cada país.

En algunos países existe un divorcio, por no decir beligerancia, entre los ministerios de salud pública y de educación superior, pese a que ambos tienen una función que cumplir. La definición del tipo de médico necesario en cada país compete primordialmente a los ministerios de salud, que son quienes conocen, o deben conocer, las necesidades de la población en materia de salud. Otro problema en muchos países es la inexistencia de un sistema único de salud, lo que va en contra del enfoque

hacia la atención primaria, por lo que es necesario integrar los esfuerzos en este sentido. Un factor de importancia primordial es la voluntad política, que se extienda a los más altos niveles, como forma de resolver los problemas médicos del país.

El principal obstáculo está en los propios médicos, y específicamente en los docentes, enemigos de la reforma académica en el sentido deseado. Mientras en los hospitales se siga mirando con desprecio a los que se dedican a la atención primaria y no pueda modificarse esta mentalidad, será muy difícil alcanzar el objetivo perseguido. A esta actitud se unen intereses económicos inconfesados.

A veces los ministerios estiman que están realizando un gran esfuerzo, pero ignoran si el usuario, el que utiliza en realidad los servicios, se siente satisfecho, y a este respecto una cuestión que invita a reflexionar es si la alta tecnología resuelve las necesidades de la población, sin que con ello, se niegue a los pacientes el beneficio de esta tecnología, siempre que esté puesta a disposición de toda la población.

Hace algunos años se ha implantado en Cuba el modelo del médico de familia, lo que ha sido una experiencia muy positiva que ha demostrado satisfacer plenamente las necesidades de la población. Toda la tecnología de que se disponga debe estar en función de este médico de la familia. El médico de familia es la puerta de entrada hacia los niveles más elevados de atención de salud, procurando que todos los pacientes tengan acceso a estos niveles, independientemente de la ubicación geográfica o de sus recursos económicos.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) dice que en su país se ha inaugurado un sistema nacional de salud que organiza la atención médica por niveles de complejidad creciente, desde la atención primaria y los laboratorios especializados hasta el hospital; el nivel más bajo cubre a toda la población y aplica una medicina de tipo integral, preventiva y curativa, que hace promoción social y se relaciona permanentemente con la comunidad para orientarla y educarla desde el punto de vista de la salud.

Es evidente que los médicos que egresan de las escuelas de medicina no están debidamente preparados para la atención primaria. El Ministerio de Salud de su país se ha puesto, por ende, en contacto con las facultades de medicina, para exponerles las condiciones que debe llenar un médico recién graduado para ser debidamente empleado dentro del sistema. Es la primera vez que el Ministerio de Salud hace oír su voz, pues hasta el presente las facultades de medicina habían procedido por su cuenta, formando a los médicos de acuerdo con la alta tecnología de los hospitales y en especialidades generalmente muy sofisticadas.

En cambio, la atención primaria de salud se basa en una tecnología muy general, aplicable a las enfermedades más comunes, para curarlas con un 80% de efectividad; solo el 20% de los pacientes van a los ambulatorios especializados o al hospital. Reitera que es necesario ponerse en contacto con las universidades y con sus facultades de medicina y promover la idea, porque generalmente los profesores de las universidades son reacios a aceptar este tipo de atención por falta de información.

El Dr. NARANJO (Ecuador) dice que en su país no se han logrado superar todavía la época y la mentalidad hospitalaria en cierta forma científicista, especialista, y profesionalista de la facultad de medicina. Al parecer el objetivo es formar médicos que muy pronto se conviertan en especialistas. Cada cátedra en cierta forma está en manos del más calificado especialista en cada una de las disciplinas médicas, y ese es el modelo que quiere seguir el estudiante.

En algunos países en ciertos períodos históricos ha habido un enfrentamiento total entre gobierno y universidades, pues la autonomía universitaria tiene carácter de tabú; no obstante, el problema de salud requiere superar esa época. Se ha asistido a una trayectoria paralela: por una parte la universidad, desarrollando sus propios programas con miras a ese médico científico y especialista, y por la otra, el Ministerio de Salud, considerado casi exclusivamente un administrador de hospitales, aunque en los últimos años han cambiado bastante de mentalidad, para interesarse en los aspectos preventivos de la atención primaria de salud.

A juicio del orador se observa una falla de conocimientos, de preparación y de información en la gran mayoría de profesores universitarios. Cabría determinar cuántos profesores universitarios conocen la atención primaria de salud, los postulados proclamados y aprobados en Alma Ata y la forma de adaptar esos postulados a su propia cátedra. Ante una falla tan grande de información tal vez podría traerse a colación el programa desarrollado durante tantos años por la OPS en materia de textos de educación, textos de enseñanza universitaria, o incluso publicaciones

que puedan difundirse ampliamente entre los profesores universitarios, con miras a obtener ese cambio conceptual.

En su país existen desde hace unos 15 años los sistemas de medicatura rural, que imponen al médico cuando se gradúa el ejercicio durante un año en el ámbito rural; este sistema pertenece a la órbita del Ministerio de Salud. En 1988 se ha ensayado por primera vez un curso intensivo y corto sobre la atención primaria de salud, la atención integral, el médico de la familia y las funciones de ese médico, para impartirle al menos alguna preparación sobre el medio rural. El orador ha planteado a la Asociación de Facultades de Medicina la necesidad de un diálogo amplio entre funcionarios y técnicos del Ministerio y las facultades de medicina, para tratar de dar ese paso urgente e indispensable en las facultades de medicina. Reitera la sugerencia concreta de una publicación que sea accesible a todos los profesores universitarios.

El Dr. ARRAUT (Colombia) dice que, dado que el problema de la enseñanza es igual en todas las naciones de la Región, lo importante es lograr una integración entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, de tal manera que las políticas que este presente, y que son reflejo de las necesidades de la población, se lleven a la universidad o directamente a los organismos encargados de desarrollar la educación y analizar los problemas de salud.

Colombia vive en este momento un proceso de descentralización administrativa que busca dar al municipio una mayor autonomía. En los últimos tres años se ha tratado de divulgar en las universidades la importancia que reviste la atención primaria y el hecho de que un médico



no se forma en el hospital, sino enfrentando los problemas de la comunidad. Se procura que no solo el médico, sino todos los profesionales del sector salud, tengan un conocimiento más humano de los problemas que los circunden y del medio donde va a ejercer esa profesión. Ya se ha logrado que todas las universidades revisen la concepción de sus planes de estudios y se haga hincapié en la atención primaria, sin menoscabo de los demás niveles de atención que se requieren dentro del conocimiento de las ciencias de la salud; se busca de esa forma concientizar a la universidad sobre el futuro profesional, hacia una acción preventiva que dé énfasis a la política de atención básica. La combinación del proceso de descentralización y la reorganización del sistema nacional de salud va a permitir asignar su debida importancia a la atención primaria y a su significación como acción preventiva para cambiar esa medicina curativa, sin descuidar los niveles secundarios y terciarios dispensados en los hospitales especializados y que requieren la aplicación de una tecnología que habrá que administrar con mucho cuidado, en razón de sus costos.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) thanked Professor Walton for his introduction and endorsed the recommendations contained in the report from the World Council on Medical Education, which he considered most timely. Trinidad and Tobago had recently made a tremendous commitment to medical education through the construction of the Eric Williams Medical Sciences Complex. The medical curriculum and the curricula for the allied schools were unique in a number of ways. In general, the medical education program would be managed by the University of the West Indies. The proposed curriculum would be both community based and community

oriented. A self-directed system of medical education would be applied. Postgraduate and continuing medical education would be important facets of the school. To the best of his knowledge, the school would be the only one in the Hemisphere, and perhaps in the world, where medical, dental and veterinary students would follow a common core course for up to 24 months. All students graduating from the school would have to serve at least six months of their internship in the community. He wished also to remind Members that the Medical School at the Eric Williams Medical Sciences Complex would be available to students from all countries of the Region.

El Dr. PINILLOS (Perú) subscribe la idea de la necesidad de cambiar la estructura mental del médico para el futuro y para ello cambiar la del médico actual a efectos de que pueda brindar la educación hacia el futuro. En el Perú hay autonomía universitaria, y por lo tanto no se puede intervenir directamente en los planes de estudios. Pero utilizando el papel del Estado como empleador del médico, se ha determinado que a partir del próximo año las plazas de residencias para las distintas especialidades se van a reducir a lo estrictamente necesario y se va a dar prioridad a las plazas para médicos generales y de familia. Por otra parte, como el sistema nacional coordinado tiene un Consejo Nacional de Salud en el cual tiene participación un representante de la universidad, otro del colegio médico y otros de los distintos sectores, se ha formado una comisión para proponer que no puedan ascender en la carrera universitaria los profesores que no cumplan con un servicio de educación en la periferia.

El PRESIDENTE pide al Relator que prepare un proyecto de resolución sobre el tema.

The session was suspended at 4:35 p.m. and resumed at 5:00 p.m.  
Se levanta la sesión a las 4:35 p.m. y se reanuda a las 5:00 p.m.

Dr. Mohs (Costa Rica) took the Chair.  
El Dr. Mohs (Costa Rica) pasa a ocupar la Presidencia.

ITEM 4.1: REPORT OF THE AWARD COMMITTEE OF THE PAHO AWARD FOR  
ADMINISTRATION, 1988  
TEMA 4.1: INFORME DEL JURADO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION, 1988

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee), introducing the report of the Award Committee (CD33/18), noted that the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1988, composed of the Representatives of Argentina, Ecuador and Saint Lucia, had met on 27 June 1988 and presented its report at the eighth plenary session of the Executive Committee. The Executive Committee had then approved Resolution XIV, in which it took note of the decision of the Award Committee to confer the PAHO Award for Administration, 1988, on Dr. Guido Miranda Gutiérrez of Costa Rica. In its report, the Award Committee gave special recognition to the accomplishments of the candidate proposed by Colombia, Dr. Héctor A. Gomez, and, mindful that he had died in a hideous act of terrorism, expressed its repudiation of all forms of violence, especially that directed at persons for political or ideological reasons.

EL PRESIDENTE dice que la figura del Dr. Miranda trasciende su Costa Rica y lo convierte en un hombre de América. Sus dotes de humanista-administrador y la entrega de una vida al estudio, docencia y

servicio público constituyen un estímulo para todos aquellos que comparten sus anhelos en pro del bienestar de las poblaciones de la Región.

Su trayectoria en la Universidad de Costa Rica como catedrático de medicina ha dejado una huella entre sus alumnos, que lo conocen como "El Maestro".

En su gestión pública, el Dr. Miranda contribuyó al acercamiento entre la Universidad y las instituciones del sector salud. Ha promovido la universalización de las prestaciones médicas y ha tenido actuación política y administrativa en las acciones que culminaron con el traspaso de los hospitales del Ministerio de Salud y las juntas de protección social a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Desde su posición como Presidente Ejecutivo del Seguro Social, el Dr. Miranda ha promovido la recuperación financiero-administrativa de la Caja, la integración de los servicios entre el Ministerio y la Caja, y la reestructuración del marco legal y financiero de su institución, por lo que ha recibido el reconocimiento en su país como Gerente del Año.

La dimensión global del Dr. Miranda abarca desde el pequeño salón comunal en Costa Rica hasta los foros de la Organización, reafirmando de esa manera su entrega más allá de su país, por lo que es un privilegio entregarle hoy este galardón.

The President presented the Award to Dr. Miranda.  
El Presidente hace entrega del Premio al Dr. Miranda.

El Dr. MIRANDA (Ganador del Premio OPS en Administración, 1988) expresa su profundo agradecimiento por el honor que se le hace al conferirle

el Premio en Administración de la OPS, 1988. Lo recibe con orgullo, por la distinción personal que representa y porque forma parte del conjunto de trazos que perfilan a Costa Rica como un país que lucha permanentemente por la mejor calidad de vida de sus ciudadanos. Costa Rica se prepara para celebrar el año próximo 100 años de democracia permanente.

En el pasado, con un denominador común de pobreza, las diferencias casi no tenían significado. Pero en estas décadas de progreso en que el hombre va a la luna, cuesta entender que no pueda llevar comida a los grupos hambrientos en su propio mundo.

Las décadas anteriores de bonanza han sido seguidas de la realidad actual, con el empobrecimiento provocado por la crisis, en donde a la pérdida de la capacidad adquisitiva de los países pobres y a su deuda externa se suma el ensanchamiento de la brecha económica y técnica con los países desarrollados.

El Dr. Miranda manifiesta su convicción de que en el sector salud el mundo se encuentra frente a una encrucijada. Porque si bien es cierto que los técnicos del sector cada vez vislumbran mejor los caracteres de la salud y los elementos generadores, también perfilan mejor la enfermedad y la estrategia para su lucha. Se ha progresado mucho en la planificación del desarrollo y en la entrega de servicios, pero no se puede lograr estas metas sin medios económicos. La salud no es un gasto, sino una inversión. Como en salud los resultados no son visibles a corto plazo, los líderes políticos prefieren aquellos objetivos concretos que dejan una placa conmemorativa como constancia de su gestión.

Desde hace años se invoca a las comunidades como el elemento básico para la producción de salud. Sin embargo, no se ha logrado

desarrollar los mecanismos para su motivación. Quizá lo más preocupante sea la falta de identificación de los mandos medios y del personal de salud con la planificación integral del sector. Los mecanismos formadores de recursos humanos del sector están inmovilizados. Los contenidos programáticos para la enseñanza no han evolucionado ni han dejado de enfocarse a la enfermedad como su objetivo básico. Los centros formadores de recursos humanos no han cambiado su enfoque prioritario y casi único de la enfermedad.

La prevención, la atención primaria y el desarrollo integrado de la comunidad son antagonizados porque limitan y desvían los recursos económicos para la adquisición de tecnología sofisticada. Los alumnos de las escuelas de medicina siguen siendo formados a imagen del profesor, sin conocer la miseria donde se gesta la frustración social y la violencia, la injusticia de la pobreza y las neurotizantes expectativas incumplidas.

De todos es sabido que los recursos no solo son insuficientes, sino que van decreciendo por una economía improductiva frente a una población en crecimiento rápido. Es indispensable penetrar y educar a las comunidades para ir creando una actitud permanente, idiosincrática, para el fomento de la salud. De lo contrario, las necesidades inmediatas y aparentes continuarán desviando los fondos hacia destinos antagónicos con el fomento de la salud.

En esa dirección es donde se debe hacer énfasis en las próximas décadas, a fin de lograr la meta de salud para todos en el siglo XXI. A los países desarrollados les tomó un siglo pasar del control de la infección y la desnutrición, al envejecimiento y las enfermedades

crónicas, para afrontar ahora los problemas del medio ambiente, la contaminación y el deterioro de los valores individuales.

Hay que aprender a administrar eficientemente la pobreza, adquiriendo conciencia de las propias limitaciones. Hay que desarrollar la creatividad y la iniciativa suficientes para abrir diferentes perspectivas, que conduzcan al establecimiento de nuevos modelos de atención, en donde el desarrollo de la comunidad sea el objetivo común, para que la atención de la enfermedad sea únicamente un recurso de excepción.

El Dr. Miranda reitera su agradecimiento por el premio otorgado, que ha sido posible gracias a un escenario que le ha permitido ser actor en una obra escrita e interpretada por el pueblo de Costa Rica, que ha hecho de la salud, la equidad, la justicia social, la democracia y la paz, el instrumento para lograr mejores niveles en la calidad de su vida.

ITEM 5.2: PLAN OF ACTION FOR THE ERADICATION OF THE INDIGENOUS TRANSMISSION OF WILD POLIOVIRUS  
TEMA 5.2: PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee), introducing the report of the Executive Committee (CD33/12), noted that Dr. De Quadros had presented the item to the Executive Committee and had given a full report on the status of the entire Expanded Program on Immunization in the Americas. Less than three years remained before the target date of 1990 for complete eradication of polio, and an enormous effort would have to be made if that objective was to be attained. The EPI, as PAHO's Technical Advisory Group, had recommended to the countries in which polio

was still endemic that at least two national vaccination days should be organized each year with trivalent oral poliovaccine in order to successfully interrupt transmission of the wild virus. At the same time, advantage should be taken of the program to include other vaccines such as DPT, tetanus toxoid and measles vaccine. The Executive Committee had held a general discussion of the item in which it had called attention to the need to diversify eradication measures depending on the situation in each country affected, taking advantage of the effort being expended on national vaccination days. It had also been emphasized that there was a need for consistent political will to press forward with the campaign against polio.

It had been reported that the revolving fund used to finance the procurement of vaccine was practically exhausted, although it was hoped that by the end of the biennium the fund would again be able to provide program support.

Following the discussion, a resolution had been approved recommending that the Directing Council express its thanks to USAID, IDB, UNICEF and Rotary International for their assistance in the campaign to eradicate poliomyelitis and urging Member Countries to make every effort to fulfill their commitments pursuant to the guidelines of the Regional Plan of Action and the recommendations of the technical advisory group. The resolution also called on Member Countries to accelerate and strengthen the work of the laboratory network so that it would support program monitoring, stressed that those countries endemic for polio should ensure that high levels of vaccination were maintained and called for monitoring of immunization coverage at the level of the smallest



political administrative units. It asked Member Countries to improve the rates of trivalent oral polio immunization for children under one year of age, to strengthen surveillance systems and to investigate thoroughly all cases of paralysis, taking special measures for those classified as "probable polio." The resolution also requested the Director to make a progress report on the item at the XXXIV Meeting of the Directing Council in 1989, one year before the target date for eradication of poliomyelitis.

El Dr. GARCIA (Honduras) observa que en la versión española del Documento CE101/8 hay una serie de puntos que no están reflejados igualmente en el proyecto de resolución. Se pregunta qué importancia tiene el hecho de que cinco países no hayan suscrito aun el memorandum para constituir el Comité de Coordinación Interagencial cuando dos de esos países continúan notificando casos de poliomiélitis, o el hecho de que algunos países que aun registran casos de polio no realicen jornadas nacionales de vacunación masiva. Se pregunta asimismo qué significado tiene la afirmación contenida en dicho documento en el sentido de que el compromiso de erradicación no existe en todos los países y que algunos elementos críticos del programa no se han aplicado adecuadamente, y qué debe hacerse ante las deficiencias señaladas.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) señala que muchos países de la Región en que se siguen dando casos de poliomiélitis no han optado aun por interrumpir la transmisión del virus salvaje por múltiples razones de orden económico, social y político que podrían superarse a fin de iniciar la realización de campañas nacionales de vacunación Sabin e incrementar

la cobertura de inmunizaciones con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización.

El Paraguay, donde permanentemente se estaban dando casos de polio, ha optado por interrumpir la transmisión del virus salvaje, y en 1985 inició las campañas nacionales de vacunación antipoliomielítica, con la modalidad casa por casa, para los grupos menores de cuatro años. Esta campaña ha permitido alcanzar una cobertura de más del 90% y es de esperar que para 1990 el Paraguay haya erradicado la transmisión autóctona de la poliomielitis.

En cuanto a la colaboración de los laboratorios de referencia, el Paraguay no ha tenido inconveniente con respecto al procesamiento de muestras remitidas y el envío de los resultados de las muestras.

A partir de este año, se realizarán simultáneamente jornadas de vacunación con la triple para las embarazadas. En cambio, no será posible inmunizar contra el tétanos a todas las mujeres en edad fértil por razones meramente económicas.

Finalmente, la Delegación del Paraguay apoya la Resolución VII de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo, con las siguientes modificaciones:

El párrafo 3 de la parte dispositiva debería redactarse de la manera siguiente: "acelerar y reforzar los trabajos de la red de laboratorios para confirmar o descartar la naturaleza virológica de las pruebas como respaldo a las actividades de diagnóstico, vigilancia y control en los programas de los Países Miembros".

Para el párrafo 4 de la parte dispositiva, sugiere la siguiente redacción: "Para que se logre el objetivo de la erradicación de la poliomielitis se recalca las siguientes acciones críticas que requieren atención inmediata y permanente de parte de los Países Miembros".

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) thanked the Director for his progress report and expressed support of the proposed resolution. Trinidad and Tobago had achieved a level of immunization against polio of 85%, and 100% in children under the age of five. It had not had a case of polio since 1972, reflecting its commitment to the eradication of polio in the country. It was also committed to expanding its coverage under the EPI program.

As the only head of delegation who had himself suffered from polio, he had a personal interest in its eradication and hoped that all Member Countries would, with the support of PAHO, find it possible to achieve that goal.

As the administrative and logistic support necessary to pursue eradication programs remained the same even if measles, mumps and rubella vaccines were added to the program, there was considerable wisdom in pursuing the eradication of other diseases simultaneously with that of polio. For that reason, PAHO should be urged to provide assistance to countries seeking to eradicate polio in obtaining vaccines for the eradication of other diseases under the EPI program.

Dr. ALEXIS (Grenada) agreed with the Delegate of Trinidad and Tobago that it was valuable to pursue DPT and measles immunization programs simultaneously with polio immunization. His Delegation would

like publicly to thank CAREC, PAHO and Rotary International for providing the vaccines necessary for the immunization program in his country. The entire immunization program was part of his country's dynamic primary health care project, and was fostered and encouraged by the public health education system.

The provision of laboratory facilities was one of the areas in which PAHO's Member Countries could pool their resources for purposes of mutual assistance, bearing in mind that PAHO funding would be subject to some budgetary constraints.

Dr. MOINEAU (Canada) informed the Council that Canada intended shortly to bring its definition of paralytic polio in conformity with that used internationally. Canada's definition had been much stricter. As a result of its adherence to the international definition, it would be reporting both confirmed and clinical cases.

Le Dr. BLJOU (Haïti) fait remarquer qu' Haïti figure parmi les pays où il existe encore des cas de polio, mais le gouvernement n'a pas encore signé l'engagement concernant l'éradication du virus de la polio d'ici 1990 pour la simple raison que le document ne lui a pas été présenté en français qui est la langue officielle du pays. Cependant toutes les démarches sont en cours en vue d'atteindre cet objectif. En témoignent les journées de vaccination contre la polio qui ont eu lieu dans la capitale où vivent 20% de la population et où se rencontre le plus grand nombre de cas, les journées nationales de vaccination qui ont déjà démarré et qui dureront trois ans jusqu'en 1990 et enfin une accélération du programme de vaccination de routine à travers tout le

pays. Une amélioration de la surveillance épidémiologique grâce à l'appui de l'OMS/OMS permet aussi de renforcer les systèmes d'information et le service d'épidémiologie nationale a été renforcé par la création de services d'épidémiologie régionaux. En dépit de l'amélioration de la couverture des informations, le nombre de cas diminue. Le Dr. Bijou réitère que les responsables du ministère de la santé d'Haiti attendent impatiemment la version française du document.

Dr. TAITT (Barbados) fully endorsed the remarks made by the Representative of Trinidad and Tobago.

El Dr. BORGONO (Chile) destaca los progresos que se han realizado con este programa y la toma de conciencia en todos los países de la importancia del programa ampliado de vacunación, en especial de la erradicación de la polio.

Hay, sin embargo, tres problemas que le preocupan. Uno de ellos es el de los laboratorios de referencia en la Región, que no actúan siempre con la debida rapidez, por lo que los países se resisten a enviar las muestras, aunque hay laboratorios, como el CAREC, que funcionan perfectamente. Otra cuestión importante es la necesidad de la vigilancia epidemiológica activa, es decir, sin esperar los resultados procedentes de la periferia. Se ha visto, en efecto, con sorpresa que había algunos países que decían no tener casos y en que aparecieron estos casos. Finalmente, es importante estudiar las coberturas a nivel municipal, ya que el promedio nacional de cobertura no refleja la realidad, sobre todo en países que tienen un área geográfica importante.

Con respecto a la sugerencia del Canadá, en la próxima reunión de Buenos Aires el Grupo Asesor podría hacer una recomendación al respecto.

O Dr. CALHEIROS (Brasil) informa que o programa de erradicação continua a merecer a mais alta prioridade no Brasil. No ano 1986, ainda se registraram 612 casos, dos quais 469 na região Nordeste. Em 1987 registram-se 237 casos confirmados, dos quais 171 no Nordeste, e no primeiro semestre deste ano registraram-se apenas 80 casos confirmados. Chama a atenção para o fato de que o número de municípios afetados diminuiu substancialmente, de 341 em 1986 para apenas 69 em 1988. Destaca que continuam as campanhas de vacinação com duas campanhas anuais em todo o país e três no Nordeste com coberturas que chegam realmente a 88%-90% dos menores de cinco anos.

Conforme mostra a análise da situação epidemiológica da poliomielite no Brasil, a circulação do poliovírus tem diminuído notavelmente durante os últimos 18 meses. Comenta que, se os três grupos importantes de obstáculos: proteção inadequada contra a infecção, inclusão de casos falsos positivos e investigação incompleta de casos, forem tratados de forma pronta e séria e com imaginação, então haverá excelentes perspectivas para a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem até 1990. Faltaria somente uma atuação mais agressiva nesta fase final da erradicação da poliomielite no Brasil.

El Dr. PINILLOS (Perú) dice que el Perú es otro de los países que siguen teniendo problemas de polio. No obstante, se ha tomado la decisión política de dirigir los esfuerzos prioritariamente a reducir la mortalidad infantil en 15 puntos, y se está considerando el reforzamiento del programa de inmunizaciones. El propio Presidente de la República ha vacunado públicamente a su hijo menor de un año. La cobertura de

vacunación en polio fue del 27% en 1984, del 47% en 1985, del 50% en 1986 y del 44% en 1987. En 1988 se han realizado dos campañas de vacunación masiva y hay prevista una tercera para el 16 de octubre, con la participación de toda la población, incluso artistas, prensa y todos los líderes de la comunidad.

El orador señala finalmente que el Perú utiliza estas campañas no solamente para la vacunación de la polio sino para otras cinco enfermedades.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) congratulated the Director and his staff on the report. It was evident that much remained to be done before 1990 if the eradication goal was to be achieved. Support should be extended to countries which remained behind in their vaccination programs in order to increase their levels of coverage. Nevertheless, the United Kingdom Government realized that the polio eradication program, like the other EPI programs, was a highly elective primary health care activity which would necessarily consume a relatively high proportion of the health budgets of the countries involved. The Overseas Development Administration was cautious in its support for those collective programs because of the danger that resources would be diverted from a broader-based participatory development of comprehensive and sustainable primary health care services.

El Dr. ARRAUT (Colombia) destaca el éxito de las campañas realizadas de 1986 a 1988 y agradece el apoyo prestado por el UNICEF y Rotario Internacional. Colombia ha logrado una cobertura de vacunación de menores de un año del 53% en 1986, del 73,7% en 1987 y del 74,9% en

1988. Se realizan dos días de vacunación al año. Actualmente estas campañas se han institucionalizado. Se han formado 260.000 jóvenes que colaboran con el PAI y con el Ministerio en todos los programas de vacunación periódica y vigilan la labor de vacunación en los diferentes puestos de salud en todo el país. Esto ha permitido que la incidencia de la poliomielitis, que en 1986 era de un 0,22 por mil, se redujera en 1988 a un 0,10 por mil. En estos dos años han sido vacunados 3.300.000 niños.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) reconoce que Guatemala es uno de los países que continúa presentando casos de polio paralítica. Sin embargo, este año el propio orador asumió públicamente el compromiso de que para 1990 en Guatemala no habrá un caso de polio.

Se han hecho hasta el momento dos campañas generales, combinadas con otras vacunas, como el sarampión, DPT, difteria y tétanos, y la próxima campaña se quiere combinar con una superdosis de vitamina A para los niños menores de cinco años. De esta forma podría reducirse en unos diez puntos la mortalidad infantil.

El orador manifiesta el agradecimiento de Guatemala a Rotario Internacional y al UNICEF por su ayuda en las campañas de vacunación, especialmente contra la polio.

También en Guatemala se ha logrado movilizar a toda la población y especialmente a la gente joven. En la última campaña, se habilitaron 100.000 puestos de vacunación en escuelas privadas y públicas, iglesias, casas particulares, farmacias, etc. y se prestó especial atención a la cadena de frío. No se consiguió una cobertura del 100%. En la capital, la cobertura fue del 50% nada más, pero en el interior del país se logró una cobertura del 75% aproximadamente.



Hay que señalar que, además de las jornadas de vacunación, existe permanentemente la posibilidad de vacunar a los niños que por cualquier razón hayan quedado sin vacunar y que las jornadas son nada más que una llamada de atención pública para movilizar la conciencia nacional.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) señala que en su país el programa ordinario de salud pública se renueva cada año e incluye la prevención de todas las enfermedades involucradas. La jornada nacional se realizó este año en tres etapas de vacunación masiva. Se aplicaron las tres vacunas simultáneamente: la del sarampión, la triple y la vacuna antipoliomielítica. Para ello, se establecieron 19.100 puestos de vacunación con un personal de 160.000 personas, con la colaboración del UNICEF, el Rotario Internacional y todas las instituciones del país, así como de las comunidades. Las coberturas llegaron al 75%, alcanzando a 2.635.000 niños.

Para contribuir al éxito del programa, se están realizando en el país las siguientes actividades: organizar y mejorar la vigilancia epidemiológica, adiestramiento de personal, investigación de cada sospecha de enfermedad, medidas para el rápido control de los brotes, investigaciones activas de los barrios y comunidades afectadas, desarrollo de programas especiales de vacunación en las zonas de mayor riesgo, etc. Se ha establecido un registro severo, con descarte de casos. En 1988 se han presentado solo 23 casos, de los cuales se han descartado 15.

En Venezuela se está llevando a cabo un estudio prospectivo de vigilancia en los casos de parálisis infantil aguda, intentando en todos los casos posibles diagnósticos de neurología específica.

En cada jornada de vacunación se tomaron grandes precauciones para la conservación de la vacuna, en particular por lo que respecta a la cadena de frío, ya que las vacunas pierden su efectividad rápidamente, especialmente la del sarampión.

El Dr. MENCHACA (Cuba) desea formular tres consideraciones. En primer lugar recalcar el apoyo del UNICEF al trabajo de la Organización, con prioridades tales como lactancia materna, rehidratación oral y lucha contra infecciones respiratorias agudas en niños. En segundo lugar, reconocer el meritorio trabajo realizado por el programa y por el equipo de la Secretaría que lo desarrolla en la Región y que ha sabido despertar en los países el sentido de autorresponsabilidad. Por último, recomendar que se mencione en la resolución la responsabilidad moral de los países que ya han erradicado esta enfermedad de apoyar y brindar su cooperación, su asesoría y su experiencia a los países que todavía no lo han logrado.

The session rose at 6:10 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:10 p.m.

directing council



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

regional committee

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION



XL Meeting

INDEXED

CD33/SR/7

29 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEPTIMA SESION PLENARIA

Thursday, 29 September 1988, at 9:00 a.m.  
Jueves, 29 de septiembre de 1988, a las 9:00 a.m.

President:

Presidente:

Dr. Raúl Ugarte Artola

Uruguay

Contents

Indice

- Item 5.2: Plan of Action for the Eradication of the Indigenous Transmission of Wild Poliovirus
- Tema 5.2: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis

(continued overleaf)

(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Indice (cont.)

Item 5.3: Maternal and Child Health and Family Planning Programs

Tema 5.3: Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar

The session was called to order at 9:15 a.m.

Se abre la sesión a las 9:15 a.m.

- ITEM 5.2: PLAN OF ACTION FOR THE ERADICATION OF THE INDIGENOUS TRANSMISSION OF WILD POLIOVIRUS (continued)
- TEMA 5.2: PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS (continuación)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y concede el uso de la palabra al Representante del Ecuador.

El Dr. NARANJO (Ecuador) informa que en su país ha proseguido sistemáticamente la vacunación antipoliomielítica, en algunas áreas junto con las otras vacunas del PAI, en otras no, porque no se han recibido juntas todas las vacunas. Los resultados son buenos y con muy buenas perspectivas. En 1986 hubo 20 casos confirmados, en 1987 se registraron 11 y en 1988, solo 4 casos hasta el mes de agosto y únicamente en un foco: una zona marginal de Guayaquil. Esto hace esperar la erradicación para 1990.

El Dr. MOHS (Costa Rica) manifiesta que en su país los programas de vacunación permanente permitieron eliminar la poliomielitis y la difteria desde 1973 y que con esos mismos programas hay el propósito de eliminar para 1990 el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la rubeola y las paperas. Además se ha creado un plan de inmunización para poblaciones de alto riesgo: los centros de refugiados, con población elevada, y los marginados. Unos y otros están siendo vacunados contra meningococo, neumococo y H. influenza, especialmente para proteger a la población infantil.

El Dr. DE QUADROS (OSP) reconoce que los avances del Programa Ampliado de Inmunización y la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en la Región habrían sido imposibles sin la cooperación y la coordinación de diversos organismos, especialmente la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Rotario International, el UNICEF y, desde el año pasado, la Agencia Canadiense para el Desarrollo, por conducto de la Asociación Canadiense de Salud Pública, que han contribuido también con importantes recursos financieros.

Como dijo el Representante de Honduras, es fundamental que los países apliquen las estrategias mencionadas en cuanto a las jornadas nacionales de vacunación. Algunos países endémicos que no ejecutan jornadas nacionales de vacunación corren el riesgo de no interrumpir la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis para 1990. Muchos países están perdiendo la oportunidad de utilizar esas jornadas para alcanzar y mejorar la cobertura con todas las vacunas de un programa.

El orador señala que a pocos días de la publicación del Informe, otros dos países han firmado el convenio del memorandum y los tres restantes están en negociaciones finales para firmar el convenio. Indica que el esfuerzo de los países para erradicar la poliomielitis tiene efectos muy positivos sobre el desarrollo de los sistemas locales de salud, que ofrecen dos elementos fundamentales: el control de las coberturas de vacunación y la vigilancia de casos, especialmente de poliomielitis, en el nivel de distritos o municipios. Esto tiene relación con la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de redes de laboratorios que amplían los sistemas de esa vigilancia, como lo indicó el

Ministro de Salud de Costa Rica, lo mismo que algunos representantes del Caribe inglés, donde hay ya posibilidades de incluso eliminar otras enfermedades, como el sarampión, para 1995. Es decir, ya se puede hablar más de disminución de enfermedades que de sus efectos, más de cobertura de vacunación que permitirá erradicar por lo menos otras dos enfermedades, el sarampión y el tétanos neonatal para el año 2000.

Subraya el orador la importancia de los aspectos relacionados con el diagnóstico de casos de poliomielitis y su definición; al respecto, el Canadá va a emplear algunas de las definiciones recomendadas por el Grupo Técnico Asesor de la OPS, en constante revisión y que se examinarán en la próxima reunión de ese grupo en Buenos Aires el próximo noviembre, con la participación de cinco neurólogos que tendrán en cuenta la considerable disminución de incidencia de la enfermedad en la Región y otros aspectos, incluso estratégicos, que deben adecuarse a las necesidades de cada momento y de cada país.

A pesar de las dificultades existentes en varios países, el programa de cooperación internacional que el Director de la OPS propuso para acelerar el PAI en 1985 empezó a funcionar en abril de 1987, es decir, los países estuvieron trabajando con recursos limitados y así lo han hecho durante 15 ó 16 meses, a dos años y tres meses de la meta fijada para 1990.

En 1986 hubo 943 casos; 635 en 1987, y solo 288 casos hasta la semana 37 de 1988, año para el que se calcula habrá menos de 350 casos. Pero cuando está a punto de erradicarse la enfermedad, lo más importante no es el número de casos, sino de brotes, de áreas infectadas; pues bien, los países han identificado en el último año exactamente el número de

brotos y áreas infectadas gracias al sistema de vigilancia de salud en los municipios. Por ejemplo, en 1986 había 566 municipios o distritos infectados en la Región, de un total de 14.676 municipios existentes en los países con endemia poliomiélfica, que son 12. En 1987 solo 453 y en 1988 únicamente 176 municipios o distritos están infectados con poliomié-litis. Es decir, ya puede considerarse fácil la operación denominada de "limpieza" por el Director, pues se trata de una población inferior a cinco millones de habitantes de América Latina que viven en esas áreas. Dicho de otro modo, ahora hay que redoblar las actividades de vacunación y vigilancia epidemiológica en esa zona. Lo importante ahora es mantener las operaciones con la misma intensidad para no perder la oportunidad de erradicar la enfermedad, lo que requiere el apoyo político a los técnicos. La resolución aprobada en mayo por la Asamblea Mundial de la Salud sobre erradicación global de la poliomié-litis aumenta considerablemente la responsabilidad de la Región de las Américas, pues las otras regiones cuentan con la experiencia de los países de esta Región para organizar sus programas y definir sus estrategias.

El Dr. GUERRA DE MACEDO, (Director, OSP) dice que, en efecto, al llegar a las metas finales es más necesario el esfuerzo de "limpieza" e imprescindible el cumplimiento de las estrategias establecidas. Hace incapié en la coordinación internacional para erradicar la poliomié-litis con arreglo al PAI, lo que se está logrando gracias a la participación de seis instituciones, inclusive la OPS, que actúan conjunta y coordinadamente con gran eficacia.



En efecto, además del UNICEF y de la OPS, que suelen trabajar de consuno, un banco, el Banco Interamericano de Desarrollo, apoya las actividades de erradicación, actividad insólita en ese tipo de instituciones. Además, una organización no gubernamental, el Rotario Internacional, no solo ha cumplido el acuerdo firmado, sino que ha ampliado extraordinariamente su apoyo. En cuanto a la Asociación Canadiense de Salud Pública, con los recursos de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional apoya sobre todo las actividades en el Caribe de habla inglesa. Por supuesto, se cuenta con la ayuda inapreciable de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, que colabora localmente con los países mediante acuerdos bilaterales.

Por otra parte, el programa antipoliomielítico no es un programa aislado, como muy bien observó el Representante del Reino Unido; no es un programa vertical, a la antigua usanza, sino un programa con especificidad pero integrado en el PAI, con igual cobertura que la fijada para las demás vacunas; es, en suma, un instrumento importante de apoyo al fortalecimiento y perfeccionamiento de los servicios de salud. Más aún, se trata de un experimento que demuestra que los programas específicos, sin perder su especificidad, pueden servir de instrumentos importantes para movilizar la voluntad y los recursos necesarios para fortalecer los servicios básicos de salud y alcanzar otras metas complementarias.

El Director reitera la importancia del esfuerzo final en la operación de limpieza, mucho más exigente y, en cierto modo, mucho más compleja, que requiere una dedicación y unos esfuerzos más concentrados para alcanzar los resultados definitivos, que ya están a la vista.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura al proyecto de resolución que aparece en el Documento CD33/12.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined and reviewed the progress report presented by the Director on the implementation of the Plan of Action for the Eradication of Wild Poliovirus from the Americas by 1990;

Noting with satisfaction that most countries have prepared 5-year plans outlining the activities to be carried out and the costing of the program, with identification of the national and international funding sources;

Concerned that many countries have not made enough progress towards implementation of the strategies outlined in the Plan of Action and others have not maintained the strategies over time, and that immunization coverage remains critically low in several of them; and

Cognizant that less than three years are left before the target date for eradication of the wild poliovirus from the Americas and much remains to be done,

RESOLVES:

1. To thank USAID, IDB, UNICEF, Rotary International and CIDA/CPHA for the level of cooperation and coordination achieved among themselves and with the PAHO Member Countries in carrying out the campaign to eradicate poliomyelitis from the Americas by 1990.

2. To urge all Member Countries to make every effort to carry out their adopted national plans of action in accordance with the general guidelines of the Regional Plan of Action and the recommendations of the Technical Advisory Group (TAG).

3. To accelerate and reinforce the work of the network of laboratories to provide support in virology for the diagnostic, surveillance and control activities of the programs of the Member Countries.

4. To stress that, if the goal of polio eradication is to be met, the following critical actions require the immediate and ongoing attention of the Member Countries:

4.1 Countries still endemic for polio should:

- a) Institute at least two regular national vaccination days per year as part of their national vaccination programs;

- b) Utilize these national vaccination days to deliver TOPV as well as other EPI antigens so that the overall EPI coverage will be increased;
- c) Continue these measures until polio eradication is achieved and certified and high EPI coverage is maintained.

4.2 Countries not endemic for polio should ensure that high levels of immunization are maintained throughout the country.

4.3 All Member Countries should:

- a) Monitor immunization coverage at the level of the smallest political administrative units;
- b) Take special measures to improve immunization rates in children under one year of age in areas where TOPV coverage is below 90% in that age group, and use this indicator as a measure of the functioning of the health infrastructure and as a basis for the reallocation of resources.

4.4 Surveillance systems should be strengthened to detect all cases of acute flaccid paralysis:

- a) All cases of acute flaccid paralysis occurring in persons less than 15 years old should be considered a national emergency and investigated immediately to determine if they represent poliomyelitis;
- b) Special control measures should be instituted immediately for all cases classified as probable polio;
- c) All cases classified as probable polio cases should be reported as soon as possible to the international level, and specimens immediately sent to designated reference laboratories for prompt and accurate testing.

5. To request that the Director present a progress report to the XXXIV Meeting of the Directing Council in 1989, just one year before the target date for achievement of the goal of polio eradication.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado y revisado el informe sobre el progreso en la ejecución del Plan de Acción para la Erradicación del Poliovirus Salvaje de las Américas para 1990, presentado por el Director;

Observando con satisfacción que la mayoría de los países han preparado planes quinquenales que esbozan las actividades a llevarse a cabo y el cálculo de los costos del programa, con identificación de fuentes de financiamiento nacionales e internacionales;

Preocupada porque muchos países no han realizado suficiente progreso hacia la implantación de las estrategias esbozadas en el Plan de Acción, que otros no han mantenido las estrategias con el transcurso del tiempo y que la cobertura de inmunización sigue siendo críticamente baja en varios de ellos, y

Reconociendo que restan menos de tres años antes de la fecha proyectada para la erradicación del poliovirus salvaje de las Américas y que queda mucho por hacer,

RESUELVE:

1. Agradecer a la USAID, el BID, el UNICEF, el Rotario Internacional y la CIDA/CPHA el nivel de cooperación y coordinación logrado entre sí mismos y con los Países Miembros de la OPS al llevar a cabo la campaña para erradicar la poliomielitis de las Américas para 1990.

2. Instar a todos los Países Miembros a que realicen todos los esfuerzos posibles para llevar a cabo los planes nacionales de acción que han adoptado siguiendo las normas generales del Plan Regional de Acción y las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA).

3. Acelerar y reforzar los trabajos de la red de laboratorios para asegurar el respaldo virológico a las actividades de diagnóstico, vigilancia y control en los programas de los Países Miembros.

4. Recalcar que para que se logre el objetivo de erradicación de la poliomielitis, las siguientes acciones críticas requieren atención inmediata y permanente por parte de los Países Miembros:

4.1 Los países donde la poliomielitis todavía es endémica deben:

- a) Instituir por lo menos dos días nacionales de vacunación al año como parte de sus programas nacionales de vacunación;
- b) Utilizar estos días nacionales de vacunación para dar la VOTP así como otros antígenos del PAI para que aumente la cobertura general de este Programa;
- c) Continuar este método hasta que se logre y se certifique la erradicación de la poliomielitis, y se mantenga una alta cobertura del PAI.

4.2 Los países en los que la polio no es endémica deberán velar por el mantenimiento por todo el país de un elevado nivel de inmunización.

4.3 Todos los Países Miembros deben:

- a) Vigilar la cobertura de inmunización al nivel de las unidades político-administrativas más pequeñas;

- b) Tomar medidas especiales para mejorar los índices de inmunización en niños menores de un año de edad en las zonas en que la cobertura con la VOTP es inferior a 90% en este grupo de edad, empleando este indicador como medida del funcionamiento de la infraestructura de salud y como base para la reasignación de recursos.

4.4 Se deben reforzar los sistemas de vigilancia para detectar todos los casos de parálisis fláccida aguda:

- a) Todos los casos de parálisis fláccida aguda que se produzcan en personas menores de 15 años de edad se deberán considerar como casos de emergencia nacional y se deberán investigar inmediatamente para determinar si constituyen casos de poliomielitis;
- b) Se deben establecer medidas especiales de control con carácter inmediato en todos los casos clasificados como probables casos de polio;
- c) Todos los casos que se clasifican como casos probables de polio se deben notificar cuanto antes al nivel internacional y se deben enviar especímenes de inmediato a los laboratorios de referencia designados para su pronto y preciso examen.

5. Solicitar que el Director proporcione un informe sobre las actividades de este plan a la XXXIV Reunión del Consejo Directivo en 1989, solo un año antes de la fecha proyectada para el logro de la meta de erradicación de polio.

The RAPPORTEUR then indicated that Paraguay had proposed that paragraphs 3 and 4 of the proposed resolution be amended to read:

3. To urge the acceleration and reinforcement of the work of the network of laboratories to confirm or rule out the virologic nature of tests in support of diagnostic, surveillance and control activities in programs of the Member Countries.

4. Emphasis is placed on the following critical actions requiring the immediate attention of the Member Countries for attainment of the goal of polio eradication.

3. Acelerar y reforzar los trabajos de la red de laboratorios para confirmar o descartar la naturaleza virológica de las pruebas, con respaldo a las actividades de diagnóstico, vigilancia y control en los programas de los Países Miembros.

4. Para que se logre el objetivo de erradicación de la poliomielitis, se recalcan las siguientes acciones críticas que requieren atención inmediata y permanente por parte de los Países Miembros.

El Dr. GARCIA (Honduras) propone que en el párrafo 4.1 de la parte dispositiva, el inciso 4.1.a) diga: "a) Realizar por lo menos dos jornadas nacionales de vacunación masiva al año como parte de sus programas nacionales de vacunación;"

En el inciso 4.1.b): las palabras "estos días" deberán ser sustituidas por "estas jornadas".

Que el inciso 4.1.c) diga: "c) Continuar este método hasta que se logre y se certifique la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje".

Y que el inciso 4.4.a) diga: "a) Considerar como situación de emergencia nacional toda aparición de casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años y proceder inmediatamente a su investigación para determinar si constituyen o no casos de poliomielitis".

El PRESIDENTE recoge una propuesta del Dr. ANTELO (Cuba) para presentar al día siguiente el proyecto de resolución y de enmiendas que se hayan leído hoy, las cuales se han tenido que leer con premura.

ITEM 5.3: MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMS  
TEMA 5.3: PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) said that Dr. Solis, of PASB in his address to the Executive Committee, had given a detailed description of the relevant activities carried out by PAHO since 1984. Discussion had focused on the principal problems related to the rapidly changing demographic situation in the Americas and its different components, such as declining fertility and birth rates, decreases in natural population growth, which nevertheless remained high, aging of the population, and urban growth.

It had been pointed out that a great many reproduction-associated deaths, almost all preventable, occurred among women in South America; that at least 13 countries would not meet life expectancy targets proposed in the Regional Plan of Action and 15 countries would not meet infant mortality targets; and that at least 700,000 infant deaths a year could be prevented with proper utilization of available resources.

The Executive Committee had adopted Resolution IX (reproduced in Document CD33/13), which contained a proposed resolution recommended for adoption by the Directing Council.

El Dr. ANTELO (Cuba) indica que a pesar del continuo descenso de la mortalidad infantil en el primer lustro de los años ochenta, las tasas siguen siendo elevadas e incluso han aumentado. Menciona la mortalidad preescolar, donde la desnutrición y las infecciones tienen gran influencia, y señala que en 21 países de la Región las causas prenatales ocupan el primer lugar entre las causas de defunción. Insiste en la prevención del bajo peso al nacer, en el que no solo influyen factores patológicos, sino también socioeconómicos y culturales. Considera también importante continuar intentando reducir la mortalidad materna y de manera especial que esas actividades no se consideren aparte de las encaminadas a lograr la igualdad de la mujer en todas las esferas sociales.

El informe del Comité Ejecutivo concede prioridad al tema del trabajo en relación con los adolescentes. En Cuba, el médico de familia presta una atención integral a todos los miembros, mientras que en algunos países se atiende conforme a las patologías. La adolescencia debe considerarse también de forma integral.

Destaca el orador que en Cuba todos los programas de planificación familiar se han desarrollado y se desarrollan a base de criterios de riesgo maternoinfantil y de apoyo a la libre decisión de la mujer por lo que respecta a su reproducción. Esos programas forman parte del programa maternoinfantil y se basan en la promoción de la salud. Al mismo tiempo que subraya la conveniencia de incorporar los servicios de planificación familiar a los de salud maternoinfantil, considera que así se debe también proceder con las enfermedades diarreicas y con las respiratorias agudas para garantizar la integridad de la atención a la salud maternoinfantil.

Concluye reiterando el interés de Cuba en seguir cooperando con la Organización y con los Países Miembros.

Dr. BANISTER (Canada), noting that Canada had supported the strategies for action approved in Resolutions CD30.R8 and CD31.R18, said that the report contained in Document CD33/13, Annex I provoked both satisfaction at achievements and concern over lack of progress in some areas.

Lack of good quality statistical data which could be used in identifying health problems, the need for services and risk groups, was a continuing problem, as the report emphasized. WHO's work in considering new modules and modifications to the International Classification of Diseases and the perinatal mortality certificate was commendable. Lack of comparability of definitions created difficulties in Canada too, so it was felt that Member Countries should wherever possible comply with the definitions recommended by WHO. The Vital Statistics Council for Canada had recently taken note of the possibility of Member States responding,



through one of the agencies active in the international field, to requests from other countries for assistance in developing vital statistics methodologies.

Regarding maternal mortality and the safe motherhood initiative, the approach proposed at a meeting of interested parties in Geneva last July, based on development of country-based training teams whose members would, in turn, train district teams to provide obstetrical care and manage maternal and child health and family planning, deserved consideration in the Region of the Americas. The trial program of home-based monitoring by mothers of their own and their children's health was of interest to Canada. Health and Welfare Canada and the Canadian International Development Agency (CIDA) had developed with PAHO a project designed to strengthen local health resources and programming in several countries in the Region. Representatives of CIDA would shortly be in Washington to finalize plans for the implementation early in 1989 of a \$3.9 million project aimed at increasing coverage and quality of prenatal care.

The Government of Canada, together with the provinces, was working towards incorporating family life and sexuality education as formal courses in all schools, and a federal working group was developing strategies to reduce the incidence of unplanned adolescent pregnancies and minimize the health and social sequelae of such pregnancies. Canada looked forward to participating in the Technical Discussions on youth and health at the World Health Assembly in May 1989.

He emphasized the concerns Canada shared with the Director and WHO over access of all children to preventive health care and immunization, the need for high quality and culturally relevant child care, the necessity of giving women increased control over their own health, and the right of women, particularly during pregnancy, and their children to access to health care. Canada supported the proposed resolution.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) concede particular importancia a la lactancia materna como medio de mejorar la nutrición del niño; confía en que pueda ganarse la carrera contra reloj y se encuentren soluciones a los problemas habituales de salud de la población y en particular a los nuevos que surgen junto con el desarrollo. Existen limitaciones que se deben superar buscando, junto con la Organización, las respuestas adecuadas para acercarse a las metas propuestas en 1978 en relación con la salud de las madres, los niños y los adolescentes.

Considera que para ello es muy importante robustecer las actividades que tienen efectos multiplicadores y entre éstas destaca la capacitación de personal en la investigación y la aplicación de conocimientos eficaces para la salud, no dejando de aplicarlos en los grupos de madres, niños y adolescentes como parte integrante de toda la población; las actividades de información y educación para mantener y mejorar la salud individual, familiar y comunitaria; el perfeccionamiento y utilización de datos demográficos y estadísticos de los servicios de administración de los sistemas nacionales y locales de salud y de sus respectivos programas prioritarios; la coordinación intrasectorial en cada país; las acciones

interpaíses e internacionales, de suma importancia para el progreso de las políticas y estrategias de integración subregionales y regionales de los sectores económicos y sociales de los países de América Latina.

El Paraguay sigue algunas líneas de política de salud y bienestar para las gestantes, los niños y los adolescentes que se detallan en el Plan Nacional de Desarrollo y Salud y en sus programas y proyectos específicos. Para tales grupos de población las estrategias principales son la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios; la capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar, así como de voluntarios, con contenidos basados en las actividades técnicas, previstas en los programas; la coordinación institucional e intersectorial, sobre todo en el orden local; la organización de servicios a base de una paulatina descentralización y desconcentración, controladas y apoyadas en el plano regional; la educación sanitaria de grupos específicos de mujeres en edad fértil, gestantes, madres, niños y adolescentes respecto a problemas, riesgos y cuidados de la salud y su relación con la conducta y el estilo de vida (que pueden favorecer las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, el alcoholismo, la drogadicción, la hipertensión, la obesidad, etc.); los proyectos para fortalecer los sistemas locales de salud con actividades de capacitación en registro, tratamiento y análisis inicial de datos demográficos, y en materia de servicios de control y evaluación de programas locales.

Estos proyectos permiten también promover la coordinación de instituciones nacionales e internacionales de apoyo técnico y financiero, como la OPS o la OMS, el UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos, con los departamentos de los ministerios de salud pública y bienestar social,

el Ministerio de Educación el de Agricultura y Ganadería y otros. En el plan de salud de 1989 a 1993 se harán previsiones para fortalecer las actividades de programas de promoción de la mujer, la salud y el desarrollo en beneficio de una atención integral a la familia, buscando la reducción sustancial de la tasa de mortalidad materna a partir de la cifra actual de 27 por 10.000.

El orador apoya la Resolución IX de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo, que propone a este Consejo Directivo que adopte una resolución que incorpore el conjunto de medidas y acciones imprescindibles en este campo, teniendo en cuenta el análisis que figura en el informe del Director, muy apropiado para las condiciones del Paraguay.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) dice que su país ha recibido grandes beneficios del proyecto Puente para la Paz, iniciativa del Dr. Guerra de Macedo. De ese proyecto, la supervivencia es el ingrediente que más apoyo ha tenido de las diferentes instituciones y países donantes. Se ha trabajado mucho en inmunizaciones, rehidratación oral, enfermedades respiratorias agudas, crecimiento y desarrollo, parteras empíricas, lactancia materna y educación en salud. Sin embargo, no está completa la labor por la supervivencia del niño, ya que una de las tragedias mayores de los países latinoamericanos es la irresponsabilidad del padre para con los hijos, cuando la madre tiene que asumir sola la carga de sostener y criar a sus hijos; entonces, cuando por algún motivo falta la madre, a esos hijos les esperan la desnutrición, la enfermedad y la muerte.

El Dr. Villacorta insta a los representantes ante el Consejo Directivo a que presten su apoyo a las resoluciones, en particular las relativas a proyectos que contribuyan a reducir la mortalidad materna.

El Dr. QUIJANO (Mexico) reconoce que su país ha contado con la ayuda financiera del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, por lo que ha obtenido fondos para comprar el equipo y los materiales necesarios a fin de proporcionar material educativo y anticonceptivos. Además se ha logrado hacer participar en estas labores a sectores sociales y privados. Se han podido hacer 31 diagnósticos sociodemográficos en cada uno de los estados de la República, se han elaborado 32 programas estatales de planificación familiar y se ha intentado analizar los efectos de ésta en cada una de las entidades federativas en relación con algunos indicadores de bienestar social, como la educación, la salud, la vivienda, el empleo y otros.

Esto logra interesar a los gobiernos locales para que ofrezcan fondos y se consiga ampliar la cobertura de los programas hasta comunidades remotas. Se ha podido formar personal especializado en 12.000 localidades menores de 2.500 habitantes, donde las auxiliares de salud manejan tres tipos de anticonceptivos, además de practicar la rehidratación oral, contribuir a las campañas de vacunación e inclusive utilizar un número reducido de medicamentos esenciales.

Debe impulsarse la investigación en este campo. México tiene una relación muy positiva con el programa especial de la OMS para reproducción humana, y se están haciendo estudios sobre un anticonceptivo inyectable. También se han celebrado reuniones con los directores de escuelas y facultades de medicina, y se ha aprobado la inclusión de la enseñanza sobre planificación familiar en la educación media y superior, con

orientación sexual y nociones de demografía, todo ello apoyado con la publicación de manuales, cuadernos técnicos y boletines, con tiraje de 70 mil ejemplares cada uno. Se han publicado aproximadamente 20 boletines.

Dr. MONATH (United States of America) said that the United States Centers for Disease Control, in cooperation with the American College of Obstetricians and Gynecologists, had recently initiated a national pregnancy and maternal mortality surveillance system to determine risk factors for pregnancy-related mortality. Analysis of data collected from multiple sources by that program would enhance understanding of maternal deaths and provide scientific rationale for prevention strategies. Recognizing the lack of universally accepted, scientifically valid definitions of maternal death and maternal mortality rates, CDC has introduced new definitions and data collection instruments for the new surveillance system. To enhance knowledge in other relevant areas, several studies on morbidity related to pregnancy were being conducted, and he agreed that collaborative research on risk-taking behaviors and sexual experience in adolescents was also needed.

He commended the WHO Special Program of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction and the strategic framework laid out for the optimal role of the Special Program in the 1990s (Document CD33/13, Annex II). The work of the Program in determining the safety of fertility regulation methods and how best to apply modern technologies was important since many countries did not have the facilities to perform such studies and depended on WHO's unbiased judgment in those matters.

The United States of America would like studies on the possible relationship between family planning methods and prevention of HIV infection transmission to receive greater attention. In the year or so since the advisory committee had requested action in that area, progress had consisted of only a memorandum of understanding between the Special Program on Human Reproduction and the Global Program on AIDS.

El Dr. MIGUES (Uruguay) destaca la influencia que ha tenido el deterioro económicosocial de la Región en el programa infantil; sin embargo, los logros obtenidos son consecuencia del esfuerzo realizado por la Organización en apoyo a los países para superar esas limitaciones que tanto influyen en la salud maternoinfantil.

Por otra parte, tal vez no se han investigado lo suficiente las causas que mantienen la alta tasa de mortalidad materna. En el Uruguay se han establecido, por resolución del poder ejecutivo, auditorías obligatorias de mortalidad materna para determinar sus causas y se obliga a notificar todas las defunciones de menores de un año.

El orador subraya la necesidad de conseguir que los políticos interpreten cabalmente cuales son los factores que influyen en los problemas maternoinfantiles y afirma que lo que se ha logrado en el Uruguay a este respecto es bastante positivo y podría ser adoptado en otros países de la Región. Considera que los problemas maternoinfantiles deben integrarse en un ámbito más amplio, el de la familia y el comunitario, porque ello favorece la acción coordinada con otros sectores de la vida nacional para mejorar las condiciones de desarrollo del niño, de la mujer y de la familia.

Destaca también la colaboración de algunos organismos internacionales en estos problemas, como el UNICEF, con el cual el Gobierno del Uruguay ha firmado un acuerdo de cooperación, en el que figuran los ministerios de educación y cultura, de relaciones exteriores, de salud pública, de trabajo y seguridad social, que formularon un plan nacional para el desarrollo del niño, la mujer y la familia. Afirma la conveniencia de institucionalizar este tipo de grupos de trabajo intersectoriales para abordar esos problemas en su integridad y no detenerse en aspectos parciales.

Subraya los esfuerzos de la Organización que han significado sensibles mejorías en la mortalidad infantil, por ejemplo, la promoción de las sales de rehidratación oral, las actividades de educación de la comunidad en el control de enfermedades infecciosas, respiratorias y de origen hídrico, con las que se ha logrado reducir en los tres años últimos la mortalidad infantil de 27,9 a 23,4 por 1.000. Esta disminución se ha producido en la etapa postneonatal.

Insiste en la importancia de la labor de la Organización, por medio de su departamento maternoinfantil, con respecto a la evaluación de los centros de atención maternoinfantil, práctica que debería extenderse a todos los países de la Región, pues es muy importante que la Organización conozca los factores que impiden abatir la mortalidad infantil hasta alcanzar tasas deseables.

El Dr. BORGOÑO (Chile) considera que el estudio de la mortalidad infantil debería ser obligatorio para poder determinar exactamente no solo cuáles son los niños que corren un alto riesgo sino también qué



áreas y qué condiciones especiales concurren a mantener alta la mortalidad infantil. Elogia los estudios de investigación de la mortalidad materna que promueve la Organización; esa mortalidad puede prevenirse casi en su totalidad y existen los medios para evitarla.

Dentro del Programa de Adolescentes destaca la importancia del problema de los embarazos no deseados, del aborto y de los partos prematuros, así como una serie de problemas económicosociales afines. La integración de todos los factores que intervienen permitirá resolver un problema que es cada día más grave.

Apunta que las infecciones respiratorias agudas son un factor importante de la mortalidad infantil de los países latinoamericanos. Aunque se ha avanzado desde que se establecieron los programas, global y regional, si se analizan los últimos años se observa la existencia de altos y bajos a causa de epidemias de enfermedades virales respiratorias que aumentan la mortalidad infantil. El diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la educación del grupo familiar y de la comunidad toda podrían contribuir a reducir las infecciones respiratorias como causa de defunción infantil. Recalca la necesidad de intensificar los estudios y la vigilancia de la incidencia y la prevalencia de la infección perinatal por SIDA.

El Dr. Borgoño concluye poniendo de relieve la importante contribución de la Dra. Elsa Moreno al progreso de la salud materno-infantil de las Américas y el criterio de integración que ha dado a los programas respectivos dentro de la Estrategia de la Salud para Todos en el Año 2000, y menciona este hecho por haberse enterado de que en breve la Dra. Moreno dejará la Organización.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) cita el Segundo Taller Subregional sobre Sistemas Locales de Salud, celebrado en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, con la participación de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, donde se llegó a conclusiones importantes para aumentar la eficacia de los servicios locales de salud y en particular los maternoinfantiles. Los progresos logrados en los 52 años últimos en Venezuela en cuanto a salud maternoinfantil han sido importantes, y algunos indicadores como la mortalidad materna, la infantil y la de uno a cuatro años muestran cifras inferiores a las señaladas como metas mínimas regionales para 1990.

En cuanto a atención materna, han proseguido las acciones encaminadas a materializar el programa de atención jerarquizada del embarazo, el parto y el recién nacido, que se intenta extender por todo el país. La atención del parto se ha institucionalizado en las zonas urbanas, más del 75% del país. Se inició el trabajo de colaboración con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano del Uruguay sobre detección del parto prematuro y prevención de la inmadurez pulmonar, con la participación de cinco hospitales venezolanos, así como la investigación de la historia clínica perinatal simplificada. Se elaboraron normas de atención perinatal y se revisaron y actualizaron las de la atención materna y de planificación familiar en relación con la Universidad, que debe participar, al igual que cualquier otra institución, en el sistema de salud. Se comenzó a dotar de nuevos materiales y equipos a los servicios de planificación familiar y se ha efectuado la distribución semestral de anticonceptivos. Se elaboró un proyecto que fue presentado

a la consideración del Fondo de Población de las Naciones Unidas relacionado con la compra de material audiovisual y anticonceptivos con destino a esos servicios.

En relación al Programa de las Enfermedades Diarreicas Agudas, se completó el proceso que incorporó como programa nacional el procedimiento de rehidratación oral y se dispone de la tecnología necesaria para la producción de las sales; el Gobierno garantiza el suministro de materia prima para la fabricación de tales medicamentos.

En cuanto al fomento y apoyo de la lactancia materna, se han organizado en los últimos años en el país talleres y seminarios subregionales con el liderazgo del Instituto Nacional de Nutrición y de la Dirección Maternoinfantil. Se realizó la evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios maternoinfantiles de seis subregiones de salud del país con resultados que fueron presentados al Primer Taller Nacional Regional.

Se elaboró un proyecto de atención integral del adolescente que fue presentado a la consideración de la autoridad del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, lográndose financiamiento por cuatro años a partir de enero de 1989. Se creó la Unidad de Promoción y Educación para la Salud de la Dirección Maternoinfantil y se elaboró el proyecto de normas y procedimientos para su funcionamiento. Merecen especial mención los programas de cooperación técnica con la Oficina Sanitaria Panamericana, que han permitido desarrollar una serie de actividades de capacitación y de investigación en nuestro país. Se ha preparado personal en diferentes aspectos, gerencia en salud maternoinfantil,

tecnologías perinatales, crecimiento y desarrollo, adolescencia, computación, gerencia y control de las enfermedades diarreicas, creación de la unidad de capacitación para el control de las enfermedades diarreicas, aptitudes de supervisión, Programa Ampliado de Inmunización y enfoque del riesgo.

El Dr. BIJOU (Haiti) fait le tour de la situation vraiment alarmante de la santé maternelle en Haiti ou 40 à 50% des femmes n'ont pas accès aux soins de santé. Les maternités sont peu équipées et manque de spécialistes tandis que dans certaines villes de provinces, les lits sont insuffisants. Le programme de protection maternelle accuse depuis un an environ un ralentissement notoire parce qu'il était financé à plus de 50% par l'aide bilatérale des Etats-Unis. Cependant, grâce à l'UNICEF, l'OMS, l'OPS et certaines agences multilatérales, les efforts nationaux ont pu maintenir les activités de santé infantile et un minimum de santé maternelle et de planification familiale.

Les dirigeants haitiens se soucient d'intensifier les activités accrues de protection maternelle et de planification familiale et des démarches sont en cours auprès du fonds des Nations Unies en vue de leur reprise. Eu égard aux sérieux problèmes financiers, la délégation haitienne s'inquiète des modalités d'application pratique de la résolution concernant la santé maternelle en Haiti et le Dr. Bijou estime qu'il faudrait faire en sorte de considérer la santé maternelle comme une action humanitaire et par conséquent la protéger des aléas politiques.

El Dr. ARRAUT (Colombia) indica que en su país el programa materno-infantil y el de planificación familiar han contribuido a reducir las tasas de fecundidad, natalidad, y mortalidad materna e infantil en los últimos decenios. Se ha producido una transición demográfica caracterizada por la disminución de las tasas de natalidad, de mortalidad general y de crecimiento demográfico. También se ha observado una fuerte migración de las zonas rurales a las urbanas y se han modificado los comportamientos en la salud reproductiva de las mujeres, especialmente en zonas densamente pobladas de los sectores urbanos marginales, que viven en pobreza crítica.

Colombia tiene actualmente una población de 29 millones y medio de habitantes, de los cuales el 66% corresponde a la población materno-infantil. La estructura de la población indica que Colombia es un país joven, con un 36% de menores de 15 años; el 27% de la población son mujeres en edad fértil, y el 3,12% son gestantes. Con relación a su crecimiento natural, a mediados de los años 60 nacían anualmente en Colombia 45 niños por cada 1.000 habitantes, y de éstos fallecían 13, resultando un crecimiento natural de 32 personas por 1.000 habitantes, tasa de crecimiento bastante alta. Veinte años más después, la situación es muy diferente. Los nacimientos se han reducido a 24 por 1.000 las muertes a 6 por 1.000, y la tasa de crecimiento es del 18 por 1.000, sin contar con la tasa de emigración internacional, que no está cuantificada. La mortalidad infantil ha descendido bastante en los 35 años últimos, aunque todavía es de 42 por 1.000. Coincide con el Delegado de Chile en que

sería importante conocer la tasa de mortalidad por municipios, ya que hay algunas regiones en Colombia con tasas de 80 por 1.000 y hasta de 100 por 1.000, y otras mucho más bajas que el promedio.

Las enfermedades del período perinatal son desde el año 1979 la primera causa de mortalidad infantil en Colombia y la tasa de mortalidad materna es de 10,37 por 10.000 mujeres en edad fértil. Las causas obstétricas directas ocupan el primer lugar en esta mortalidad, y entre ellas la hipertensión provocada por el embarazo es la responsable de más del 50% de las defunciones. El segundo lugar lo ocupa el aborto que con relación a la fecundidad ha descendido aceleradamente en los últimos años. En 1985 se observó una tasa de 3,2 hijos por mujer, y se espera para el año 2000, que será de 2,3 hijos por mujer. En la actualidad, el 40% de los niños menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición y los efectos de la desnutrición materna sobre el recién nacido se reflejan en dos fenómenos que pueden coincidir: la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Algunas acciones encaminadas a mejorar esta situación son: el fortalecimiento de la red de perinatología y de las sociedades científicas de pediatría y de obstetricia; la difusión de normas de planificación familiar y detención precoz del cáncer del cuello uterino y la atención materna perinatal; la jornada pediátrica sobre infección respiratoria aguda a nivel de los servicios de salud; la elaboración de un modelo nacional de valoración del desarrollo de menores de cinco años y de un manual de lactancia materna para el equipo de salud, así como de manuales de capacitación para organizar unidades de rehidratación oral comunitaria

y para voluntarios responsables de las mismas. Se distribuyen películas sobre planificación familiar, detección precoz del cáncer del cuello uterino y educación sexual; y, además, se agradece la ayuda recibida de instituciones internacionales como UFA, ADI, UNICEF, y Family Health International, e, indudablemente, la OPS y la OMS. Todas estas actividades mencionadas están enmarcadas dentro de un plan de salud básica para todos que en este momento desarrolla el gobierno.

Dr. ALEXIS (Grenada) said that maternal and child health care and other primary care programs were delivered in 26 dispensaries and 6 health centers in Grenada's seven health districts. The family planning program in Grenada, despite progress, was not as successful as they would like, as evidenced by the fact that there had been 2,872 births in 1983 and 3,102 in 1987. Teenage pregnancies had, however, gone down from 783 in 1983 to 600 in 1987. The overall success rate of the immunization program for DPT, polio and measles was 80%. There had so far been no AIDS cases in pregnancy, and only one maternal death had been recorded the previous year. Neonatal, perinatal, and infant mortality grouped together were still quite high (45 deaths out of 3,102 births last year), as were complications of pregnancy. He thanked PAHO, UNICEF, and especially Project HOPE, which had supplied additional staff, for their support of the child health care program, and expressed his support of the proposed resolution.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) said that the Overseas Development Administration intended to sharpen the primary health care focus of its activities, giving particular emphasis to maternal and child health and

family planning programs. The United Kingdom also aimed to encourage and reinforce the efforts of multilateral agencies in those program areas. He expressed support for the activities outlined in the proposed resolution in Document CD33/13, particularly those addressing the problem of maternal mortality and programs aimed at adolescents, and for PAHO's activities directed towards gaining a better understanding of the problems and improving program coordination.

Anguilla would be grateful for an expansion of screening cervical cytology and education in child abuse surveillance. The British Virgin Islands and the Turks and Caicos Islands were concerned about drug abuse and interested in prevention, rehabilitation and counseling services. They also wished to reaffirm their support for all initiatives in maternal and child health programming, including family planning, and in particular initiatives to reduce perinatal mortality.

A Dra. KUNZSTRA (Brasil) refere-se às ações empreendidas pelo Ministério da Saúde do seu país no campo da atenção materno-infantil, que é prioritário, e destaca que, em 1989, serão implantadas em todos os estados da federação unidades de saúde que também atribuirão prioridade às ações de saúde integral para a mulher e a criança. Além do seu trabalho com as secretarias estaduais, o Ministério da Saúde trabalhará diretamente com os municípios que não tenham sido incluídos no plano de implantação dessas secretarias para o Programa Materno-Infantil.



Informa a seguir que, no dia 12 de outubro próximo - o Dia da Criança -, o Ministério da Saúde lançará uma campanha nacional para que os secretários estaduais de saúde atribuam prioridade a esse Programa em seus respectivos estados. Essa campanha também envolve as sociedades médico-científicas e o INAMPS.

Além disso, a nova Constituição da República, a ser promulgada no próximo dia 6 de outubro, determina que certa percentagem do orçamento se destine especificamente ao Programa de Saúde Materno-Infantil, que seja adotada uma política nacional de atendimento ao adolescente e que se leve em consideração o direito dos casais de determinar o tamanho de suas proles, e o dever do Estado de propiciar os meios de planejamento familiar.

Consciente da necessidade de apoio total dos segmentos públicos, privados, nacionais e internacionais para o Programa, o Ministério da Saúde está empenhado em solicitar a colaboração de outras entidades, tais como a UNICEF, para ampliar ao máximo a cobertura da atenção materno-infantil, do planejamento familiar e dos cuidados de saúde do adolescente.

El Dr. PINILLOS (Perú) dice que su país todavía tiene una tasa de mortalidad de 80 por 1.000 como resultado de que el 30% de su población vive en la capital, donde la cifra oscila alrededor de 60. Existen una serie de poblaciones, particularmente las serranías, donde la mortalidad infantil alcanza tasas de 300 y hasta 400 por 1.000 nacidos vivos. Eso, sumado al hecho de que la tasa de crecimiento es del 2,6% anual, hace que se considere prioritaria la atención al programa de supervivencia infantil y planificación familiar.

Muchos de los componentes del programa no difieren en estrategia, están incluidos dentro del plan trienal y cuentan con un gran apoyo. Se ha logrado coordinar los esfuerzos de distintas instituciones que participan en acciones de salud, como la Seguridad Social, las fuerzas armadas, el Ministerio de Salud y grupos de actividad privada. Las modificaciones introducidas en los planes de estudio van a permitir enseñar la planificación familiar desde el colegio. Se está incluyendo, además, el programa de detección de cáncer del cuello uterino al programa de planificación familiar. Se ha incorporado la prensa a la discusión de los programas de planificación familiar y participa de forma activa en una serie de programas que permiten que la población conozca la existencia de los programas y los servicios que se les pueda ofrecer.

La participación de los organismos no gubernamentales está permitiendo ampliar los horarios para la atención en planificación familiar y se está atendiendo por las tardes en los centros de salud para permitir que las madres participen en la planificación.

Según estudios realizados, la gran mayoría de las mujeres conocía la existencia del programa de planificación familiar, y la mitad de ellas utilizaban métodos anticonceptivos tradicionales y el resto métodos modernos o activos. La razón por la cual optaban por los métodos tradicionales no era por motivos religiosos ni a causa del machismo, sino porque no tenían acceso a los servicios de salud para recibir esa atención.

Se ha autorizado la publicidad de distintos métodos de planificación familiar, particularmente para la píldora, lo cual ha ocasionado alguna oposición.

El orador coincide con el Presidente en que la detección del cáncer de cuello uterino debe incluirse en un programa de planificación familiar en el Perú, donde el 83% de los casos de ese cáncer son diagnosticados en fases tardías de carcinoma infiltrante.

El Dr. VALDEZ (Nicaragua) dice que a partir del triunfo de la revolución se ha logrado reducir la mortalidad infantil de 120 por 1,000 a 64 por 1.000 nacidos vivos. Esta cifra es alarmante todavía y debe reducirse.

Los Ministerios de Salud no son los productores de la salud; el verdadero productor de la salud es la sociedad. Se concibió una campaña mediante la movilización social que profundiza los logros conseguidos por la revolución. Se elaboró una campaña nacional para la defensa de la vida del niño, coordinada y presidida por el Presidente de la República, de la cual forman parte los otros ministerios del país. Esto llegó a resolver totalmente los problemas de coordinación y todo el mundo comenzó a trabajar para un solo objetivo. No se trata de evitar la mortalidad infantil, sino de proteger, de defender la vida del niño, no solamente evitar que muera, sino que encuentre posibilidades de mejorar su vida, luchar contra la desnutrición, asistir a la escuela, llevar una vida mucho más digna. Esta campaña tiene como objetivo fundamental movilizar la sociedad, mejorar las condiciones medioambientales y nutricionales, y llevar a cabo actividades educativas y prestar atención específica a las principales causas de mortalidad. Todo esto enmarcado a la descentralización y selección donde las prioridades y actividades pasa cada

localidad. Concluye diciendo que la mujer no solo debe desempeñar su papel de madre sino de miembro activo de la sociedad. Da las gracias al UNICEF, a la OPS y a los países amigos por colaborar en este proyecto.

The session was suspended at 11:15 a.m. and resumed at 11:30 a.m.  
Se suspende la sesión a las 11:15 a.m. y se reanuda a las 11:30 a.m.

ITEM 5.3: MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMS  
(continued)  
TEMA 5.3: PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR  
(continuación)

El Dr. NARANJO (Ecuador) dice que, a juzgar por ciertos indicadores económicos, su país progresa aceleradamente desde hace un decenio, sobre todo como consecuencia de sus ingresos por la exportación de petróleo. Paradójicamente, sin embargo, es el período durante el cual más se ha agudizado la pobreza. En efecto, la riqueza se concentra en manos de unas 60 familias que monopolizan los ingresos nacionales a expensas de las grandes mayorías que se empobrecen cada vez más. Así se explica que los índices de desnutrición generalizada y las tasas de mortalidad materna, infantil y perinatal precoz se mantengan estables o muestren una tendencia ascendente en los últimos años, al compás del aumento del desempleo y el subempleo.

El nuevo Gobierno, con amplio criterio social, ha adoptado la decisión política de cambiar esta situación y a ello se dedica con tesón. También ha asumido el compromiso de llevar el mensaje de la planificación familiar y de la salud para todos tanto a las poblaciones urbanas como a las rurales. Al respecto, aunque se dice que el Ecuador se está urbanizando progresivamente, lo cierto es que se están ruralizando

las grandes ciudades como Quito y Guayaquil, pues los campesinos que llegan a ellas en busca de trabajo se quedan después y subsisten en condiciones infrahumanas. Precisamente en este ámbito se están empezando a desarrollar programas de atención de la salud, en los que se otorga preferente atención al médico familiar.

El orador se adhiere a la solicitud formulada por el Representante del Perú para que en los programas de salud materno-infantil se incorporen pruebas que permitan detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, al menos en todos los países en los cuales esta enfermedad constituya un problema grave. También es partidario de la iodación de la sal para combatir el bocio adquirido, que es endémico en la zona andina, y de la aplicación de un sencillo método de diagnóstico del bocio congénito, que generalmente es de tipo neurológico y más grave, y que consiste en tomar en un papel absorbente una gota de sangre del talón del recién nacido para su correspondiente análisis.

El Dr. BARZELATTO (OMS) recuerda que el Programa Especial de la OMS de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana prepara cada dos años un presupuesto por programas, que somete primero a la consideración de su grupo asesor científico y técnico y después al Comité Asesor de Política y Coordinación.

Cada presupuesto entraña un plan específico detallado y definitivo para el bienio y proyecciones provisionales para el bienio siguiente, o sea para unos cinco años. Por eso, muchas de las actividades que han de desarrollarse en el decenio 1990-1999 pueden encontrarse en el correspondiente informe bienial. En él se destacan los avances concretos logrados

en materia de investigación dentro y fuera del Programa, las inversiones por países y los nombres de las instituciones y de los investigadores participantes.

El programa fue establecido por la Organización Mundial de la Salud en 1961 y se puso en marcha en 1972. Desde entonces ha seguido una clara evolución, que corresponde a los distintos objetivos perseguidos. En los años 50 y 60 la preocupación era fundamentalmente controlar el crecimiento de la población, la llamada explosión demográfica, pero ahora interesa mucho más la explosión de la pobreza y el acento recae en la necesidad de integrar la salud como parte de cualquier plan de desarrollo. En la salud reproductiva hay cuatro componentes esenciales: la planificación familiar, la salud materna, la salud infantil y el control de las enfermedades sexualmente transmisibles. Cabe destacar al respecto que después de la intensa oposición ideológica y cultural que se planteó en los años 50 a la planificación familiar, hay ahora una aceptación prácticamente unánime de este concepto, aunque subsista el debate sobre los métodos legítimos que consideraciones culturales o religiosas permitan utilizar al desarrollo de prácticas anticonceptivas. Sobre todo en los países en desarrollo, se suman ahora las investigaciones epidemiológicas de seguridad y eficacia de los métodos y los estudios sociales de las relaciones entre proveedores y usuarios.

El programa depende fundamentalmente de cuatro factores: 1) las necesidades de los países; 2) la voluntad política de los gobiernos; 3) las ventajas y desventajas relativas implícitas, y 4) los recursos disponibles. Las necesidades varían con el tiempo, pero cambian también

las percepciones de la opinión pública y de los poderes políticos. Si globalmente hay que desarrollar y perfeccionar los métodos existentes, en el plano nacional hay que mejorar las condiciones de salud reproductiva.

Las necesidades globales se destacan por diversas razones. Primero hay un aumento del uso de los métodos de regulación de la fertilidad y cada día son más las parejas que usan anticonceptivos o que demandan atención para sus problemas de infertilidad. En segundo lugar aparece el reconocimiento del papel que desempeñan dentro de la atención de la salud. En tercer término se observa la insuficiencia de los métodos actuales, que son bastante aceptables pero cuyas limitaciones se reflejan de distintas maneras. El porcentaje de interrupción del uso de los métodos es alto y la mujer que ha decidido no tener más hijos arriesga incluso su vida, recurriendo a un aborto ilegal cuando no puede hacer otra cosa.

De todas maneras, las encuestas están demostrando que la esterilización femenina gana terreno con respecto al uso de los anticonceptivos reversibles. Además, cada día es menor el promedio de edad de las mujeres que recurren a la esterilización, lo que crea un conflicto serio en muchos países. Por otra parte, en América Latina se plantea también el problema de las mujeres que quieren volver a tener hijos una vez que han sido esterilizadas.

También resulta preocupante que las grandes compañías internacionales no prosigan sus investigaciones en busca de metodologías nuevas, como consecuencia de demandas judiciales que muchas veces han terminado con fallos condenatorios. A la vez, cabe destacar que desde el punto de vista nacional, el problema consiste fundamentalmente en mejorar la calidad de vida de la población, y el programa dedica a la cuestión un

tercio de su presupuesto. Entre las limitaciones encontradas en los distintos países, resulta notorio el divorcio entre la autoridad política, los investigadores y los consumidores, que no entablan diálogo con el propósito de conciliar sus intereses, a veces contrapuestos, y mucho menos se ponen de acuerdo en emprender acciones concertadas.

Otra restricción es la falta de recursos, que se observa especialmente en los países en desarrollo. Aparte de este análisis de las necesidades, es indispensable tener presente cuál es el mandato del Programa, muy amplio por cierto, habida cuenta de las limitaciones presupuestarias. De todas maneras, el acuerdo de la Asamblea indica el siguiente orden de prelación: primero, promoción y apoyo para el desarrollo y perfeccionamiento de los métodos de regulación de la fertilidad para que sean inocuos y eficaces; segundo, identificación y evaluación de los problemas de salud que se plantean en el área; tercero, análisis de los factores sociales y de conducta que crean los problemas existentes; cuarto, fortalecimiento de la capacidad de investigación de los países en desarrollo, y quinto, colaboración y coordinación dentro del país y en el ámbito internacional.

Las ventajas relativas del Programa son muchas. Primero, es parte del sistema de las Naciones Unidas y desde el mes de mayo cuenta con el auspicio conjunto del PNUD, el fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Segundo, la OMS es el agente de ejecución, por lo cual el Programa tiene el respaldo de toda su estructura. Tercero, se facilita el acceso de la comunidad científica internacional y en este sentido cabe recordar que en 1987, 152 científicos participaron en los distintos



comités del Programa. Sin las limitaciones que entrañan las relaciones bilaterales, se dispone de una red mundial de centros colaboradores que permite llevar a cabo investigaciones en el plano multinacional. Empero, también existen desventajas relativas. En primer lugar, el financiamiento es limitado e incierto, pues se basa casi totalmente en contribuciones voluntarias. En segundo término, la flexibilidad es menor que la que tendría una empresa privada, porque es imprescindible usar todos los procedimientos propios de un sistema internacional. Finalmente, existe una menor capacidad para manejar las diferentes etapas de desarrollo de determinado producto y para colocarlo por último en el mercado.

En cuanto a sus funciones, el Programa brinda apoyo a la investigación y el desarrollo. El orden de prioridad se vincula tanto con la necesidad, en cuanto con la factibilidad técnica. A veces los adelantos científicos no son suficientes para resolver problemas que requerirían urgente solución.

El Programa concede máxima urgencia al análisis epidemiológico para evaluar los métodos existentes, pero tampoco descuida los métodos que están en una etapa avanzada de desarrollo si se supone que se pueden utilizar con éxito en los programas de planificación familiar. En cambio, prácticamente no se ocupa de la investigación básica, a menos que esté dirigida a resolver un problema importante muy concreto.

La segunda función es la ampliación de los recursos destinados a la investigación en los países en desarrollo. Para mejorar la capacidad de investigación de los países se promueve la participación de investigadores e instituciones por conducto de una red de centros mundiales. En otras palabras, en esta se procura ayudar a los países en desarrollo a

mejorar su capacidad de investigación para enfrentar sus propios problemas como en realidad los perciben y no desde un punto de vista global y centralizado. Para ello se les brindan los recursos pertinentes y se les pone en contacto con las instituciones capaces de facilitarles asistencia bilateral complementaria.

En tercer lugar, el Programa tiene una función consultiva; responde así a consultas de muy diversa índole y recomienda, por ejemplo, el uso de los dispositivos intrauterinos más económicos y eficaces.

Otra función importante es la difusión de la información. Además del informe bienal, se distribuyen entre la comunidad internacional un folleto que aparece cada tres meses y numerosas publicaciones de simposios y reuniones de distintos tipos. Asimismo es importante la tarea que cumplen las Oficinas Regionales y los representantes en los distintos países, que responden a las más diversas consultas de las autoridades de salud y planificación familiar y hasta del público en general. Por otra parte, el Programa mantiene una producción de reactivos para estandarizar y mejorar la calidad de los métodos de laboratorio, publica libros con diferentes metodologías de análisis que se usan internacionalmente y ayuda a desarrollar protocolos de investigación que sirven luego de modelo.

También se ocupa de mejorar las normas de regulación farmacéutica, y su labor ha sido reconocida por organismos tan importantes como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América y la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, celebrada en México.

Finalmente, el Programa ha tenido siempre presentes los aspectos éticos, y el Comité de Análisis Etico por él creado ha servido de base para el desarrollo de sistemas nacionales de control ético de la investigación.

El Dr. SOLIS (OSP) considera muy importante que se haya reiterado la validez conceptual de la salud familiar en general y de la salud maternoinfantil en particular, y señala que ha tomado debida nota de todas las consideraciones y propuestas formuladas en el curso del debate. Agrega que los componentes técnicos del programa regional han quedado incorporados dinámicamente a los distintos programas nacionales y que se abren interesantes perspectivas de obtener resultados satisfactorios a corto plazo.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Reaffirming and reiterating the concepts and mandates contained in Resolutions CD30.R8 and CD31.R18 of 1984 and 1985, respectively;

Recognizing the advances achieved by the joint work of the Organization, the Member Countries, and the United Nations Population Fund in execution of the mandates contained in the aforementioned resolutions;

Taking note of the constraints that prevent a faster pace of execution; and

Reaffirming the statements contained in Document CD33/13, "Maternal and Child Health and Family Planning Programs," which the Director has presented as a second progress report on the status of execution of the Organization's policy for action in population matters,

RESOLVES:

1. To urge Member Governments:

- a) To continue efforts to implement the mandates contained and unanimously adopted in Resolutions CD30.R8 and

CD31.R18, so that faster progress can be made in the strengthening of maternal and child health and family planning programs and of actions among groups at greatest risk and adolescents in particular, to reduce differences between and within the countries;

- b) To make a special effort to study information on population, health and existing services so as to keep current the situational diagnosis needed to program the measures to be taken in the last decade of the century;
- c) To design specific proposals for the participation of other development sectors in coordinated actions to benefit the health of mothers, children, and the population at large;
- d) To take the necessary action to coordinate technical and financial cooperation in the area of population, health, and development, and especially in maternal and child health and family planning programs;
- e) To emphasize not only the extension of coverage but also the quality of maternal and child health and family planning services as part of the strategy for the development and strengthening of local health systems;
- f) To set, as soon as possible, goals for the reduction of maternal mortality and morbidity, and to design plans of action for the reduction of maternal mortality by at least 50% in the next seven years in those countries where the indicator is high;
- g) To initiate intersectoral and sectoral actions directed toward the community, teachers, and parents, with a view to helping adolescents to develop healthy life styles and avoid risk-associated behaviors that lead to drug addiction, accidents, sexually transmitted diseases, and unwanted pregnancies.

2. To request the Director:

- a) To continue the support of activities required for implementation of the collective mandates in this field, especially the mobilization of national and international technical and financial resources for a more appropriate response to existing needs;
- b) To report on the progress made in this area to the Directing Council at its meeting in 1991.

## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando y reiterando los conceptos y mandatos contenidos en las Resoluciones CD30.R8 y CD31.R18 de 1984 y 1985, respectivamente;

Reconociendo los avances logrados por el trabajo conjunto de la Organización, los Países Miembros y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en la ejecución de los mandatos contenidos en las resoluciones anteriores;

Tomando nota de las restricciones encontradas para un desarrollo más acelerado de las acciones, y

Afirmando las ponencias contenidas en el Documento CD33/13, titulado "Programas de salud materno-infantil y planificación familiar", que el Director presenta como segundo informe de avance sobre el estado de la ejecución de la política de acción de la Organización en asuntos de población,

## RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) Continúen los esfuerzos para ejecutar los mandatos contenidos y adoptados por unanimidad en las Resoluciones CD30.R8 y CD31.R18 en tal forma que se avance con mayor celeridad en el fortalecimiento de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar, reforzando las acciones, en los grupos de mayor riesgo y especialmente los adolescentes, a fin de disminuir las diferencias existentes entre países y dentro de los mismos;
  - b) Realicen un esfuerzo especial para analizar la información demográfica, de salud y de servicios existentes que permita mantener actualizado y sobre bases permanentes el diagnóstico de situación necesario para programar las acciones a desarrollar en la última década del siglo;
  - c) Diseñen propuestas concretas para la participación de otros sectores del desarrollo en las acciones coordinadas que beneficien la salud de las madres, los niños y la población en general;
  - d) Realicen la acción necesaria para coordinar la cooperación técnica y financiera en el campo de la población, la salud y el desarrollo y en especial en los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar;

- e) Den énfasis no solo a la extensión de cobertura sino también a la calidad con que se prestan los servicios de atención maternoinfantil y planificación familiar, como parte de la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud;
  - f) Fijen cuanto antes metas de reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y diseñen planes de acción para lograr reducir la mortalidad materna por lo menos en un 50% en los próximos siete años, en aquellos países en donde el indicador sea alto;
  - g) Inicien acciones intersectoriales y sectoriales dirigidas a la comunidad, los maestros, y los padres, destinadas a que los adolescentes desarrollen estilos de vida saludables y eviten las conductas de riesgo que determinan drogadicción, accidentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
2. Pedir al Director que:
- a) Continúe apoyando las actividades que demanda la ejecución de los mandatos colectivos en este campo y en especial la movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que permitan dar respuestas más adecuadas a las necesidades existentes;
  - b) Informe sobre los progresos realizados en esta área a la reunión del Consejo Directivo a celebrarse en 1991.

The Representative of Peru had proposed that operative paragraph 1.e) be amended to read:

To emphasize not only the extension of coverage but also the quality of maternal and child health and family planning services, which should include detection of cervical cancer, as part of the strategy for the development and strengthening of local health systems.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) sugiere que se introduzca un cambio en la redacción del punto 1.f) de la parte dispositiva del proyecto de resolución sometido a la consideración del plenario, para hacerlo más claro y preciso. El nuevo texto diría lo siguiente: "Fijen cuanto antes metas de reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y diseñen planes de acción para lograr reducir significativamente la

mortalidad materna en los próximos siete años. En aquellos países con tasas iguales o superiores al 6 por 10.000, estas metas deben ser de por lo menos el 50% de reducción de las tasas actuales". Así se mantiene el 50% para los países en donde el indicador sea alto, se define qué se entiende por tasa elevada y se invita implícitamente a los países con tasas inferiores al 6 por 10.000 a que sigan realizando los máximos esfuerzos por reducir la tasa de mortalidad.

Ms. FEENEY (United States of America) said her Delegation wished to propose two changes to the proposed resolution designed to strengthen it and make it more specific and action oriented, in line with the Director's comments.

The first proposed change was to operative paragraph 1.f), which it was felt should contain specific dates and set specific goals, which the staff of the Maternal and Child Health Program would be asked to suggest in the light of their knowledge of the situation in the Region. Paragraph 1.f) would then read: "To work with PAHO to set national goals by x date for maternal mortality and to develop national plans of action by x date for the reduction of maternal mortality by at least x % in the next seven years in those countries in which the maternal mortality rate per 10,000 live births is above x."

To complement the above amended paragraph, it was proposed to add to operative paragraph 2 a new subparagraph (b) reading: "To assist Member Governments in setting national goals for the reduction of maternal mortality and in developing national plans of action to achieve those goals"; the present subparagraph 2.b) would then become subparagraph 2.c).

In view of the changes, her Delegation suggested that the proposed resolution be redrafted and presented to the Directing Council for consideration the following day.

El Dr. PINILLOS (Perú) manifiesta que las dos propuestas formuladas en relación con el punto 1.f) de la parte dispositiva del proyecto de resolución examinado entrañan en realidad dos enmiendas distintas, una más genérica y menos específica que la otra, y que como tales deben ser presentadas a la consideración del Consejo Directivo.

El PRESIDENTE agradece la aclaración formulada por el Representante del Perú y sugiere que los Representantes del Brasil, los Estados Unidos de América y el propio Perú constituyan un grupo de trabajo encargado de redactar los correspondientes proyectos de resolución que serán considerados en la sesión plenaria por celebrarse en la mañana del viernes, 30 de septiembre.

The session rose at 12:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.



directing council

regional committee

PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION



XXXIII Meeting

XL Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

INDEXED

CD33/SR/8

29 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE EIGHTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA SESION PLENARIA

Thursday, 29 September 1988, at 2:40 p.m.  
Jueves, 29 de septiembre de 1988, a las 2:40 p.m.

President: Dr. Francisco Montbrun Venezuela  
Presidente:

Later: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay  
Después:

Contents  
Indice

Item 5.5: Joint Plan of Action for the Andean Subregion  
Tema 5.5: Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Indice (cont.)

Item 5.6: Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems

Tema 5.6: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud

Fourth Report of the Committee on Credentials

Cuarto Informe de la Comisión de Credenciales

Item 5.7: Program Policies in Food and Nutrition

Tema 5.7: Política del Programa en Alimentación y Nutrición

Item 7.5: Abraham Horwitz Award for Inter-American Health

Tema 7.5: Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana

Item 5.7: Program Policies in Food and Nutrition (resumed)

Tema 5.7: Política del Programa en Alimentación y Nutrición (reanudada)

The session was called to order at 2:40 p.m.  
Se abre la sesión a las 2:40 p.m.

ITEM 5.5: JOINT PLAN OF ACTION FOR THE ANDEAN SUBREGION  
TEMA 5.5: PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LA SUBREGION ANDINA

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) dice que se dieron a conocer a los miembros del Comité Ejecutivo los acuerdos de cooperación suscritos en la Subregión Andina, el Acuerdo de Cartagena y el Convenio Hipólito Unanue, y se formuló un Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina, ratificado por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, la cual pidió el apoyo de los gobiernos y encargó al Director que informara periódicamente sobre esta cuestión a los Cuerpos Directivos.

En noviembre de 1987 los Ministros de Salud del Area Andina, reunidos en Quito, aprobaron el Plan de Acción Conjunto compuesto de cinco áreas prioritarias: infraestructura de servicios de salud, salud maternoinfantil, malaria, medicamentos esenciales, y fármacodependencia. También se acordó incorporar como sexta área prioritaria la referencia de desastres naturales. El propósito era utilizar los recursos nacionales y subregionales y la cooperación entre países en apoyo de las áreas prioritarias. Se señaló que los países de la Subregión Andina tienen problemas comunes y en consecuencia este plan es fruto de la decisión política de todos los Gobiernos para fortalecer la integración andina, especialmente en materia de salud, sin descuidar otros sectores.

En el debate, el Representante del Ecuador sometió al Comité Ejecutivo la propuesta de creación de un Instituto Subregional Andino de

Investigación para el Desarrollo de la Salud, con sede en Quito, que utilizaría la infraestructura existente en el Ecuador y estaría financiado con recursos propios, pidiéndose al Comité Ejecutivo solo el respaldo internacional de la OPS. Dicho instituto estaría integrado por componentes de medicina social, nutrición e investigaciones odontológicas, y podría actuar como centro OMS de salud oral, similar a los ya existentes en Africa y Asia. El proyecto se está negociando con la OMS y ha suscitado un espíritu solidario.

Se trataron en la Reunión diversos aspectos conexos, con la participación del observador por el Convenio Hipólito Unanue, varios oradores y el Director de la OPS. Se presentó un proyecto de resolución que fue aprobado por el Comité Ejecutivo y cuyo texto se propone al Consejo Directivo, con el propósito de felicitar a los Gobiernos de los Países Andinos por el Plan de Acción Conjunto, enviar dicho plan a la OMS y al Parlamento Andino para que le den su apoyo, y fundamentalmente pedir al Director que oriente la cooperación técnica de la Oficina hacia los objetivos del plan, y procure otras fuentes de financiación para que la propuesta pueda ser puesta en práctica.

El Dr. OCHOA (Subdirector, OSP) menciona algunas actividades realizadas durante los últimos meses y particularmente después de la reunión del Comité Ejecutivo, como las reuniones subregionales de los grupos técnicos en las seis áreas prioritarias, y la reunión de directores generales de salud y personal técnico del sector, celebrada en Bogotá en el mes de agosto, en la que se avanzó en la preparación de proyectos de intercambio de información y en la definición de actividades

para el futuro inmediato. En esta reunión se analizaron en detalle algunos proyectos subregionales en malaria, infraestructura, desastres, y medicamentos esenciales. En materia de fármacodependencia y de salud maternoinfantil se continúa la preparación de proyectos nacionales y reuniones subregionales para determinar proyectos y actividades prioritarias. Los proyectos se presentarán a la próxima Reunión de Ministros de Salud del Area Andina.

En cuanto al Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se realizó una reunión de los puntos focales de los países de la Subregión Andina donde se recomendó incorporar progresivamente las actividades de este programa a las seis áreas prioritarias de la cooperación andina en salud. Se han celebrado reuniones fronterizas para resolver problemas de salud comunes a dos o más países. Se ha divulgado el documento básico aprobado por los Ministros de Salud en 1987 entre las agencias y los gobiernos interesados en la iniciativa y dispuestos a contribuir al financiamiento de algunos de sus proyectos o componentes.

La OPS/OMS ha seguido dando cursos y asesorías diversas dentro del Programa Operativo Anual de Cooperación Técnica en cada país. En la reunión de directores generales se acordó un plan de trabajo que prevé la contribución a la preparación de proyectos nacionales y subregionales, incrementar la cooperación entre países a través de los convenios bilaterales, y reorientar la cooperación técnica de la Organización y de otras agencias hacia estas áreas prioritarias. Se está tratando de lograr la mayor coordinación posible con el Tratado de Cooperación Amazónica, compuesto por los países andinos, Brasil, Guyana y Suriname.

Se está trabajando especialmente con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, y dentro de poco se elaborará el plan de trabajo conjunto para 1989. Por último, en respuesta a la Resolución XXIII de la Tercera Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud Animal, que solicitó a la Oficina la coordinación y el apoyo al programa regional para la eliminación de la rabia urbana, la Secretaría preparó un proyecto que se está sometiendo a la aprobación de la Comunidad Económica Europea. En el documento figura un anexo con la lista de los proyectos preliminares en proceso de preparación.

El Dr. SUAREZ (Bolivia) dice que, tras varias reuniones previas celebradas para abordar la integración del grupo subregional andino y las estrategias del desarrollo de las áreas prioritarias se convocó en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en agosto de 1988, la primera reunión, donde se presentó una resolución específica, corroborada por la reunión de Bogotá, para su transmisión al Consejo, en la que se recomienda a los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS y a los Países Miembros que perseveren y en lo posible incrementen el apoyo al desarrollo de los sistemas locales de salud, que expresen su interés y encarezcan el valor estratégico de dichos sistemas, promuevan la participación y movilización social, la descentralización, la intersectorialidad y los enfoques tecnológicos que eleven el nivel de salud de los pueblos y favorezcan todas las acciones políticas, económicas y culturales que contribuyan a esa causa.

El Dr. VILLEDA (Honduras) dice que, en cuanto a la estrategia para el futuro de este Plan de Acción Conjunta de la Subregión Andina, los países de Centroamérica han acumulado en los últimos cuatro años una

experiencia muy valiosa, promovida por el Plan de Necesidades Prioritarias en Salud de Centroamérica, Panamá y Belice, que se ha manifestado en el fortalecimiento institucional de los ministerios y en el crecimiento de la capacidad del personal en materia de formulación, gestión y gerencia de proyectos nacionales y subregionales, incluido el de nivel superior y de ministros. Este personal, sin ser especialistas en proyecto, ha acumulado conocimientos que la Dirección de la OPS y la Secretaría del Convenio Hipólito Unánue podrían aprovechar y que cabría poner a la disposición de los Países Andinos. Propone que los funcionarios de la OPS responsables del Plan de Acción Conjunta para la Subregión Andina estudien la factibilidad de incluir entre las estrategias para el futuro del Plan una que permita la transferencia eficaz, oportuna y a un costo aceptable de dichos conocimientos a los Países Andinos.

El Dr. INFANTE CAMPOS (Observador, España) expresa el apoyo de su Gobierno a la iniciativa subregional andina. En la REMSSA celebrada en Quito ante la preocupación de los Ministros por mejorar la capacitación gerencial en algunos de los subsectores, particularmente el hospitalario, se concibió una iniciativa de cooperación que ha comenzado a ejecutarse en el Centro de Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia, dependiente del Instituto de Cooperación Iberoamericana, y que pretende actuar como lugar permanente de formación de cuadros en dicha área. Se está examinando la posibilidad de mantener e incrementar en 1989 la oferta de cooperación española en las áreas de recursos humanos, medicamentos esenciales, apoyo técnico a las administraciones sanitarias nacionales y, ocasionalmente,

desastres naturales. En la actualidad se trabaja con las autoridades de la Oficina en la definición de acciones concretas que incorporen como rasgo principal la identificación y el apoyo a aquellas instituciones públicas o parapúblicas ya existentes en los países y que se ocupan de las áreas citadas.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the report on Andean cooperation in health (Document CD33/17), which summarizes the guidelines and strategies in the priority areas for joint action by the countries of the Andean Subregion;

Taking note of Resolution CSP22.R22 of the XXII Pan American Sanitary Conference, which supports the formulation of a joint plan of action for the Andean area; and

Recognizing the efforts made by the countries of the Subregion, the Secretariat of the Hipólito Unanue Agreement and PAHO for the joint framing and implementation of health measures,

RESOLVES:

1. To congratulate the Governments of the Andean countries on the preparation of the Joint Plan of Action and the commitment that this represents, especially in terms of the effort that the Andean countries will have to make to mobilize local resources and obtain support from external sources.

2. To forward this Plan to WHO and to the Andean Parliament in order to promote active consideration and support for it.

3. To request the Director:

- a) To orient PASB technical cooperation to the Andean area in keeping with the objectives and strategies of the Plan of Action;
- b) To seek, jointly with the Governments of the Andean countries, the support of other agencies and governments in and outside the Region for the execution of this Plan;
- c) To endeavor, jointly with the Governments of the Andean countries, to accelerate implementation of the Plan of Action.



## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre cooperación andina en salud (Documento CD33/17), que presenta en forma resumida las orientaciones y estrategias en relación con las áreas prioritarias para las acciones conjuntas de los países de la Subregión Andina;

Tomando nota de la Resolución CSP22.R22 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, que apoya la formulación de un plan de acción conjunto para el Area Andina, y

Reconociendo el esfuerzo que han llevado a cabo los países de la Subregión, la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y la OPS para definir y adelantar las acciones de salud en forma conjunta,

## RESUELVE:

1. Felicitar a los Gobiernos de los países andinos en la preparación del Plan de Acción Conjunto, y por el compromiso que éste representa, sobre todo en términos de los esfuerzos que los países andinos deberán realizar para movilizar recursos nacionales y para obtener el apoyo de recursos externos.

2. Enviar este Plan a la OMS y al Parlamento Andino para promover la activa consideración y el apoyo al Plan.

3. Solicitar al Director que:

- a) Oriente la cooperación técnica de la Oficina en el área andina de acuerdo con los objetivos y estrategias del Plan de Acción;
- b) Busque el apoyo, juntamente con los Gobiernos de los países andinos, de otros organismos y gobiernos dentro y fuera de la Región para apoyar la ejecución de este Plan;
- c) Juntamente con los Gobiernos de los países andinos, trate de acelerar la puesta en práctica del Plan de Acción.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.6: DEVELOPMENT AND STRENGTHENING OF LOCAL HEALTH SYSTEMS IN THE TRANSFORMATION OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS

TEMA 5.6: DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Comité Ejecutivo analizó con detenimiento e interés el documento presentado por el Dr. Paganini, aclarando que el tema de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS ya había sido estudiado en la última reunión de 1987 del Subcomité de Planificación y Programación. Por otra parte, luego de dicho informe el Director se refirió a lo que se considera como una de las más importantes estrategias en la meta de salud para todos en el año 2000 en la Región. Hace 10 años, cuando los países de la Región asumieron el compromiso de alcanzar la salud para todos, definieron como estrategia básica el desarrollo de la atención primaria y sus principales componentes. A pesar de los importantes esfuerzos realizados, todavía persisten en la Región la inequidad y la pobreza que impiden a amplios sectores de la población el acceso a una vida económicamente productiva. En su presentación, el Dr. Paganini hizo una exposición detallada de los problemas de salud en las Américas, que se plantean en medio de una profunda crisis económica, con la patología típica de los países en subdesarrollo y con demandas mayores y complejas. Se refirió también a los cambios ya iniciados en los países y a la necesidad de que el fortalecimiento de los SILOS se ciña a las condiciones reales de la población.

Desde su última reunión de 1987 el Subcomité juzgó también que el fortalecimiento de los SILOS puede ser la respuesta a los problemas de inequidad e ineficacia de determinados servicios. Tratándose de un

mecanismo que contribuye a garantizar los objetivos y prioridades de los países, se impone la necesidad de prestar mejores servicios integrados de salud. En el debate sobre el tema se mencionaron aspectos de interés, como la necesidad de atender la formación de personal a nivel de los sistemas locales, la interacción de los diversos programas, el tratamiento aparentemente insuficiente de los problemas de financiación, el desarrollo de la capacidad de gestión de los sistemas locales, la necesidad de análisis continuos de la situación y la conveniencia de armonizar los sistemas locales con la producción, tanto desde el punto de vista farmacéutico como tecnológico. El fortalecimiento de los niveles locales amortiguaría las repercusiones de los cambios de gobierno sobre el programa de salud, que tendría más continuidad.

La participación de la mujer en la nueva organización y en su calidad de principal responsable de la salud de la familia fueron otros aspectos que se analizaron. Se dejó establecido que esta propuesta no es esquemática ni puede ser trasladada en bloque para ser utilizada en cada país con un criterio vertical, sino que los propios países deben desarrollar en un sistema verdaderamente democrático horizontal, con participación directa de los niveles locales en la formulación de sus programas y en la organización de los servicios, sin perder de vista la concepción de los sistemas nacionales de salud, para evitar una disgregación del sistema de servicios de salud que conduzca a una atomización no solamente de la oferta sino también de la planificación.

El Comité aprobó su Resolución X, en la que se recogen los diversos aspectos del Plan enumerado en el debate y se solicitó a la

XXXIII Reunión del Consejo Directivo que adopte una resolución para lograr que los gobiernos den su apoyo al desarrollo de los sistemas locales de salud, en colaboración con la propuesta de la Organización para este tema.

El Dr. VILLEDA (Honduras) dice que el futuro es previsible, y a eso tienden las políticas, estrategias y tácticas. Recuerda que todos los países tienen alguna modalidad semejante a los SILOS, pero carecen de la coordinación y de la eficacia necesarias, y lo que se pretende es que la población reciba el beneficio de todos los sectores nacionales con la capacidad existente. En septiembre de 1987 se inició en Honduras el proceso de fortalecimiento de la capacidad de gerencia de los servicios de salud, tras una autocrítica en la que participaron todos los exfuncionarios del Ministerio de Salud. Otra acción gubernamental en ese sentido fue la creación del gabinete de desarrollo social, que comprende las instituciones con las que se debe mantener una coordinación y cooperación. Actualmente las regiones sanitarias están analizando sus respectivas redes de servicios, organizando los recursos en cada unidad productora de servicios y examinando la calidad y cantidad de atención solicitada y las estrategias para abordar los problemas de salud prioritarios. La OPS presta su apoyo a este proceso, y a la celebración de un seminario subregional sobre los SILOS, convocado en Honduras a finales de enero de 1989.

El Dr. SUAREZ (Bolivia) indica que en su país se han aplicado dos estrategias básicas, fortalecer el subsector salud, y la movilización y participación popular. Parte sustancial de la política de salud ha

consistido en adoptar un modelo de atención regionalizado y descentralizado que haga más eficaces las acciones de salud y permita la utilización óptima de los escasos recursos del subsector. Además, se ha hecho hincapié en la acción intersectorial y la participación social. Como síntesis de la decisión política de resolver los problemas de salud de la población y modernizar la estructura de los servicios, el país ha adoptado la estrategia de los SILOS, adecuándola a sus características propias. En virtud del interés nacional por el desarrollo de los sistemas locales de salud, la Subregión Andina y el ministerio de su país promovieron la iniciativa de realizar un seminario-taller de la Subregión, con la participación de Venezuela, Colombia, Perú y Bolivia, donde se aprobó la resolución a la que se dió lectura, y que se conoce como el mensaje de Santa Cruz de la Sierra, adoptado como principal estrategia los sistemas locales de salud.

El Dr. MONTALVO (Cuba) felicita a la Secretaría por el documento presentado y los esfuerzos que despliega la OPS por mejorar los sistemas locales de salud. Su país confiere una elevada prioridad a la salud, y a lo largo de 29 años de revolución se han desarrollado extensos programas de inversiones que han permitido la multiplicación de los recursos y servicios y la obtención de una cobertura total. La estrategia de los SILOS se aplica en Cuba sistémicamente con una atención integral de la salud en el plano local. La instauración de la administración descentralizada por los organismos locales del poder popular a mediados del decenio de 1970 consolidó el desarrollo de los sistemas de salud a nivel municipal y provincial, con una administración directa de los

recursos y la coordinación de toda la infraestructura de salud, y de esa forma se puede resolver alrededor del 90% de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. El nuevo modelo del médico de familia ha facilitado la interacción de la población con los servicios, y promovido la autorresponsabilidad en la solución de sus problemas.

Los consultorios de los médicos de familia de las comunidades locales están articulados, mediante el enfoque sistémico, al policlínico, al hospital y a la facultad de medicina correspondientes, según su ubicación. Dichos consultorios forman los sistemas locales de salud y constituyen el punto focal del proceso de gestión periférico de los servicios de salud, bajo la influencia de la unidad ejecutora, que es el policlínico. El nivel central tiene la función normativa de la coordinación nacional del sistema de salud, en el que se formulan políticas globales y se definen los sistemas de apoyo logístico, técnico y administrativo que requiera la descentralización periférica para la discusión de los programas y prestación de servicio de nivel local. El enfoque sistémico garantiza la centralización normativa y la descentralización ejecutiva.

Conviene señalar que los avances expuestos han sido posibles gracias a la decisión y voluntad política de la dirección de su país, que ha asignado recursos adecuados y los ha distribuido equitativamente, así como a la solidez del compromiso del pueblo en la solución de sus problemas.

El Dr. MIGUES BARON (Uruguay) dice que son evidentes las dificultades con que han tropezado todos los países de la Región para

encontrar formas de obtener una transformación substancial de sus sistemas de salud. La atención primaria de salud como estrategia, pese a todo lo que ha aportado a nivel local, no ha logrado aun las transformaciones estructurales del sistema de salud que se pretenden.

Para su país, la constitución y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud es el camino para dispensar una atención equitativa, eficiente y eficaz a las poblaciones locales, en relación con su medio ambiente. La concepción de los SILOS propugnada por la OPS representa el paradigma para todos los países de la Región que aspiren a constituir un verdadero sistema nacional de salud. La decisión ambiciosa de transformar los sistemas de salud de un día para otro suscitaría dificultades de carácter político, pero si la tarea se inicia con la creación y fortificación de los sistemas locales de salud, es probable que a mediano o largo plazo se constituya, por sí solo, un verdadero sistema nacional de salud.

Lo que da a los sistemas locales su verdadera transcendencia es el hecho de que la salud es un fenómeno local. Siendo así, difícilmente puede concebirse que los problemas que crea la salud a nivel local siempre se resuelvan con un criterio de centralización, y este ha sido el gran obstáculo que han tenido los países para alcanzar una forma eficiente de servicios de salud. Es el caso de su país, que tiene un centro de poder en la capital, con líneas que se extienden a todos los confines de la nación, lo que ha impedido que en el sector salud se reconozca cierta autonomía operativa a los niveles locales que les permitan reaccionar con prontitud a los problemas de salud que se plantean. Se están haciendo ingentes esfuerzos por cambiar esta situación,

lo que no es fácil. Por ello resulta demasiado ambicioso exigir decisiones nacionales que transformen totalmente esta realidad, y en cambio es preferible el fortalecimiento y la coordinación progresiva de los sistemas de salud, para ir creando una verdadera red asistencial que dispense a las poblaciones una atención equitativa, eficaz y efectiva.

Consciente de esta realidad, los países del Cono Sur, con la colaboración de la OPS, celebraron una reunión para discutir el tema de los SILOS en Piriápolis, Uruguay, del 11 al 15 de abril de 1988, donde se hicieron aportes muy importantes y se llegó a conclusiones muy reveladoras del enfoque que estos países tienen del problema.

Entre estas conclusiones se estimó que la propuesta de los SILOS es importante y recomendable, y que representan un modelo de solución real y aplicable a las regiones, zonas y países. Los SILOS aparecen como una de las formas más adecuadas en el contexto de la realidad de cada país, para lograr el acceso de todos los habitantes a todas las acciones de salud y facilitar la orientación y reordenamiento de todos los recursos, mejorando la eficacia de las políticas de salud. Representan además una óptima forma de integrar y evolucionar en el proceso de dispensar salud y permitir la participación de otros sectores relacionados con el logro de la meta de salud para todos. Los requisitos fundamentales para alcanzar esta meta son la descentralización, el financiamiento adecuado, y una estructura organizativa que aproveche la existente y evite la atomización, garantizando la capacidad resolutive y la participación social. Estas recomendaciones emanadas de la reunión de los países del Cono Sur demuestran que hay un interés nacional por las acciones que tiendan a lograr el objetivo de sistemas locales de salud cooperativos y eficaces.



Mlle. GRAVEL (Canada) appuie entièrement le document sur le développement des systèmes locaux de santé, lequel met l'accent sur l'importance du niveau local dans le contexte d'un système national de santé et traduit très clairement les interrelations qui existent avec les diverses structures qui constituent ce système; il tient aussi largement compte de l'impact de divers facteurs sur la mise en place de structures socio-sanitaires locales.

Système local de santé veut dire bien sur décentralisation, régionalisation et participation des divers groupes et secteurs qui composent la population, ajoutant ainsi un savoir, une vision, une conception de la santé à ceux des divers professionnels qui travaillent déjà pour et avec la population.

Mlle. Gravel souligne que le partage des connaissances constitue un défi important qui oblige à trouver de nouveaux modes de travail et à modifier les mécanismes d'intervention pour établir avec la population des compromis qui respectent les valeurs de chacun et permettent d'atteindre les objectifs visés.

In working towards health for all, Canada had come to realize that health problems as defined by experts alone could not be addressed without taking into consideration compliance and acceptability. On the other hand, social participation without knowledge, skills and resources resulted in frustration. The challenge was to engage the health educators and health promotion personnel working in partnership with

grassroots groups to define and achieve community and personal health goals.

Mlle. Gravel estime aussi que pour répondre aux besoins de la population, on doit s'appuyer sur des informations statistiques simples, fiables et évolutives, tout en veillant à ne pas écarter complètement les méthodes traditionnelles de collecte d'informations. Les statistiques doivent être utiles tant aux planificateurs qu'à la population et permettre à chacun de trouver sa place dans l'organisation et la gestion de la santé.

Les services locaux de santé intéressent toutes les délégations et le Canada souhaite continuer à appuyer les échanges techniques dans plusieurs activités identifiées dans les propositions en discussion et qui sont de nature à renforcer la mise en place de systèmes locaux de santé dans un contexte national d'organisation de ces services.

El Dr. MANJARRES (Colombia) dice que dentro de su política de orden social, el actual Gobierno de su país se ha propuesto erradicar la pobreza absoluta garantizando a todos el acceso a unos servicios estatales o privados que satisfagan las necesidades vitales de la familia y, en especial, de los sectores más débiles de la población. Se reconoce claramente la necesidad de examinar a escala territorial o local las circunstancias que afectan a los diversos grupos de la población y de descentralizar en favor de los municipios y las comunidades la decisión sobre sus intereses más cercanos, comenzando por la educación, la salud y

los servicios públicos. Esta política gubernamental reconoce al municipio su prerrogativa como organismo fundamental de dirección del sistema, y consagra su autonomía administrativa para cumplir funciones de atención integral, promoviendo el desarrollo y asegurando la participación activa de la población en el proceso de decisión de los servicios básicos de salud. Solo en esta forma será posible ampliar la cobertura, adecuar los servicios, elevar la calidad de la atención y mejorar el nivel de salud del pueblo de Colombia. Este proceso de descentralización se está cumpliendo a un ritmo constante y progresivo.

En la reorganización se distinguen un nivel básico, a cargo de hospitales locales y puestos de salud municipales, un nivel intermedio, basado en hospitales con un ámbito de atención de salud regional y un nivel especializado, a cargo de hospitales universitarios o especializados de orden departamental. En los estratos correspondientes de la administración se establecen órganos de integración y desarrollo del sistema de salud, con la participación de consejos a nivel nacional, regional y municipal. Para consolidar la aplicación de estas políticas, se ha presentado al Congreso un proyecto de ley en el cual se plantean como objetivos básicos reconocer el derecho a la salud, establecer el esquema de organización y desarrollo institucional que responda a las necesidades de salud de la comunidad, promover la participación de la comunidad, definir las modalidades de acceso al servicio público de salud, crear mecanismos de financiación para los servicios de salud, etc. El proyecto está dirigido a prestar servicios integrales de salud a

toda la población, fortalecer la estrategia de atención primaria, hacer participar a la comunidad del cuidado de su salud, y adoptar una estrategia única y dinámica que agrupe la salud pública, la seguridad social y el sector privado. Este reordenamiento del sistema nacional de salud en el sentir del gobierno debe permitir un avance significativo en la aplicación de las acciones de erradicación de la pobreza absoluta, mediante un mejor acceso de la población a los servicios de salud, sobre bases equitativas.

El Dr. NARANJO (Ecuador) dice que en su país existe desde hace tiempo un sistema regionalizado, que se está tratando de racionalizar y mejorar. Como no era posible aplicarlo a todo el país, se ha comenzado un ensayo piloto en tres provincias. Pero es necesario que, paralelamente a las medidas de orden médico, se realice una campaña educativa promocional destinada a la población que, de lo contrario, tenderá a saltar los diferentes niveles y recurrir a los servicios más especializados.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) dice que en su país se ha estudiado el tema del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud desde la perspectiva de su transformación, para generar una mejor adaptación y capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes y específicas de los distintos grupos de población. La complejidad de algunos de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los SILOS puede presentar dificultades en el momento de la ejecución, sobre todo en lo que se refiere al desarrollo de modelos de prestación de servicios, la capacidad administrativa necesaria al proceso, la capacitación de los recursos humanos y la investigación.

El apoyo que los países puedan obtener de la OPS y de otras agencias de cooperación técnica y financiera es muy importante, habida cuenta del actual proceso de cambio y que será necesario establecer nuevos enfoques metodológicos y principios básicos.

El desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud ofrecen a los países una oportunidad excelente para insistir en la prioridad que debe tener el desarrollo de la infraestructura de servicios, especialmente en la atención primaria, con el apoyo de la comunidad. Teniendo en cuenta que los sistemas locales de salud en gran medida ya están constituidos en los países, lo que se necesita es introducir una mejor coordinación y optimizar la utilización de los recursos. Para lograrlo, se deberán desarrollar y organizar los procesos de administración a nivel central y periférico, de acuerdo con las normas nacionales y locales para la prestación de los servicios, procurando evitar la superposición y atomización de los recursos. Por todo ello, da su apoyo a la Resolución X propuesta por la 101a Reunión del Comité Ejecutivo.

Dr. McINTYRE (Dominica) congratulated the Secretariat for its excellent paper on local health systems development. Dominica had had some limited experience in that field. Soon after hurricane David had destroyed the health services of Dominica, the system for the delivery of health care had been reorganized by establishing seven health districts, each staffed by a multidisciplinary team led by a district medical officer.

Decentralization had been progressive--from functional decentralization and the reassignment of responsibility for health programs to the more recent decentralization of the financial control of drugs and medical supplies. Dominica had now had some five years of experience with decentralization and was quite satisfied with the results--so satisfied, in fact, that it was now proceeding to grant full autonomy to its district teams. A motivated staff and a satisfied community made it evident that that system worked in Dominica.

El Dr. BORGONO (Chile) dice que desea insistir en tres aspectos. El primero es la necesidad de una voluntad política para el proceso de fortalecimiento y descentralización de los servicios, que debe alcanzar a toda la administración y no limitarse al sector de la salud, en razón del enfoque multisectorial que requiere la acción de salud. El segundo aspecto se refiere al proceso de investigación en los servicios de salud. No es posible basarse exclusivamente en marcos teóricos, sino que es necesario investigar lo que ocurre en realidad en cuanto a los principales problemas que enfrenta la descentralización y el fortalecimiento en los servicios de salud, especialmente a nivel local.

Por último, apoya lo afirmado por el Dr. Rodríguez en su presentación de que cada país tendrá que adaptar el proceso a su propia realidad, porque las condiciones locales entre los países, e inclusive dentro de los países grandes puede variar fundamentalmente.

El PRESIDENTE, hablando en su capacidad de Representante de Venezuela, dice que desea insistir en varios asuntos. Estima que los sistemas locales de salud pueden fortalecerse aun más mediante la

actuación de la comunidad organizada en forma de unidad, que destaca alguno de sus miembros para formar parte, con el equipo de salud, de la dirección y aun de la administración del ambulatorio urbano; es importante señalar que la participación de la población influye definitivamente en la prestación efectiva de los servicios de salud, pues evita que los usuarios acudan a otros niveles y entorpezcan la acción del propio sistema. Por otra parte, se genera un sistema de referencias que envía a niveles superiores al usuario que no ha conseguido la atención de salud necesaria a nivel básico, y un mecanismo de contrarreferencia que devuelve al paciente al nivel primario cuando ha resuelto su problema. La familia y la mujer cumplen también un papel fundamental, como columna vertebral y por estar en el origen de la colectividad.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) dice que está totalmente de acuerdo en que este proyecto de los SILOS necesita una voluntad política para poder llevarse a cabo. En segundo lugar, es un requisito fundamental contar con la participación organizada de la comunidad a nivel local. En su país, el orador patrocinó la nueva ley que estableció los Consejos Nacionales de Desarrollo en los niveles regional, departamental, municipal y local. Por otro lado, otro elemento que vino a revolucionar el desarrollo local fue la posibilidad de una libertad económica para dicho nivel, al dedicarse el 8% del presupuesto de cada año para ser distribuido entre las municipalidades del país, lo que se hizo de la siguiente forma: un 25% igual para todos, un 25% directamente proporcional a la población, un 25% directamente proporcional a la "ruralidad" de la población de ese municipio y un 25% inversamente proporcional al ingreso per cápita de los habitantes de estos municipios. Se logró de

este modo llevar a los municipios más pobres del país el dinero que nunca antes habían tenido.

Se combinan así la voluntad política, la libertad para poder organizar y participar, la posibilidad económica para realizar obras de infraestructura o de beneficio colectivo. Los primeros resultados nos permiten vislumbrar que la población local, organizada y con la participación de todos sus sectores, las organizaciones no gubernamentales, los grupos de interés social, sindicatos, ligas campesinas, etc., han aportado un apoyo fundamental para la acción en el campo de salud. Se da así a esas localidades la posibilidad de ser protagonistas de su propio destino.

El Dr. PAGANINI (OSP) dice que obviamente en todos los países están ya funcionando experiencias muy ricas, muy diversas, sobre el tema de descentralización y los sistemas locales de salud. El tema también fue tratado cada vez que se habló de un programa específico--la mujer, la salud y el desarrollo, inmunizaciones, SIDA, y salud materno-infantil--lo que muestra claramente que la integración de los programas, el apoyo de la infraestructura a la ejecución de los programas y el apoyo de los programas al desarrollo de la infraestructura es una realidad en la Región. Desde el punto de vista de la OPS, resulta claro que este programa no se limita exclusivamente a una unidad de la Organización, sino que es un programa de toda la Organización. Todos los programas de la Organización están en estos momentos orientados a apoyar el desarrollo de la infraestructura de salud, la descentralización y los sistemas locales de salud. Esto no es solamente una búsqueda programática y



conceptual para mejorar la eficiencia de los recursos nacionales sino también la prueba de una mejor utilización de los propios recursos de la OPS, que se van asignando a objetivos claramente definidos.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/14, "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems," Resolution WHA41.34 of the World Health Assembly, and the observations of the 101st Meeting of the Executive Committee;

Taking into account Resolution CSP22.R21 of the XXII Pan American Sanitary Conference, which defined the orientation and programming priorities of PAHO for the quadrennium 1987-1990;

Recognizing the urgent need to accelerate the transformation of the national health systems in order to promote application of the primary health care strategy and to attain the goal of health for all by the year 2000;

Concerned about the constraints on the proper development of health care imposed by the present economic crisis and by limitations within the health sector itself;

Convinced that the challenge of improving the health of the neediest populations should be met, despite the crisis, with innovative measures for the structuring and administration of available resources;

Cognizant of the exercises already under way in most of the countries for transformation of the national health systems based on the development of local health systems as part of national decentralization and deconcentration processes; and

Agreeing that it is at the local level that policies and strategies for social development and health care can be implemented on the basis of social participation, intersectoral action, coordination of financial sources, and integration of programs,

RESOLVES:

1. To thank the Director for Document CD33/14, "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems."

2. To urge Member Governments:
  - a) To continue and strengthen their work of defining policies, strategies, programs, and activities for the transformation of national health systems through the development of local health systems;
  - b) To ensure coordinated participation in the strengthening of local health systems by all government institutions responsible for the delivery of services, especially the social security administrations, and the international cooperation agencies;
  - c) To place special emphasis on the provision of resources and decentralization to strengthen the operating capacity of local health systems, and on specific programs for dealing with priority health problems;
  - d) To give special attention to the aspects cited in Section IV of Document CD33/14 as a response by the sector for the attainment of greater equity, efficiency, effectiveness, and participation;
  - e) To define and apply suitable indicators and processes for evaluating the development of local health systems and the progress made;
  - f) To promote research on health system services at the local level.
3. To request the Director:
  - a) To strengthen technical cooperation to the Member Countries so that resources will be mobilized for activities to transform national health systems and support priority programs through the development of local health systems and, particularly, to develop the planning process and information systems, administration, community participation, the leadership of the sector, and personnel training.
  - b) To encourage exchanges of experiences between countries and groups of countries as a form of technical cooperation among countries, and to disseminate among governments and local organizations the available information on advances in the development of local health systems and the transformation of national health systems;
  - c) To promote the coordinated participation of all health-related agencies, including those providing services, training human resources and pursuing research, and those for international cooperation;

- d) To disseminate to the governments and their ministries and agencies the information available on methodological aspects and advances in the development of local health systems and the transformation of national health systems;
- e) To support the monitoring of the evaluation of progress in the countries, and to include this topic in his annual reports during the present quadrennium (1987-1990).

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Vistos el Documento CD33/14, "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud", la Resolución WHA41.34 de la Asamblea Mundial de la Salud y los comentarios de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo;

Teniendo en cuenta la Resolución CSP22.R21 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana donde se definen la orientación y prioridades programáticas de la OPS para el cuatrienio 1987-1990;

Reconociendo la necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud, con el fin de favorecer la aplicación de la estrategia de atención primaria y de hacer realidad la meta de salud para todos en el año 2000;

Preocupada por las restricciones impuestas al desarrollo adecuado de la atención de la salud por la presente crisis económica y por las limitaciones propias del sector salud;

Convencida de que se debe afrontar el desafío de lograr mejor salud a las poblaciones más necesitadas, a pesar de la crisis, con medidas innovadoras en la estructuración y administración de los recursos disponibles;

Reconociendo las experiencias ya en marcha en la mayoría de los países orientadas a la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de sistemas locales de salud dentro de procesos nacionales de descentralización y desconcentración, y

Aceptando que es en el Ambito local donde pueden concretarse la puesta en ejecución de las políticas y estrategias de desarrollo social y de atención de la salud, en base a la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, y la integración de los programas,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director la preparación del Documento CD33/14, "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud".

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) Continúen y refuercen sus definiciones de política, estrategias, programas y actividades tendientes a la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de sistemas locales de salud;
  - b) Aseguren la participación coordinada en el proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de salud de todas las instituciones gubernamentales responsables por la prestación de servicios, en especial las de la seguridad social, así como las de cooperación internacional;
  - c) Otorguen especial énfasis a la integración de los recursos y al proceso de descentralización para el fortalecimiento de la capacidad operativa de los sistemas locales de salud, así como a los programas específicos para la atención a problemas prioritarios de salud;
  - d) Presten especial atención a los aspectos definidos en la Sección IV del Documento CD33/14 como una respuesta del sector para lograr mayor equidad, eficiencia, eficacia y participación;
  - e) Definan y apliquen los indicadores y procesos pertinentes que permitan evaluar el desarrollo de los SILOS y los avances logrados;
  - f) Enfatizar la investigación sobre servicios de salud en los sistemas locales.
3. Solicitar al Director que:
  - a) Refuerce la cooperación técnica a los Países Miembros para movilizar los recursos en las actividades de transformación de los sistemas nacionales de salud y de apoyo a los programas prioritarios en base al desarrollo de los sistemas locales de salud, en especial los aspectos referidos al desarrollo de la planificación y los sistemas de información; la administración; la participación social; la conducción del sector, y la capacitación del personal;
  - b) Propicie el intercambio de experiencias entre países y grupos de países a través del concepto de cooperación técnica entre países y difundir entre los gobiernos y organizaciones nacionales la información disponible sobre avances en el desarrollo de SILOS y la transformación de los sistemas nacionales de salud;

- c) Promueva la participación coordinada de todos los organismos relacionados con la salud, ya sean los prestadores de servicios, los formadores de recursos humanos y de investigación o los de cooperación internacional;
- d) Difunda entre los gobiernos y sus diferentes ministerios y agencias la información disponible sobre los aspectos metodológicos y los avances en el desarrollo de SILOS y la transformación de los sistemas nacionales de salud;
- e) Apoye el seguimiento de las actividades de evaluación de los progresos a nivel nacional y dé cuenta de este tema en sus informes anuales durante el presente cuadrenio (1987-1990).

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) propone un nuevo inciso c) al párrafo 2 de la parte dispositiva del proyecto de resolución, con el texto siguiente: "Promuevan, de acuerdo con las realidades institucionales de sus países, la participación de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado, coordinando sus actividades con las del sector público", modificando en consecuencia el orden de los demás incisos. En la mayoría de los países hay un sector no público importante y la idea en principio es que se coordinen todos los recursos de la sociedad en este esfuerzo común.

The RAPPORTEUR read out the amendment proposed by the Director in English as follows: "To promote, in accordance with the institutional realities of countries, the participation of nongovernmental organizations and of the private sector, harmonizing their activities with those of the public sector."

Mr. PREFONTAINE (Canada), Dr. TAITT (Barbados), Dr. GEHLERT (Guatemala) and Ms. KEFAUVER (United States of America) proposed drafting changes in the amendment.

El Dr. GODOY (Paraguay) propone que se revise el texto del proyecto de resolución y la nueva versión se presente a una sesión ulterior del Consejo.

El PRESIDENTE propone que se forme un grupo de trabajo constituido por los Representantes de los Estados Unidos de América, Canadá y Barbados, que preparen un texto revisado del proyecto de resolución.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

The session was suspended at 4:15 p.m. and resumed at 4:40 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:15 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.

FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
CUARTO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. TAITT (Rapporteur of the Committee on Credentials) said that at its fourth meeting, held on 29 September 1988, the Committee had found the credentials of Panama to be in good order. Accordingly, the Committee proposed that the Directing Council should recognize the validity of those credentials. The Committee would meet again to examine any other credentials that might be received.

Decision: The fourth report of the Committee on Credentials was approved.

Decisión: Se aprueba el cuarto informe de la Comisión de Credenciales.

Dr. Raul Ugarte Artola took the Chair.  
El Dr. Raúl Ugarte Artola pasa a ocupar la Presidencia.

ITEM 5.7: PROGRAM POLICIES IN FOOD AND NUTRITION  
TEMA 5.7: POLITICA DEL PROGRAMA EN ALIMENTACION Y NUTRICION

El Dr. RODRIGUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) señala que, según el informe presentado por el Dr. Daza en la reunión del Comité Ejecutivo, la situación que prevalece en la Región es de alta prevalencia de desnutrición energético-proteica con deficiencias específicas de yodo, hierro y vitamina A. Simultáneamente, se presenta una malnutrición asociada con enfermedades crónicas, a veces por consumo insuficiente y otras por desequilibrio en los distintos nutrientes. Los esfuerzos de los países para mejorar la situación se han visto entorpecidos por la crisis económica, que ha obligado a reducir el volumen del gasto social. La Organización colabora en este respecto a fin de crear mecanismos de cooperación técnica para que los países tengan capacidad para afrontar problemas, formar recursos humanos y promover la investigación.

En torno a este informe, se desarrolló un extenso debate. En particular se hizo referencia a la experiencia de la Argentina en el programa alimentario nacional, que constituye una experiencia destacada de provisión permanente de alimentos a aproximadamente cinco millones de habitantes durante todo el año. Este debate dio lugar a la Resolución XVII del Comité Ejecutivo, en la que se recomienda al Consejo Directivo que apruebe una resolución teniendo en cuenta los problemas de alimentación y nutrición en la Región, debidos en gran medida a la situación de marginalidad social y económica de grupos importantes de población, y reconociendo la necesidad de acciones multisectoriales coordinadas. En la resolución se insta a los gobiernos a que fortalezcan sus políticas y estrategias para mejorar las disponibilidades de alimentos, y se pide al

Director que se intensifique la cooperación técnica en los diversos aspectos de este problema.

Le Dr. RIFF (France) fait remarquer que les départements français d'Amérique connaissent un fort taux de prévalence de diabète et d'hypertension artérielle dont les pathologies sont liées à des facteurs nutritionnels. Bien que le traitement médical de ces affections soit satisfaisant, en dépit des nombreux travaux de recherche sur les régimes adaptés à ces maladies, un grand effort doit être déployé dans le domaine de l'éducation de la population où les initiatives sont mal coordonnées.

A cet égard, un programme de coopération est en voie d'élaboration entre le "Caribbean Food and Nutrition Institute" et les départements de Martinique et Guadeloupe afin de mettre en oeuvre et d'évaluer l'intérêt de l'éducation en milieu scolaire. Ce projet devrait faciliter une approche plus préventive de ces pathologies dont le coût humain et financier risque de s'accroître dans les années à venir. Cette initiative s'inscrit d'ailleurs dans le cadre des résolutions proposées.

El Dr. SUAREZ (Bolivia) dice que en Bolivia se han formulado varios programas, juntamente con la FAO, el UNICEF y diferentes organismos internacionales, incluido un programa de vigilancia alimentaria y nutricional. Se trabaja también en coordinación con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en esta esfera. Sin embargo, será necesario poner mayor énfasis en el desarrollo de la capacidad gerencial y en la definición de políticas en esta área. La cooperación en lo referente a la producción de alimentos básicos se ha limitado a la disseminación de información científico-técnica. Habrá que fomentar una mayor coordinación con otros sectores, como educación, agricultura, planeamiento, etc.



Otro programa de gran interés en Bolivia es el de control de las deficiencias nutricionales específicas, como el yodo. Recientemente, se ha iniciado la campaña de aceite y sal yodados. Por otra parte, se está tramitando un convenio con la República del Ecuador para el intercambio de tecnologías, experiencias y recursos humanos, y sobre cooperación, programación e investigación. Finalmente, por lo que respecta a la deficiencia de hierro, se presta apoyo directo a la embarazada anémica, el parto es gratuito, y se trata de prevenir la anemia prenatal.

El Dr. MONTALVO (Cuba) agradece la presentación del programa de alimentación y nutrición. El documento tiene en cuenta la precaria situación del Tercer Mundo, en particular la de América Latina, y los problemas más apremiantes de la Región están expuestos con claridad. Presenta también las bases estratégicas así como las políticas y líneas de acción. Sin embargo, han sido poco explotados los mecanismos de cooperación técnica en esta esfera.

Cuba tiene un programa de alimentación y nutrición que se compone de tres subprogramas: producción, importación y distribución; cultura alimentaria y nutricional, y vigilancia alimentaria y nutricional. En este último se incluye la evaluación de la disponibilidad de alimentos, tanto en el orden cualitativo como cuantitativo, estudiando la posible existencia de contaminantes químicos o biológicos, y permite conocer la aceptabilidad de la dieta ofrecida en comedores sociales.

El INCAP y otros centros han implantado importantes acciones relacionadas con la malnutrición asociada a ciertas enfermedades crónicas. Hace cuatro años, en una reunión de la OPS/OMS, se definió que

el propósito de la red operativa era favorecer y apoyar la coordinación dentro de cada país y entre los distintos países y la OPS para contribuir a mejorar la situación alimentaria, nutricional y de salud del hemisferio y fortalecer la capacidad científico-técnica y operativa de las instituciones participantes.

El orador expresa la esperanza de que se pueda lograr cada vez más la coordinación necesaria en esta importante esfera.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) señala que en los países de la Región existe todavía una alta prevalencia de poblaciones desnutridas como consecuencia de la mala distribución de los ingresos y de otros factores culturales, de una educación deficiente y de la crisis económica mundial. Por otra parte, no es práctica habitual la vigilancia alimentaria nutricional. Los programas de distribución de alimentos que se formulan no se basan en la identificación adecuada de los grupos vulnerables. Las políticas nacionales del Paraguay tienen en cuenta no solo la producción de alimentos con fines de comercialización sino también la disponibilidad para el consumo de los alimentos básicos de la población. Las gestiones se realizan con participación multisectorial: Ministerio de Agricultura y Ganadería, Bancos Nacionales de Fomento, Instituto de Bienestar Rural, etc. También existe un programa triministerial, integrado por el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Agricultura y Ganadería, que realizan actividades referentes a educación nutricional y alimentación complementaria para niños, madres y escolares.

Por otra parte, el orador señala que ha aumentado la incidencia del bocio endémico, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha decidido realizar una encuesta nacional a fin de analizar la problemática y elaborar un programa nacional del control del bocio.

Para concluir, el orador señala que la Delegación del Paraguay ha resuelto apoyar la Resolución XVII propuesta por el Comité Ejecutivo.

Mr. MULRAINE (Bahamas) said that the report provided a comprehensive overview of the food and nutrition situation. His Delegation wished to recognize the efforts made by various governments to ameliorate that situation.

His Delegation, like that of France, was concerned about the effect of nutrition on chronic diseases and suggested that the resolution should be strengthened to reflect that aspect more forcefully.

The information with respect to child undernutrition in the Bahamas (Document CD33/23, Annex, Table 1) was based on data from 1974. Since that time, the procedures for record keeping and report writing had been revised, allowing for a more timely compilation of information. Although he lacked the most recent figures, he believed that undernutrition in his country was considerably less than the 14.6% cited in the report.

His country was currently engaged in a health and nutrition survey, with assistance from the Caribbean Food and Nutrition Institute and PAHO. He hoped that the food and nutrition picture in his country would continue to improve.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) se pregunta si el problema de la alimentación y la nutrición puede ser analizado únicamente desde el punto de vista de la salud. Se trata de un problema multisectorial. La malnutrición refleja la injusticia social que existe en muchos países de la Región y la inadecuada distribución de la riqueza. Se ha afirmado que no es posible resolver el problema de la desnutrición sin una reforma agraria. El problema, cuando se habla del aumento de la producción en países eminentemente agrícolas, es que la tierra está en manos de quienes la trabajan pero no son dueños de ella.

En Guatemala, la situación en materia de nutrición es francamente mala. El país está pagando ahora la deuda que debían haber pagado los que estuvieron antes, y no lo hicieron. Un 82% de los niños menores de cinco años padecen algún grado de desnutrición. El porcentaje de los desnutridos del grado III era de un 7% hace 10 años, o sea 91.000 niños. Actualmente, sigue siendo del 7%, es decir unos 150.000 niños. La desnutrición de grado III tiene implicaciones de tipo neurológico, de desarrollo del sistema nervioso central y de subdesarrollo intelectual.

El actual Gobierno está tratando de llegar a todos los niños escolares de los centros de educación primaria con la "galleta nutritiva escolar", en la que se ha logrado concentrar 500 calorías, y se está tratando de llegar a las 1.000 calorías.

Con respecto al Programa Mundial de Alimentos, hay que tener mucho cuidado en su administración. También hay que tener mucho cuidado con otros programas, como el de alimentos por trabajo, pues a veces los destinatarios venden los alimentos recibidos para comprar otros productos.

En el lado positivo, en Guatemala se practica la yodación de la sal, pues había empezado a aparecer de nuevo el bocio endémico, con sus posibles secuelas de cretinismo. También se ha enriquecido con vitamina A toda el azúcar que se consume en el país. En cambio, no se ha hecho nada con respecto a la deficiencia en hierro.

Para concluir, el orador insiste en que el problema de la adecuada nutrición requiere la cooperación de todos los sectores del país, ya que se trata de un problema multisectorial.

ITEM 7.5: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH  
TEMA 7.5: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA

El PRESIDENTE da la bienvenida a los participantes y pide al Dr. Macedo que pronuncie unas palabras y presente al Dr. Wegman, quien anunciará el ganador del Premio. El Premio reconoce las diversas profesiones esenciales para la eficacia de los servicios de salud y se ha convertido en una fuerza motivadora para todos los trabajadores de la salud en las Américas.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) explained that the Award was intended to give special recognition to health workers who had made outstanding contributions to health and welfare in the Region. The Award was administered by the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) and represented only one of the many ways that PAHEF had lent its support to the fundamental objectives of PAHO and WHO. He was sure that

such support would continue under the leadership of PAHEF's new president, Dr. Abraham Horwitz, in whose honor the Award had been established.

Dr. WEGMAN (PAHEF) introduced Dr. Wolman, Honorary Life President of PAHEF, who would present the 1988 Award to Professor Sir Kenneth L. Standard.

The Award had been established in honor of Dr. Abraham Horwitz, Director Emeritus of the Pan American Sanitary Bureau, in recognition of his outstanding contributions to the field of health. As an inspiring teacher, profound thinker and dynamic public health administrator, he had led PAHO to impressive achievements. The annual Award honored not only the recipient but also the institution of the directorship of PASB and all the illustrious occupants of the post of Director.

He outlined Sir Kenneth's background and his highly successful career in public health. After obtaining his doctoral degree, he had joined the staff of the Department of Social and Preventive Medicine of the University of the West Indies, serving as Department Head from 1966 to the present. In addition to his extensive teaching and reasearch responsibilities, he had actively participated in the planning and development of public health programs for the Caribbean Region, pioneering the use of community health aides and championing the cause of nontraditional health care workers. His career had been characterized by service, fidelity to basic principles and the consciousness of a true teacher. The numerous honors received by Sir Kenneth were ample testimony to his stature.

Dr. Wolman presented the Award to Sir Kenneth Standard.  
El Dr. Wolman hace entrega del Premio a Sir Kenneth Standard.

Professor Sir Kenneth STANDARD (winner of the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health) said that it was a great privilege to receive the Award and he wished to thank all those who had made it possible. Since it was the first time that the Award was being granted to an individual from the English-speaking Caribbean, he wished to receive it on behalf of his colleagues in public health in the Caribbean area.

He reviewed the progress achieved as well as the problems still existing in the field of public health and community medicine in the English-speaking Caribbean. Over the past several decades, the area had witnessed important advances in the improvement of sanitary conditions, the control of infectious diseases, the reduction in infant mortality rates, and the training of health specialists.

At the present time, all the countries of the English-speaking Caribbean were making tremendous efforts to improve health care. Special priority was being given to certain vulnerable groups: pregnant women, young children, the elderly, the poor, and those living in rural areas. Many countries were spending a considerable portion of their recurrent expenditures on health and education in an effort to address those problems.

As a medical educator, he recognized that the teaching of medicine could not be restricted to a hospital setting. With that philosophy in mind, the Department of Social and Preventive Medicine of the University of the West Indies had established a number of programs and projects to provide medical education in the field and to strengthen the public health system in the Region.

For the future, the English-speaking Caribbean had to prepare its own leaders in health and assist them to function effectively and to continue their professional development. The challenge to all those working in the field of health was not to abandon the goal of Health for All but to continue to work to overcome the obstacles to its realization.

ITEM 5.7: PROGRAM POLICIES IN FOOD AND NUTRITION (resumed)  
TEMA 5.7: POLITICA DEL PROGRAMA EN ALIMENTACION Y NUTRICION (reanudación)

El Dr. NARANJO (Ecuador) manifiesta su acuerdo con las observaciones del Representante de Guatemala en relación con los factores que deben considerarse fundamentales en el problema del origen de la desnutrición y las recomendaciones que pueden hacerse. Desea, sin embargo, proponer que en la resolución se diga: "desarrollen políticas tendientes a mejorar la capacidad adquisitiva de la población de bajos ingresos", en vez de "fortalezcan políticas y estrategias para lograr el mejoramiento de la disponibilidad de alimentos".

El orador observa que en algunos documentos se habla de alimentos básicos, sin definirlos. Los alimentos básicos pueden variar de un país a otro de acuerdo con el tipo de productos que se cultivan en cada uno de ellos. A este respecto, menciona dos alimentos que deberían considerarse básicos: la quinua de los países andinos y varias especies de amaranto. Las semillas de estas plantas tienen el mejor balance nutritivo, tanto en lo que se refiere a los macronutrientes como a los micronutrientes.

Con respecto al problema de la repercusión de la desnutrición en la falta de desarrollo del sistema nervioso central y de las capacidades



intelectivas del niño, el orador pone de relieve que ciertas ayudas, como la "galleta nutritiva escolar" mencionada por el Representante de Guatemala, llegan relativamente tarde. Los estudios demuestran que hay dos períodos críticos en el desarrollo del sistema nervioso central: los dos primeros años de edad, donde predomina la multiplicación neuronal, y los dos años siguientes. Es por lo tanto urgente atender a los niños tempranamente y desarrollar programas lo antes posible. Por lo demás, habrá que recomendar el desarrollo de estudios y formulaciones dietéticas tendientes a ofrecer alimentos equilibrados o dietas equilibradas a los niños y a las familias de bajos recursos. También habrá que realizar una educación alimentaria buscando fórmulas altamente nutritivas y, en lo posible, de bajo costo.

Por último, el orador recomienda que se incorporen algunas de estas observaciones en las recomendaciones definitivas del documento que se está examinando.

Dr. LOEWEN (Canada) said that Canada, like other countries, viewed efforts in the field of food and nutrition as pivotal in the achievement of health for all by the year 2000. Without an adequate supply of safe and nutritious food, it was doubtful that the objectives of better health, reduced morbidity and mortality could be met.

As other delegations had pointed out, efforts in food and nutrition also cut across other program areas, such as those relating to women, health and development. Iron deficiency, which had serious functional repercussions for mental, endocrine, reproductive and immunological capacity as well as the capacity for physical labor, and

which was especially prevalent among women of reproductive age, was only one example of the kind of problems that could arise not only for the general population but for specific vulnerable groups.

The Director's Annual Report for 1987 documented the commendable progress made in the food and nutrition field. However, improvements must still be made in the availability of food and in the consumption of a balanced nutrient intake, particularly among low-income population groups and those at high biological risk.

Canada therefore supported the policy proposed by PAHO aimed at contributing to the improvement of the state of food and nutrition in the Americas, as well as the resolution recommended by the Executive Committee. All sections of the resolution were important, but he would note in particular the importance of section 2.b), relating to food and nutrition surveillance. Food and nutrition surveillance activities were fundamental to the development of effective programs since they were a major factor in the identification of nutritional status shifts in a population and of nutritional deficiencies. Furthermore, they could be used as a screening tool in the evaluation of the effectiveness of food and nutrition programs. The Annex to Document CD33/23 noted that the importance of food and nutrition surveillance had not been sufficiently recognized at the policy level. It was most important that national authorities should become aware of that fact.

Canada, like other countries, had experienced nutritional problems in certain population subsets. It had learned and was still learning from its experience. It was most willing to share the results of its research and to continue to train nationals from other countries in its

food and nutrition laboratories. It invited PAHO's continued participation in that endeavor. Canada considered that PAHO's efforts with regard to technical cooperation reflected sound policy. It supported the continuation and strengthening of programs in the important area of food and nutrition.

Dr. LAURENT (Trinidad and Tobago) said that recent surveys had shown that there was a marked increase in degree I malnutrition in Trinidad and Tobago because of the current downturn in the economy and for other reasons. However, Trinidad and Tobago had not reached the level shown in Table 1, page 3, of the Annex to Document CD33/23, and was doing its best not to reach it. It was attempting to use the Caribbean Cooperation in Health Initiative by requesting assistance to do a food consumption survey.

El Dr. MANJARRES (Colombia) dice que es necesario poner en marcha políticas de seguridad alimentaria y nutrición, aumentar la capacidad productiva del individuo e intensificar la producción de alimentos básicos.

Colombia ha desarrollado las siguientes actividades: desarrollo del Plan Nacional Supervivir, con seis componentes fundamentales incluido el de atención nutricional, dentro del cual se desarrollan como actividades básicas las siguientes: evaluación del estado nutricional de las gestantes y del menor de cinco años, tratamiento de la patología agregada, y educación nutricional. En el sector del bienestar familiar, se ha impulsado la creación de hogares dirigidos por madres de la comunidad. Este programa está patrocinado por el Instituto Colombiano de

Bienestar Familiar, que asume los gastos de inversión. El mejoramiento de la vivienda se hace mediante préstamos con otras entidades del gobierno nacional. En el sector agrícola se han definido los lineamientos para desarrollar el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, que tiene por objeto mejorar la disponibilidad de alimentos, principalmente los básicos, entre ellos arroz, aceite y grasas, carne, leche, maíz, frijoles, panela y plátanos. Para el desarrollo del Plan, se formó la Secretaría Ejecutiva de Seguridad Alimentaria y Nutricional bajo la coordinación de la Oficina de Planeación del Sector Agrícola. Existe por otra parte un sistema de información denominado Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaria y Nutricional, cuyo objetivo principal es identificar los riesgos de enfermar y morir del grupo más afectado por problemas nutricionales y alimentarios. Otro sistema es el de vigilancia del balance alimentario bajo la coordinación de la Oficina de Información del Ministerio de Agricultura, que estudia todos los factores relacionados con la producción y disponibilidad de alimentos. En la medida de lo posible, se trata de integrar todo este sistema de información con el de otras instituciones.

El Dr. QUIJANO (México), con referencia al cuarto capítulo del informe sobre políticas de alimentos y nutrición en la Región, observa que no se ha mencionado una actividad de la OPS que considera muy importante, y que ha consistido en reuniones con expertos para ayudar a los Ministerios de Salud a establecer la reglamentación sanitaria relativa a los alimentos. Estas reuniones han permitido a los responsables de las políticas y los reglamentos sanitarios de los diferentes países ponerse de acuerdo sobre las especificaciones que cada

uno de ellos exige o demanda de los demás en cuanto al tipo de presentación de los alimentos para la importación o la exportación, el uso de substancias potencialmente tóxicas, etc.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura al proyecto de resolución que aparece en el Documento CD33/25.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/23 on the Organization's food and nutrition policy;

Considering the persistence of serious food and nutrition problems in the Region, largely because of the marginal social and economic conditions of important population groups and the severe economic situation in the countries;

Aware that the problem is of a nature to require coordinated multisectoral action, in which the Ministries of Health carry out specific measures in the national health systems and provide leadership in the technical aspects of their interaction with the other sectors involved;

Concerned that the stabilization and structural adjustment measures being adopted by the countries may aggravate existing deficits in the availability and consumption of food in low-income groups and increase the prevalence of undernutrition;

Recognizing that, in addition to protein-energy malnutrition, there are specific deficiencies of iodine, iron, and vitamin A, as well as malnutrition from excesses and deficiencies of nutrients in the diets of many population groups; and

Taking into account the important role of the Organization in the food and nutrition area, both directly and in coordination with other technical cooperation agencies,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments:
  - a) To strengthen their policies and strategies for improving the availability and consumption of food, particularly in low-income populations and groups at high biological risk;

- b) To step up food and nutrition work in national health systems and under the primary health care strategy, with broad social participation, through the effective mobilization of local and external resources, and taking account of the important part played by women in this work.

2. To request the Director, in working with Member Countries, to emphasize technical cooperation in the following aspects:

- a) The planning, execution, and evaluation of food and nutrition strategies directed at low-income populations and priority groups;
- b) Food and nutrition surveillance;
- c) Distribution of food to priority groups, especially mothers and children and other groups at the poverty level;
- d) Education and social communication in food and nutrition, including warning against the effects of malnutrition caused by insufficiencies and excesses;
- e) Control of specific nutritional deficiencies: iodine, iron, and vitamin A;
- f) Preventive nutrition in the management of chronic diseases associated with food and nutrition.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD33/23 sobre política de alimentación y nutrición de la Organización;

Considerando que aún persisten serios problemas de alimentación y nutrición en la Región, debidos en gran medida a la situación de marginalidad social y económica de núcleos importantes de la población, y a la grave situación económica que atraviesan los países;

Consciente que dada la naturaleza del problema se requieren acciones multisectoriales coordinadas, en las cuales los Ministerios de Salud cumplen acciones definidas dentro de los sistemas nacionales de salud, y actividades de liderazgo técnico en su interacción con otros sectores involucrados;

Preocupada porque las medidas de estabilización y ajuste estructural que adoptan los países puedan agravar el déficit existente en la disponibilidad y consumo de alimentos en los grupos de bajos ingresos e incrementar la prevalencia de la desnutrición;

Reconociendo que, además de la desnutrición energético-proteica, existen deficiencias específicas de yodo, hierro y vitamina A, y malnutrición por exceso e imbalance de nutrientes en numerosos grupos de población, y

Teniendo en cuenta el importante papel que desempeña la Organización en el campo de la alimentación y nutrición, tanto en forma directa como en coordinación con otros organismos de cooperación técnica,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) Fortalezcan sus políticas y estrategias para lograr el mejoramiento de la disponibilidad y consumo de alimentos, particularmente en las poblaciones de bajos ingresos y grupos en alto riesgo biológico;
  - b) Incrementen las acciones de alimentación y nutrición dentro de los sistemas nacionales de salud y la estrategia de atención primaria, con una amplia participación social a través de la movilización efectiva de recursos nacionales y externos, y teniendo en cuenta el importante papel que la mujer cumple en estas acciones.
2. Pedir al Director que, en colaboración con los Países Miembros, de énfasis a la cooperación técnica en los siguientes aspectos:
  - a) Planificación, ejecución y evaluación de estrategias alimentario-nutricionales dirigidas a poblaciones de bajos ingresos y grupos prioritarios;
  - b) Vigilancia alimentaria y nutricional;
  - c) Distribución de alimentos a grupos prioritarios, especialmente a madres y niños y otros grupos en situación de pobreza;
  - d) Educación y comunicación social en alimentación y nutrición, advirtiendo sobre los efectos de la malnutrición por insuficiencia o exceso;
  - e) Control de deficiencias nutricionales específicas: yodo, hierro y vitamina A;
  - f) Nutrición preventiva en el manejo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

El Dr. VILLEDA (Honduras), el Dr. PINILLOS (Perú), el Dr. NARANJO (Ecuador) y el Dr. MONTALVO (Cuba) proponen diversas enmiendas al proyecto de resolución presentado.

Dr. TAITT (Barbados), supported by Dr. MONTALVO (Cuba), suggested that it be left to the Secretariat to redraft the text of the section under discussion and to submit a revised version to the Council for consideration at the next session.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) agradece todas las intervenciones y señala el atraso de la información sobre las relaciones entre alimentación, crecimiento y desarrollo, sobre todo neurológico. Tras elogiar la clase magistral que ha dado el Dr. Naranjo, señala al Dr. Quijano que el punto vital de su preocupación ya fue discutido hace dos años, cuando el Consejo aprobó el programa de protección alimentaria.

The session rose at 6:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:30 p.m.



*directing council*



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

*regional committee*

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

CD33/SR/9

29 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE NINTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA NOVENA SESION PLENARIA

Thursday, 29 September 1988, at 6:00 p.m.

Jueves, 29 de septiembre de 1988, a las 6:00 p.m.

President:

Presidente:

Dr. Raúl Ugarte Artola

Uruguay

Contents

Indice

Item 5.8: Report on the Monitoring of the Regional Strategies of Health for All by the Year 2000

Tema 5.8: Informe sobre la vigilancia de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

The session was called to order at 6:45 p.m.

Se abre la sesión a las 6:45 p.m.

ITEM 5.8: REPORT ON THE MONITORING OF THE REGIONAL STRATEGIES OF HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

TEMA 5.8: INFORME SOBRE LA VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

El Dr. ST. JOHN (OSP) dice que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud adoptaron por unanimidad la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, y posteriormente el Plan de Acción para aplicarla. Asimismo, acordaron vigilar los progresos en la aplicación de sus estrategias nacionales y evaluar sus efectos en el mejoramiento del estado de salud de la población a intervalos regulares. El proceso de monitoría y evaluación de las estrategias se inició en 1983, con un primer informe de vigilancia, seguido en 1985 de un primer informe sobre la evaluación de la eficacia de la aplicación de las estrategias nacionales. La 39a Asamblea Mundial de la Salud decidió instituir la presentación de informes de vigilancia cada tres años en vez de cada dos, manteniendo la evaluación de la eficacia de la aplicación de la Estrategia en un ciclo de seis años a partir de 1985. Se espera que cada Oficina Regional de la OMS prepare un documento que resuma los informes de los países y se presente al Consejo Ejecutivo de la OMS después de haber sido revisado y aprobado por el Comité Regional. A su vez, la OMS preparará un informe global para someter a la siguiente Asamblea Mundial. En la presentación de todos estos informes se sigue un marco común de referencia, preparado por la OMS, el Marco y Formato Común, que facilita el acopio y análisis de la información necesaria para

vigilar los progresos, y que fue ampliado para informar sobre la evaluación de la eficacia de la aplicación de las estrategias. El marco común para la vigilancia que se utilizó en el presente ejercicio de monitoría es el resultado del Marco y Formato Común, modificado en base a comentarios y sugerencias de los Estados Miembros y las Oficinas Regionales.

Para la preparación del resumen de los informes de los países se organizó un grupo interprogramático de trabajo, con representantes de varias unidades técnicas de la Sede. El método de análisis tuvo dos componentes, según la respuesta fuera cuantitativa o verbal. Para el primer caso, vinculado con los indicadores, se tomaron en cuenta no solo los informes nacionales sino también los datos provenientes de fuentes complementarias, como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la UNESCO, la CEPALC, etc., y la información proveniente de áreas técnicas de la OPS, por ejemplo, saneamiento, salud materno-infantil, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), etc. El uso de fuentes complementarias permitió presentar información de todos los países de la Región, aunque no para todos los indicadores, e incluir datos más coherentes y a veces más actuales que los enviados por los propios países. En lo posible se trató de presentar los datos correspondientes a distintos períodos de tiempo, para poder apreciar la evolución de los indicadores y por ende del desarrollo socioeconómico sanitario de los países de la Región. Para el análisis cualitativo se desglosaron por separado las respuestas para cada país y cada pregunta. La suma de todas las respuestas a una misma pregunta, teniendo en cuenta las tendencias principales en los países sobre el tema en cuestión, permitieron elaborar los resúmenes correspondientes a cada punto. Los

informes de Argentina, Canadá, Colombia, Nicaragua, Suriname, Uruguay y Venezuela y del territorio de las Islas Caimán se recibieron después de impreso el documento y se incluyeron en una nueva versión.

Comentando el informe, el orador observa que 28 países enviaron sus informes nacionales, lo que representa las dos terceras partes del total de la población de la Región de las Américas y más de 99,5% de la población correspondiente a América Latina y el Caribe. Aunque algunos países han logrado poner en funcionamiento un proceso de monitoría y seguimiento de las estrategias de atención primaria de la salud y salud para todos en el año 2000, en la mayoría el avance es parcial e incipiente. Las políticas y estrategias nacionales de salud son coherentes con la estrategia de atención primaria de la salud y salud para todos en el año 2000 pero, según informan los países, la aplicación de estas políticas y estrategias se ha visto limitada por las restricciones en los recursos financieros derivadas de las políticas de ajuste y por la deuda externa.

Entre los obstáculos para el establecimiento de procesos de monitoría y evaluación se distinguen las atribuibles a la escasez de recursos humanos y de infraestructura para llevar a cabo la recolección y análisis de la información en forma adecuada; la baja calidad de los datos disponibles, la dispersión de fuentes, la irregularidad de entrega y las fallas en el procesamiento, y, por último, la escasa vinculación entre el proceso de gestión y el sistema de información, cuando deben tomarse decisiones en el sistema de salud.

En cuanto a las tendencias de la situación de la salud y la cobertura de la población en los componentes de atención primaria de

salud, pueden observarse mejoras con respecto a la mortalidad, natalidad y esperanza de vida, aunque en menor grado que en períodos anteriores. En el caso de las enfermedades del PAI, ha aumentado la cobertura de vacunación antipoliomielítica, DPT y antisarampionosa, habiéndose alcanzado en muchos países niveles superiores al 90%. En cuanto a la atención de embarazadas, partos y menores de un año, la información disponible no permite sacar conclusiones. Aunque se cuenta solo con datos aislados y parciales en la mayor parte de los países, surge claramente que las coberturas distan de ser satisfactorias. Tampoco se cuenta con información suficiente sobre la cobertura de la atención primaria de salud para determinar la tendencia regional. En el aspecto de agua y saneamiento se observa un aumento moderado de la cobertura, que es mayor en la zona urbana. Por último, aunque muy pocos países cuenta con sistemas regulares de vigilancia nutricional, los datos aislados provenientes de encuestas y estudios especiales revelaron la persistencia de niveles altos de desnutrición infantil y bajo peso al nacer en la Región.

A juicio del orador, es necesario reformular los instrumentos de recopilación de información, pues su actual estructura los hace poco operativos. Concretamente, el Marco Común de Referencia utilizado en el presente ejercicio consta de siete partes y 19 puntos, cada uno de éstos con varias preguntas. La mayoría de éstas a su vez constan de otras preguntas que se plantean al mismo tiempo. El número de preguntas formales incluidas en esos 19 puntos es superior a 60, y las preguntas reales, alrededor de 150. Una pequeña cantidad corresponde a información

de tipo cuantitativo, los indicadores mundiales, y el resto son preguntas cualitativas de proceso y percepción que a veces entrañan evaluaciones simplistas.

Además, es necesario que los países y la OPS concentren en los próximos años sus esfuerzos en establecer y fortalecer los sistemas de información, para mejorar la disponibilidad, cobertura y calidad de la información, así como los procesos y sistemas de vigilancia y evaluación de las estrategias y programas en el sector salud, a fin de mejorar su eficiencia y eficacia.

El Dr. MENCHACA (Cuba) estima que el informe es magnífico y que refleja la realidad objetiva que están viviendo los países de la Región. Desearía, no obstante, hacer algunas observaciones.

En el punto 3, relativo al proceso y mecanismos de vigilancia, se hace referencia al indicador correspondiente a la relación peso-edad de los niños. El orador señala a la atención del Consejo la importancia de integrar este indicador en los programas regulares de los Ministerios de Salud de los distintos países.

En relación con el punto 4, Políticas y estrategias nacionales de salud, Cuba ha establecido una política de salud bien definida a través del plan estratégico de desarrollo de la salud pública hasta el año 2000, que incluye un modelo de perfeccionamiento de la atención primaria de salud. El orador señala que hay países, como Cuba, que ya han logrado establecer estrategias a mediano y largo plazo, no sólo para el desarrollo de la salud, sino también para el desarrollo socioeconómico. Finalmente, observa que en Cuba no se ha reducido el gasto público en las

actividades no productivas, sino que por el contrario la salud, la educación, la cultura y otras actividades muestran un incremento anual en la asignación del presupuesto estatal.

Con respecto al punto 9, Conclusiones, en el segundo párrafo se señala que como consecuencia de lo anterior, los países se han visto obligados a establecer políticas económicas de ajuste o de reactivación que se caracterizan por una marcada reducción de gastos públicos en las llamadas actividades no productivas, como salud y educación. El orador estima que esta afirmación es demasiado general, pues conoce por lo menos un país en el que esto no es así.

Mr. BOYER (United States of America) congratulated Dr. St. John and his staff on their well-organized and informative report.

Dr. St. John had pointed out that the report covered almost 100 per cent of the population of Latin America, while Dr. Menchaca had just expressed his regret that it covered only two-thirds of the population of the Region. He suspected that the report covered only two-thirds of the Region's population because of the delay in the submission of a report from a country he knew well. He apologized for that delay and promised that the report in question would be forthcoming very soon.

Monitoring the implications of the national and regional strategies for health for all was certainly basic to fulfilling that goal. While each Member Government was progressing at a different rate, the very act of looking systematically at common indicators clearly gave impetus to identifying and correcting areas in which performance was falling short of the goals.

The report showed that there had been an overall upgrading of services, that they had been expanded to cover previously unreached populations and that the quality of the services being delivered had been improved. Another real benefit was the recognition of the need to give increased attention to national policies on research and technology transfer. The unacceptable gap between what was known about preventable health conditions and the delivery of the corresponding services had been a problem for all countries. His Delegation believed that a major objective must be to reduce the overall time between the development of effective preventive practices and their implementation.

One strong virtue of the report was the identification of obstacles to the implementation of the monitoring process. The obstacles had been grouped into three broad categories. First, there was a lack of qualified human resources to carry out the process; second, there were insufficiencies in the data; and third, there was limited ability to utilize the data. There were also obstacles in planning and evaluating services, financing, and even the absence of the political will necessary to pursue health goals. Now that more was known about those obstacles as a result of the report, an active program should be developed to overcome them. He hoped that PAHO would be able to provide assistance to Member Governments in overcoming some of the obstacles.

If he had understood Dr. St. John correctly, the Common Framework which had been utilized by Member Countries in preparing the report was felt by many to be somewhat complex and difficult to handle. If that was true, and if other delegations present had had the same experience, PAHO



might well make representations to WHO to try to simplify the process in order to make it easier for Member Countries to implement it, and the six members of the WHO's Executive Board from the Region might carry the same message to the Executive Board in January.

El Dr. NARANJO (Ecuador), refiriéndose al párrafo segundo de las conclusiones, Documento CD33/22, Rev. 1, donde se afirma que los países han tenido que establecer políticas económicas de ajuste o de reactivación, observa que en muchos países de la Región hay un deterioro en general en la atención de salud, y no porque no haya habido aumento presupuestario. En el Ecuador, el presupuesto de 1987 y el de 1988 reflejan un 10% de aumento, pero la inflación ha rebasado el 50%, por lo que hacia fin de año hay un déficit económico que se refleja en un déficit de atención en el sector salud.

El Dr. QUIJANO (México) felicita al Dr. St. John por su informe. Como ha dicho el Dr. St. John en su resumen, los países han aceptado y han deseado poner en práctica la estrategia nacional y regional para lograr la meta de salud para todos en el año 2000; sin embargo, en la práctica la situación es muy distinta. En todo caso, el documento deberá ser distribuido con mayor profusión en los países de la Región antes de ser discutido en mayo próximo en la Asamblea.

Dr. MALCOLM (United Kingdom) extended his congratulations to the Director and Dr. St. John for the detailed and informative report; he appreciated in particular their efforts to assist countries in the Region to mobilize external resources in order to cope with their fiscal problems. The British dependent territories were grateful for PAHO's

assistance in developing and strengthening their health care delivery systems and continuing technical assistance from the Organization would be most welcome.

Dr. TAITT (Barbados) also congratulated Dr. St. John on the quality of the report. He endorsed the United States' suggestion that PAHO assistance should be made available in the preparation of the reports by Member Countries lacking the necessary expertise. It was extremely important that all of the pertinent information should be available for the compilation of the annual report. Yet, Barbados had been unable to submit its own report in timely fashion owing to the absence of staff trained in the WHO reporting procedures. Other countries had experienced similar difficulties. In consequence, he strongly supported the suggestion made by the United States Representative.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) felicita al Dr. St. John por su magnífico informe. Venezuela ha iniciado un sistema nacional de salud que tiene en la atención primaria un elemento fundamental. Este sistema debe ser objeto de una evaluación permanente a fin de poder conocer, mediante un seguimiento adecuado, los resultados de su desarrollo y aplicación.

Paralelamente, Venezuela se ha comprometido a la realización de un catastro nacional de salud con el fin de evaluar los recursos de tipo humano, de tipo físico, y, principalmente, de tipo económico, ya que el financiamiento de los proyectos se hace cada vez más difícil puesto que el servicio de la deuda llega a absorber el 72% de la renta petrolera del

país. Al catastro se suma el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, que también tiene que ser permanentemente evaluado. Indudablemente, en la base tiene que existir un sistema de información. Se ha tratado de utilizar los canales del Ministerio de Comunicaciones y de establecer una coordinación con los Ministerios de Agricultura de Familia y con otras instituciones, pero se requiere una ayuda institucional internacional.

Por lo que respecta a la promoción del recurso humano, médico y paramédico, se han creado nuevas escuelas de medicina que también requieren una ayuda internacional inmediata. El orador confía, sin embargo, en que en su país será posible alcanzar los objetivos fijados en un futuro relativamente próximo.

El Dr. MOHS (Costa Rica) felicita al Dr. St. John y a la Secretaría por el informe presentado. Es alentador observar la mejoría registrada en la Región, insuficiente todavía, pero en todo caso estimulante. Todos están de acuerdo en que, pese a que los presupuestos disminuyen y la inflación aumenta, el hecho de que se produzcan progresos en el campo de la salud significa que la participación de los responsables en los países de la Región, así como de la Organización Panamericana de la Salud, está teniendo efectos positivos.

El orador señala que se ha concluido una revisión del estado de salud de la población de refugiados en Costa Rica, que oscila entre 100.000 y 150.000 personas, de las cuales el 50% son menores de 15 años. Se ha desarrollado un programa directo para la atención de esta población y la mortalidad infantil en este grupo se ha reducido del 70 por mil al

15 por mil en 1988. Asimismo, ha desaparecido la desnutrición grave de esta población, que acusaba elevados índices. Este ejemplo ilustra que la tecnología disponible actualmente, dado el bajo costo de estas intervenciones, permite hacer progresos importantes.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que prepare un proyecto de resolución para ser distribuido en la sesión plenaria del día siguiente.

The session rose at 7:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 7:30 p.m.



*directing council*

PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

*regional committee*

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



CD33/SR/10

30 September 1988

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE TENTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMA SESION PLENARIA

Friday, 30 September 1988, at 9:00 a.m.

Viernes, 30 de septiembre de 1988, a las 9:00 a.m.

President:

Presidente:

Dr. Raúl Ugarte Artola

Uruguay

Contents

Indice

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption

Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

Item 5.12: Program Budget Situation

Tema 5.12: Situación del presupuesto por programas

(continued overleaf)

(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

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

- Item 7.4: Report on the World Conference on Medical Education  
Tema 7.4: Informe sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica
- Item 5.3: Maternal and Child Health and Family Planning Programs  
Tema 5.3: Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar
- Item 5.2: Plan of Action for the Eradication of the Indigenous Transmission of Wild Poliovirus  
Tema 5.2: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomieltis
- Item 5.6: Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems  
Tema 5.6: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud
- Item 5.7: Program Policies in Food and Nutrition  
Tema 5.7: Política del programa en alimentación y nutrición
- Item 5.8: Report on the Monitoring of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000  
Tema 5.8: Informe sobre la vigilancia de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000
- Item 5.9: Drug Abuse Prevention  
Tema 5.9: Prevención de la farmacodependencia

The session was called to order at 9:10 a.m.  
Se abre la sesión a las 9:10 a.m.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION  
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

Item 5.12: Program Budget Situation  
Tema 5.12: Situación del presupuesto por programas

El PRESIDENTE abre la sesión y somete a la consideración del Consejo el proyecto de resolución PR/5, al cual la Delegación de los Estados Unidos de América había propuesto una modificación. Pide a la Relatora que lo lea (PR/5, Rev. 1).

The RAPPORTEUR read out the proposed resolution in the amended version submitted by the United States of America (PR/5, Rev. 1):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined Document CD33/26 on the 1988-1989 program budget situations;

Recognizing that Resolution VI of the XXXII Meeting of the Directing Council (1987) urged the Director to advise the Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 1988 and prior years;

Noting Resolution II adopted at the XXXII Meeting of the Directing Council in which the Member Countries approved the appropriations for the Pan American Health Organization for 1988-1989; and

Considering Resolution III in which the Member Countries approved assessments for the 1988-1989 biennial budget,

RESOLVES:

1. To urge all Member Countries to pay their full quota assessment to avoid a worsening of the budget situation and the consequent damage to the Organization's ability to fulfill its technical cooperation responsibilities.

2. To request the Director to take a flexible approach in effecting cuts in the program budget for 1988-1989 in the event that the payments of Member Countries fail to provide adequate resources to execute it fully, drawing upon the priorities established by PAHO Governing Bodies and the views of Member Countries in relation to evolving health problems and needs.

#### LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD33/26 sobre la situación del presupuesto por programas correspondiente a 1988-1989;

Teniendo en cuenta que en la Resolución VI de la XXXII Reunión del Consejo Directivo (1987) se insta al Director a que informe al Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de cuotas correspondientes a 1988 y a años anteriores;

Tomando nota de la Resolución II adoptada en la XXXII Reunión del Consejo Directivo, en la cual los Países Miembros aprobaron las asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1988-1989, y

Considerando la Resolución III, en la cual los Países Miembros aprobaron las cuotas para el presupuesto bienal 1988-1989,

#### RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros a que abonen las cuotas en su totalidad a fin de evitar que la situación presupuestaria empeore y ello menoscabe los recursos de la Organización para cumplir sus funciones en materia de cooperación técnica.

2. Solicitar al Director que proceda con flexibilidad al reducir el presupuesto por programas para 1988-1989 en caso de que los pagos de los Países Miembros no sean suficientes para ejecutarlo en su totalidad, teniendo en cuenta las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos de la OPS y la opinión de los Países Miembros en cuanto a los problemas y las necesidades cambiantes en materia de salud.

El Dr. BORGONO (Chile) señala que si se aprueba ese texto tal como está, no cabría después hablar sobre la enmienda del Canadá, que agrega un punto tres, porque se estaría aprobando una resolución en su texto completo; por tanto, habría que ver las dos enmiendas primero y ver como queda la resolución en forma total. También señala que la traducción de la reserva formulada en párrafo 1 al español no es totalmente adecuada.



El PRESIDENTE recomienda ir aprobando las enmiendas una por una y después todo el proyecto.

The RAPPOREUR then read the addition paragraph proposed by the Delegation of Canada (PR/5, Rev. 1 Addition):

3. To request that the Director continue to consult with the Subcommittee on Planning and Programming of the Executive Committee in order to assess the impact on the Organization's programs of any budgetary shortfalls that may occur throughout the current biennium.

3. Pedir al Director que siga consultando al Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo a fin de evaluar la repercusión en los programas de la Organización de cualquier déficit presupuestario que se pueda producir durante el actual bienio.

Mr. PREFONTAINE (Canada) explained that the purpose of the addition was to keep open the relationship between PAHO's Administration and the Governing Bodies. The type of active dialogue that had taken place between them at the 1986 Pan American Sanitary Conference would encourage members of the Directing Council to consider PAHO as their corporate responsibility.

El PRESIDENTE dice que, no habiendo objeción, se acepta la enmienda propuesta por la Delegación del Canadá, y se pone a consideración el proyecto de resolución en su totalidad.

Decision: The resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 7.4: Report on the World Conference on Medical Education

Tema 7.4: Informe sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica

The RAPPOREUR read out the following proposed resolution (PR/6):

## THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having taken note of Document CD33/29 on the World Conference on Medical Education and its "Declaration of Edinburgh" on the reform of medical education; and

Bearing in mind the proposed plan of action for implementing the respective recommendations at institutional and national level,

## RESOLVES:

1. To thank the Pan American Federation of Associations of Medical Schools and, through it, the World Federation of Medical Education, for the report presented, underscoring the reorientation of medical education towards the goal of Health for All by the Year 2000.

2. To urge Member Countries to give special consideration and support to the recommendations and concepts embodied in the "Declaration of Edinburgh."

## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo tomado nota del Documento CD33/29 sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica y de la "Declaración de Edimburgo" sobre la reforma de la educación médica, y

Teniendo en cuenta el plan de acción propuesto para poner en práctica las respectivas recomendaciones a nivel institucional y nacional,

## RESUELVE:

1. Agradecer a la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina y, por medio de ella, a la Federación Mundial para la Educación Médica, el informe presentado, poniendo de relieve la reorientación de la educación médica hacia la meta de salud para todos en el año 2000.

2. Instar a los Países Miembros a que presten especial atención y apoyo a las recomendaciones y los conceptos contenidos en la "Declaración de Edimburgo".

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.3: Maternal and Child Health and Family Planning Programs  
Tema 5.3: Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar

El PRESIDENTE ruega a la Relatora que lea el proyecto de resolución PR/7 sobre el Tema 5.3, Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar, redactado por un Grupo de Trabajo integrado por los Representantes de Brasil, Estados Unidos de América y Perú.

The RAPPORTEUR, before reading the proposed resolution, noted that in operative paragraph 1(e) of the English version that had been distributed "cervicouterine" should be corrected to "cervical."

The new proposed resolution had changes in operative subparagraphs 1(e) and 1(f), as well as a new subparagraph 2(b). The original subparagraph 2(b) had therefore become 2(c).

The proposed resolution (PR/7) read:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Reaffirming and reiterating the concepts and mandates contained in Resolutions CD30.R8 and CD31.R18 of 1984 and 1985, respectively;

Recognizing the advances achieved by the joint work of the Organization, the Member Countries, and the United Nations Population Fund in execution of the mandates contained in the aforementioned resolutions;

Taking note of the constraints that prevent a faster pace of execution; and

Reaffirming the statements contained in Document CD33/13, "Maternal and Child Health and Family Planning Programs," which the Director has presented as a second progress report on the status of execution of the Organization's policy for action in population matters,

RESOLVES:

1. To urge that Member Governments:
  - a) Continue efforts to implement the mandates contained and unanimously adopted in Resolutions CD30.R8 and CD31.R18, so that faster progress can be made in the strengthening of

maternal and child health and family planning programs and of actions among groups at greatest risk and adolescents in particular, to reduce differences between and within the countries;

- b) Make a special effort to study information on population, health and existing services so as to keep current the situational diagnosis needed to program the measures to be taken in the last decade of the century;
  - c) Design specific proposals for the participation of other development sectors in coordinated actions to benefit the health of mothers, children, and the population at large;
  - d) Take the necessary action to coordinate technical and financial cooperation in the area of population, health, and development, and especially in maternal and child health and family planning programs;
  - e) Emphasize not only the extension of coverage but also the quality of maternal and child health, family planning services, and the detection and treatment of cervical cancer as part of the strategy for the development and strengthening of local health systems;
  - f) Set, before the end of 1990, national goals for the reduction of maternal mortality by the year 2000, and to design plans of action to this end so that maternal mortality may be reduced significantly--by at least 50% in countries whose index for this mortality is higher than 5 per 10,000 recorded live births;
  - g) Initiate intersectoral and sectoral actions directed toward the community, teachers, and parents, with a view to helping adolescents to develop healthy life styles and avoid risk-associated behaviors that lead to drug addiction, accidents, sexually transmitted diseases, and unwanted pregnancies.
2. To request the Director to:
- a) Continue the support of activities required for implementation of the collective mandates in this field, especially the mobilization of national and international technical and financial resources for a more appropriate response to existing needs;
  - b) Propose to the Governing Bodies in 1990 a regional plan of action and goals for the reduction of maternal mortality in the Americas;
  - c) Report on the progress made in this area to the Directing Council at its meeting in 1991.

## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando y reiterando los conceptos y mandatos contenidos en las Resoluciones CD30.R8 y CD31.R18 de 1984 y 1985, respectivamente;

Reconociendo los avances logrados por el trabajo conjunto de la Organización, los Países Miembros y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en la ejecución de los mandatos contenidos en las resoluciones anteriores;

Tomando nota de las restricciones encontradas para un desarrollo más acelerado de las acciones, y

Afirmando las ponencias contenidas en el Documento CD33/13, titulado "Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar", que el Director presenta como segundo informe de avance sobre el estado de la ejecución de la política de acción de la Organización en asuntos de población,

## RESUELVE:

## 1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Continúen los esfuerzos para ejecutar los mandatos contenidos y adoptados por unanimidad en las Resoluciones CD30.R8 y CD31.R18 en tal forma que se avance con mayor celeridad en el fortalecimiento de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar, reforzando las acciones, en los grupos de mayor riesgo y especialmente los adolescentes, a fin de disminuir las diferencias existentes entre países y dentro de los mismos;
- b) Realicen un esfuerzo especial para analizar la información demográfica, de salud y de servicios existentes que permita mantener actualizado y sobre bases permanentes el diagnóstico de situación necesario para programar las acciones a desarrollar en la última década del siglo;
- c) Diseñen propuestas concretas para la participación de otros sectores del desarrollo en las acciones coordinadas que beneficien la salud de las madres, los niños y la población en general;
- d) Realicen la acción necesaria para coordinar la cooperación técnica y financiera en el campo de la población, la salud y el desarrollo y en especial en los programas de salud maternoinfantil y de planificación familiar;
- e) Den énfasis no sólo a la extensión de cobertura sino también a la calidad con que se prestan los servicios de atención maternoinfantil, planificación familiar, y detección y

tratamiento del cáncer cervicouterino como parte de la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud;

- f) Fijen, antes de 1990, metas nacionales de reducción de la mortalidad materna para el año 2000 y desarrollen los planes de acción correspondientes, de tal forma que se pueda reducir significativamente la mortalidad materna, y por lo menos en un 50% en los países donde el indicador sea mayor del 5 por 10.000 nacidos vivos registrados;
- g) Inicien acciones intersectoriales y sectoriales dirigidas a la comunidad, los maestros, y los padres, destinadas a que los adolescentes desarrollen estilos de vida saludables y eviten las conductas de riesgo que determinan drogadicción, accidentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

2. Pedir al Director que:

- a) Continúe apoyando las actividades que demanda la ejecución de los mandatos colectivos en este campo y en especial la movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que permitan dar respuestas más adecuadas a las necesidades existentes;
- b) Proponga a los Cuerpos Directivos en 1990 las metas y el plan de acción regionales para reducir la mortalidad materna en las Américas;
- c) Informe sobre los progresos realizados en esta área a la reunión del Consejo Directivo a celebrarse en 1991.

El Dr. BORGÑO (Chile) señala que en el Plan de Acción para la Estrategia para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000 se ha fijado la meta de mortalidad materna. Entonces habría que suprimir la mención de meta en la nueva resolución para evitar confusiones.

Dr. KNOUSS (Secretary) said he did not feel that the proposed resolution went back on goals previously set, but rather stated a new set of goals under operative paragraph 1(f) in pursuance of the regional objectives established in the Plan of Action adopted in 1980.

El Dr. BORGONO (Chile) cree conveniente borrar la palabra "metas" para evitar conflictos de fechas.

Dr. KNOUSS (Secretary) said he understood the discussion as centering on a Plan of Action at the regional rather than country level in the very specific area of maternal mortality. That did not seem to be in conflict with anything previously agreed by the Directing Council. The idea was to design a Plan of Action by 1990 and to present it at that time to the Executive Committee and the Directing Council.

El Dr. SUAREZ (Bolivia) sugiere que en vez de "planificación familiar" podría decirse "reproducción humana" para dar más amplitud a la expresión.

Mr. BOYER (United States of America) said he had no objection to deleting the words "and goals" in operative paragraph 2(b), as proposed by the Representative of Chile, although he did not think that the original wording was at variance with previous documents.

Referring to the wording proposed by the Representative of Bolivia, he agreed that "human reproduction" was preferable to "family planning."

El Dr. ALDERETE (Paraguay) apoya al Representante de Chile y considera conveniente que ese término de metas se elimine puesto que en el Plan de Acción ya están fijadas para los países. Respecto a la observación hecha por el Representante de Bolivia, donde sugiere eliminar "planificación familiar" y aplicar el término de "reproducción humana",

estima que no sería adecuado, puesto que planificación implica una política demográfica de los países. También sugiere que en el inciso l.e), donde dice "detección y tratamiento del cáncer cervicouterino", sería conveniente poner "prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino".

Ms. PALTIEL (Canada), referring to the use of the term "human reproduction" versus "family planning," pointed out that "family planning" was recognized as representing specific programs involving organizations and resources and that the programs, which now had almost universal acceptance, had taken time to gain that acceptance in a number of countries. It might constitute a retrograde step to lose that recognition by changing the terminology.

On the subject of maternal mortality, it needed to be said that at the time the health for all goals had been established, maternal mortality had not been recognized as a major problem. That did not mean that the goals could not be refined as the need arose.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) considera que se perdería mucho dejando de lado algo que realmente ha costado mucho hacer, que es aceptado por toda la gente y con lo cual hay múltiples programas en ejecución. Además, no es lo mismo "planificación familiar" que "reproducción humana", pues ésta es un concepto mucho más amplio. Por ello, enfáticamente pide que se mantenga la expresión "planificación familiar"; de lo contrario, habría gran cantidad de problemas operacionales, incluso con el Fondo de Población de las Naciones Unidas.



Con respecto al inciso b) del párrafo 2, realmente en el plan de acción no hay ninguna meta establecida referente a mortalidad materna, de forma que no se cambiaría nada establecido en el plan de acción. Pero tal vez convendría cambiar alguna de las metas que allí se han establecido.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) se refiere al término "cervicouterino" que ya se ha mencionado, con él se da una expresión global del útero, es decir del cuello uterino y del cuerpo uterino, lo que podría crear cierta confusión. La intención de la resolución es más práctica y se refiere al cuello del útero, por lo que considera que se debe decir "cáncer del cuello uterino" y propone el cambio correspondiente.

El PRESIDENTE somete a votación las diversas propuestas y se aprueba eliminar las palabras "las metas" en el inciso b) del párrafo 2.

El Dr. SUAREZ (Bolivia), con las explicaciones del Director y siguiendo la sugerencia del Dr. Mohs (Costa Rica), retira su propuesta.

El PRESIDENTE somete a la consideración del Consejo Directivo y se aprueba la propuesta del Paraguay de agregar la palabra "prevención" a "detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino".

Dr. ALEXIS (Grenada) observed that, medically speaking, cervical and uterine cancer were different, as was their incidence. He suggested the wording "cervical and uterine cancer." There was no such word as "cervico-uterine" in English.

Dr. KNOUSS (Secretary) reminded representatives that at the beginning of the discussion the Rapporteur had recognized that the confusion had resulted from literal translation into English of the Spanish word "cervicouterino," which should properly have been rendered as "cervical." That would seem to solve the problem, unless some different concept was actually being proposed.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) reitera que el cáncer más frecuente y que ofrece más peligro para la mujer es el cáncer del cuello uterino, por lo que propuso esa expresión. Cuando se dice cérvicouterino se engloba el cuello y el cuerpo, es decir, algo más de lo que se desea enfocar. Y para ser prácticos, esto es el cuello uterino, hacia donde deben ir los exámenes desde el punto de vista preventivo y de tratamiento, claro, cuando hay alguna lesión ya establecida.

El Dr. MIGUES (Uruguay) dice que, cuando se habla de cáncer cérvicouterino, se alude precisamente al cuello del útero y que no es necesario hacer ninguna otra aclaración. La expresión "cáncer cérvicouterino" define muy claramente lo que se ha querido expresar y además es la nomenclatura usada habitualmente en la Organización.

La Dra. KUZSTRA (Brasil) observa que há, no Brasil, programas definidos para o controle do câncer cérvico-uterino enquanto não se chega ao controle do câncer do colo, razão pela qual a expressão a ser usada deve inserir-se perfeitamente no contexto daquele programa.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) opina que ambas expresiones son aceptables, pero como dijo la Representación del Brasil, el lenguaje

usual en la mayoría de los países es "control de cáncer cérvico-uterino". Además, ofrece la ventaja señalada por el Ministro del Paraguay de que no sólo indica el problema principal, el cáncer del cuello, sino que deja abierta la puerta para más actividades de investigación en el cuerpo del útero.

El PRESIDENTE somete a votación la propuesta del representante de Venezuela.

Decision: The proposal was rejected by 18 votes to one.

Decisión: La propuesta es rechazada por 18 votos en contra y 1 a favor.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.2: Plan of Action for the Eradication of the Indigenous Transmission of Wild Poliovirus

Tema 5.2: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis

El PRESIDENTE abre el debate sobre las enmiendas 1, 2 y 3 al proyecto de resolución relativo al Tema 5.2, Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis.

The RAPPORTEUR read the amendment proposed by the Delegation of Paraguay to the proposed resolution contained in Document CD33/12, which changed operative paragraphs 3 and 4 to read:

3. To urge the acceleration and reinforcement of the work of the network of laboratories to confirm or rule out the virologic nature of

tests in support of diagnostic, surveillance and control activities in programs of the Member Countries.

4. Emphasis is placed on the following critical actions requiring the immediate attention of the Member Countries for attainment of the goal of polio eradication:

3. Acelerar y reforzar los trabajos de la red de laboratorios para confirmar o descartar la naturaleza virológica de las pruebas, con respaldo a las actividades de diagnóstico, vigilancia y control en los programas de los Países Miembros.

4. Para que se logre el objetivo de erradicación de la poliomielitis, se recalcan las siguientes acciones críticas que requieren atención inmediata y permanente por parte de los Países Miembros:

Mr. BOYER (United States of America) suggested that, to clarify paragraph 3, the words "to confirm or rule out the virologic nature of tests", be replaced by "capable of performing virologic testing." The sentence would then read:

To urge the acceleration and reinforcement of the work of the network of laboratories capable of performing virologic testing in support of diagnostic surveillance and control activities in programs of the Member Countries.

Dr. TAITT (Barbados) suggested changing "testing" to "tests," so that the phrase would read: "performing virologic tests."

El Dr. BORGÑO (Chile) está de acuerdo con la versión y con la traducción de la propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América, modificada por Barbados. Discrepa con lo que figura en el proyecto, concretamente en el párrafo 3 de la traducción al castellano. Afirma que no se trata de la naturaleza virológica de las pruebas sino más bien de la forma en que ha sido expresado en inglés, cuya traducción al castellano va a permitir aunar criterios.

Mr. BOYER (United States of America) restated his proposed wording with the modification proposed by the Representative of Barbados.

Decision: The amendment proposed by the Delegation of Paraguay, as further amended by the Delegation of the United States of America, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la enmienda propuesta por la Representación del Paraguay y modificado por la Representación de los Estados Unidos de América.

The RAPPORTEUR then read out Amendment No. 2, proposed by the Delegation of Honduras:

Subparagraph 4.1(a) should read:

"a) Hold at least two regular national mass vaccination days per year as part of their national vaccination programs;"

The English text of paragraph 4.1(b) was unaffected by the proposed amendment to the Spanish text.

Subparagraph 4.1(c) should read:

"c) Continue these measures until eradication of the indigenous transmission of wild poliovirus is achieved and certified."

The English text of paragraph 4.4(a) was unaffected by the proposed amendment to the Spanish text.

El subpárrafo 4.1(a) debería decir:

"a) Realizar por lo menos dos jornadas nacionales de vacunación masiva al año como parte de sus programas nacionales de vacunación;"

En el subpárrafo 4.1(b) las palabras "estos días" deberán ser sustituidas por "estas jornadas".

El subpárrafo 4.1(c) debería decir:

"c) Continuar este método hasta que se logre y se certifique la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje."

El subpárrafo 4.4(a) debería decir:

- "a) Considerar como situación de emergencia nacional toda aparición de casos de parálisis fláccida aguda en menores de 15 años y proceder inmediatamente a su investigación para determinar si constituye o no casos de poliomielitis."

Dr. ALEXIS (Grenada) said he was a little confused: the Spanish version implied seemed to imply that there would be two campaigns per year while the English version referred to two national vaccination days. Why not have "two campaigns per year" in both languages? The logistic problem pointed out by Honduras, namely that of finishing the scheduled vaccination in one day, would also apply to Grenada, whereas it would be possible to hold two campaigns per year.

Dr. KNOUSS (Secretary) said he believed the original wording in the proposed amendment had been "campaign."

El Dr. VILLEDA (Honduras) considera que en español la palabra correcta es "jornada".

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) está de acuerdo con el Representante de Honduras.

El Dr. BARRIOS (Argentina) comenta que el término "jornada" en cualquier país de habla hispana indica 24 horas.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) manifiesta su acuerdo con el Representante de Honduras.

Dr. KNOUSS (Secretary) said that Dr. de Quadros had advised him that the terms "jornadas" and "days" were traditionally used by the Organization in Spanish and English respectively to reflect the concept introduced by the Delegation of Honduras.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) estima que la palabra "jornadas" equivale a ocho horas de trabajo.

El Dr. BORGÑO (Chile) pide la clausura del debate sobre esta enmienda, y que se acepte la sugerencia hecha por el Dr. Knouss.

El PRESIDENTE, por tratarse de una moción de orden, da el debate por clausurado y, en vista de que no hay objeciones, declara aprobada la enmienda propuesta por la representación de Honduras.

Decision: The amendment proposed by the Delegation of Honduras was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la enmienda propuesta por la Representación de Honduras.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura a la propuesta de enmienda presentada por Cuba (Tema 5.2, Enmienda No. 3).

The RAPPORTEUR read Amendment No. 3, proposed by the Delegation of Cuba.

That the following new paragraph be added to the preamble:

"Considering Resolution WHA41.28 (Global Eradication of Poliomyelitis by the Year 2000),"

That operative paragraph 4.2 be amended by the addition of the following:

"... and offer their technical knowledge, resources and support to countries that may require them."

Añadir el nuevo párrafo preambular siguiente:

"Tomando en consideración la Resolución WHA41.28 (erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000)".

Modificar el punto 4.2 de la parte resolutive, añadiendo al final del mismo lo siguiente:

"... y ofrecer sus conocimientos técnicos, sus recursos y su apoyo a los países que lo requieran".

Decision: The amendment proposed by the Delegation of Cuba was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la enmienda propuesta por la Delegación de Cuba.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.6: Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems

Tema 5.6: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud

The RAPPORTEUR read the amendment to the proposed resolution contained in Document CD33/14 proposed by the Working Group composed of the Representatives of Barbados, Canada, and Colombia.

1. Add a new subparagraph 2(c), as follows:

"2. c) In accordance with their institutional realities, to promote the notion of a program-level partnership between the public sector, nongovernmental organizations and the private sector:"

2. Renumber subparagraphs 2(c), (d), (e), and (f) as 2(d), (e), (f), and (g), respectively.

1. Añádase un nuevo subpárrafo 2.c):

"2. c) De acuerdo a sus realidades institucionales, promover el concepto de asociación a nivel programático entre el sector público, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado;"



2. Numerar los subpárrafos 2.c), d), e), y f) como subpárrafos 2.d), e), f) y g), respectivamente.

El Dr. BORGOÑO (Chile) estima que el concepto de asociación no coincide con la traducción inglesa.

Mr. PREFONTAINE (Canada) stressed that the wording "partnership" suggested by the Working Group had been meant for the English text only.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) considera que es preferible "coordinación" en la versión en español.

Dr. TAITT (Barbados) said the Working Group considered the word "partnership" acceptable in English, even if the Spanish version read "coordinación."

El PRESIDENTE pregunta si se acepta cambiar la palabra "asociación" por "coordinación" en el texto en español. Como no hay objeciones, considera aceptado el cambio.

Decision: The proposed resolution as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.7: Program Policies in Food and Nutrition

Tema 5.7: Política del Programa de Alimentación y Nutrición

El PRESIDENTE abre el debate acerca del proyecto de resolución PR/8 sobre Política del Programa de Alimentación y Nutrición, al cual se han presentado enmiendas que consisten en añadir un nuevo párrafo y en cambiar la numeración de los párrafos. Ruego a la Relatora que dé lectura del texto con las enmiendas propuestas.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/8):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/23 on the Organization's food and nutrition policy;

Considering the persistence of serious food and nutrition problems in the Region, largely because of the marginal social and economic conditions of important population groups and the severe economic situation in the countries;

Aware that the problem is of a nature to require coordinated multisectoral action, in which the Ministries of Health carry out specific measures in the national health systems and provide leadership in the technical aspects of their interaction with the other sectors involved;

Concerned that the stabilization and structural adjustment measures being adopted by the countries may aggravate existing deficits in the availability and consumption of food in low-income groups and increase the prevalence of undernutrition;

Recognizing that, in addition to protein-energy malnutrition, there are specific deficiencies of iodine, iron, and vitamin A, as well as malnutrition from excesses and deficiencies of nutrients in the diets of many population groups; and

Taking into account the important role of the Organization in the food and nutrition area, both directly and in coordination with other technical cooperation agencies,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments:
  - a) To strengthen their multisectoral policies and strategies for increasing purchasing power and improving the availability and consumption of food, particularly in low-income populations and groups at high biological risk, in order to improve their nutritional status;
  - b) To carry out measures for improving the food habits of the population that will result in a nutritionally balanced diet;
  - c) To step up food and nutrition work in national health systems and under the primary health care strategy, with broad social participation, through the effective mobilization of local and external resources, and taking account of the important part played by women in this work.

2. To request the Director, in working with Member Countries, to emphasize technical cooperation in the following aspects:

- a) The planning, execution, and evaluation of food and nutrition strategies directed at low-income populations and priority groups;
- b) Food and nutrition surveillance;
- c) Distribution of food to priority groups, especially mothers and children and other groups at the poverty level;
- d) Education and social communication in food and nutrition, including warning against the effects of malnutrition caused by insufficiencies and excesses;
- e) Control of specific nutritional deficiencies: iodine, iron, and vitamin A;
- f) Preventive nutrition in the management of chronic diseases associated with food and nutrition;
- g) Research into basic diets using basic foods which, to the extent possible, are locally produced.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD33/23 sobre política de alimentación y nutrición de la Organización;

Considerando que aún persisten serios problemas de alimentación y nutrición en la Región, debidos en gran medida a la situación de marginalidad social y económica de núcleos importantes de la población, y a la grave situación económica que atraviesan los países;

Consciente que dada la naturaleza del problema se requieren acciones multisectoriales coordinadas, en las cuales los Ministerios de Salud cumplen acciones definidas dentro de los sistemas nacionales de salud, y actividades de liderazgo técnico en su interacción con otros sectores involucrados;

Preocupada porque las medidas de estabilización y ajuste estructural que adoptan los países puedan agravar el déficit existente en la disponibilidad y consumo de alimentos en los grupos de bajos ingresos e incrementar la prevalencia de la desnutrición;

Reconociendo que, además de la desnutrición energético-proteica, existen deficiencias específicas de yodo, hierro y vitamina A, y malnutrición por exceso e imbalance de nutrientes en numerosos grupos de población, y

Teniendo en cuenta el importante papel que desempeña la Organización en el campo de la alimentación y nutrición, tanto en forma directa como en coordinación con otros organismos de cooperación técnica,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
  - a) Fortalezcan políticas y estrategias multisectoriales para aumentar la capacidad adquisitiva y lograr el mejoramiento de la disponibilidad y consumo de alimentos, particularmente en las poblaciones de bajos ingresos y grupos en alto riesgo biológico, con el fin de mejorar su estado nutricional;
  - b) Realicen acciones para mejorar los hábitos alimentarios de la población, tendientes a obtener una dieta nutricionalmente equilibrada;
  - c) Incrementen las acciones de alimentación y nutrición dentro de los sistemas nacionales de salud y la estrategia de atención primaria, con una amplia participación social, teniendo en cuenta el importante papel que la mujer cumple en estas acciones a través de la movilización efectiva de recursos nacionales y externos.
  
2. Pedir al Director que, en colaboración con los Países Miembros, dé énfasis a la cooperación técnica en los siguientes aspectos:
  - a) Planificación, ejecución y evaluación de estrategias alimentario-nutricionales dirigidas a poblaciones de bajos ingresos y grupos prioritarios;
  - b) Vigilancia alimentaria y nutricional;
  - c) Distribución de alimentos a grupos prioritarios, especialmente a madres y niños y otros grupos en situación de pobreza;
  - d) Educación y comunicación social en alimentación y nutrición, advirtiendo sobre los efectos de la malnutrición por insuficiencia o exceso;
  - e) Control de deficiencias nutricionales específicas: yodo, hierro y vitamina A;
  - f) Nutrición preventiva en el manejo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación;
  - g) Investigaciones sobre dietas balanceadas, utilizando productos básicos y, en lo posible, autóctonos de cada región.

El Dr. NARANJO (Ecuador) indica que no hay relación entre antecedente y consecuente, tal vez por un cambio de redacción. El inciso c) del párrafo 1 de la parte dispositiva dice: "y teniendo en cuenta el importante papel que la mujer cumple en estas acciones" y el párrafo 2 comienza: "Pedir al Director que en colaboración con los Países Miembros" para seguir con los incisos a), b) y c), en los que no hay ninguna recomendación específica en relación con la mujer.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) estima que no hay tal incongruencia pues, cuando se recomienda a los países que tengan en cuenta el importante papel de la mujer, es natural que el Director apoye lo que hacen los países, puesto que el Director no actúa con independencia de los países.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) crea que quitándole la "y" se corrige el problema y se mejora el sentido.

El PRESIDENTE declara, que si no hay objeciones, deciden quitar la coma y la "y" en la última frase.

El Dr. BARRIOS (Argentina) propone modificar la redacción sin cambiar los términos, es decir, "incrementen las acciones de alimentación y nutrición dentro de los sistemas nacionales de salud y la estrategia de atención primaria con una amplia participación social teniendo en cuenta el importante papel que la mujer cumple en estas acciones" y ligarlo a las acciones y no a la movilización de recursos.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.8: Monitoring of the Strategies of Health for All by the Year 2000  
Tema 5.8: Vigilancia de las estrategias de salud para todos en el año  
2000

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution (PR/9):

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/22, which constitutes the chapter for the Region of the Americas on Monitoring of the Strategies of Health for All by the Year 2000;

Recognizing that the presentation corresponding to the Region of the Americas has been prepared in compliance with the provisions contained in Resolution WHA39.7 of the Thirty-ninth World Health Assembly;

Aware of the difficulties faced by the countries in the implementation and utilization of this instrument-guideline; and

Bearing in mind that the report for this Region will be presented to the WHO Executive Board for consideration by the World Health Assembly along with the reports from the other WHO Regions,

RESOLVES:

1. To thank the Director for the report which has been prepared and presented by the Secretariat in cooperation with the countries of the Region of the Americas.

2. To recommend to the Governments of the Member Countries that they:

a) Adopt appropriate measures to strengthen both the process of Health for All and implementation of the primary health care strategy;

b) Strengthen their health sector information, analysis and evaluation systems in order to improve program planning and program execution.

3. To request that the Director:

a) Forward the report to WHO Headquarters, together with the comments of the Regional Committee for the Americas;

b) Request WHO to prepare guidelines that are more specific and operational than those used in the past, which have posed serious difficulties in their utilization;

- c) Inform the members of the WHO Executive Board designated by Member Countries in the Region of the Americas about the report, the comments of the Regional Committee, and the need to improve the guidelines to be used in the future for monitoring of the Health for All strategies.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD33/22, que constituye el capítulo correspondiente a la Región de las Américas del documento titulado "Vigilancia de las estrategias de salud para todos en el año 2000";

Reconociendo que el capítulo correspondiente a la Región de las Américas ha sido preparado en conformidad con las disposiciones de la Resolución WHA39.7 de la 39a Asamblea Mundial de la Salud;

Enterada de las dificultades con que se enfrentan los países en la implantación y utilización de este instrumento orientador, y

Teniendo en cuenta que el informe sobre esta Región será presentado al Consejo Ejecutivo de la OMS a fin de que sea sometido a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud junto con los informes sobre las demás regiones de la OMS,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director por el informe preparado y presentado por la Secretaría en cooperación con los países de la Región de las Américas.
2. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros que:
  - a) Tomen medidas apropiadas para fortalecer el proceso de salud para todos y la implantación de la estrategia de atención primaria de salud;
  - b) Fortalezcan los sistemas de información, análisis y evaluación del sector público, a fin de mejorar la planificación y ejecución de programas.
3. Solicitar al Director que:
  - a) Envíe el informe a la Sede de la OMS, junto con los comentarios del Comité Regional para las Américas;
  - b) Pida a la OMS que formule pautas más específicas y operacionales que las empleadas en el pasado, cuya aplicación ha presentado serias dificultades;

- c) Comuniquen a los miembros de la Consejo Ejecutivo de la OMS designados por los Países Miembros de la Región de las Américas el informe, los comentarios del Comité Regional y la necesidad de mejorar las pautas que se emplearán en el futuro para vigilar las estrategias de salud para todos.

Dr. TAITT (Barbados) said he recalled that in the earlier discussion on the item, the United States Representative had made a reference to the need some countries might have for assistance in fulfilling the mandate to report, and he himself had endorsed those remarks. In operative paragraph 3, the requests to the Director did not reflect the sentiments expressed at that time.

Dr. KNOUSS (Secretary) said he would welcome any specific wording proposed by the Representative of Barbados.

Le Dr. BIJOU (Haïti) déclare que le paragraphe B tel qu'il est rédigé en espagnol lui pose certains problèmes, car en Haïti, par secteur public, on entend le secteur gouvernemental. Le secteur non gouvernemental représente un très fort pourcentage en ce qui a trait aux soins de santé. C'est pourquoi elle estime que des efforts devraient être déployés en vue d'améliorer la formation au niveau du secteur de la santé.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) considera que varios de esos informes fueron preparados por la Organización y después ratificados y aprobados por los Gobiernos para poder tenerlos a tiempo. También estima que sería conveniente introducir ese otro tema y solicitar del Director que continúe cooperando, por lo cual sugiere la siguiente redacción en español: "Solicitar del Director (en el inciso b) del párrafo 3,



tal vez) que continúe colaborando con los Gobiernos Miembros en cuanto sea necesario para la preparación de los informes y la evaluación de las necesidades en lo futuro".

Le Dr. BIJOU (Haiti) est aussi préoccupée par l'utilisation du secteur public plutôt que du secteur santé, car le paragraphe B de la résolution se réfère au secteur public qui concerne seulement le secteur gouvernemental.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The session was suspended at 10:50 a.m. and resumed at 11:15 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:50 a.m. y se reanuda a las 11:15 a.m.

ITEM 5.9: DRUG ABUSE PREVENTION  
TEMA 5.9: PREVENCIÓN DE LA FARMACODPENDENCIA

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) reported that the item on drug abuse prevention, included on the agenda at the request of the United States of America, had been presented to the Executive Committee by Dr. Madrigal (PASB), who had covered the production and consumption of drugs in the Region and had reviewed the following points needing attention: strategies and mechanisms to provide trained human resources; promotion of leadership, organization, and awareness in the community and encouragement of self-help groups; development of information systems and baseline data; promotion of public awareness through the media and education; optimum intersectoral coordination; and encouragement of research.

Several speakers had reported on the approaches and actions that their governments had taken against drug abuse. Dr. Grant, WHO, had indicated that activities in that area had been included in WHO's Eighth General Program of Work.

The Executive Committee had adopted Resolution XVIII (reproduced in Document CD33/19), which contained the text of a resolution proposed for adoption by the Directing Council.

Le Dr. RIFF (France) informe que la France métropolitaine étant confrontée depuis 20 ans déjà aux problèmes de toxicomanie, les départements français d'outre-mer n'ont vu accéder que depuis peu cette pathologie au rang de leurs préoccupations de santé publique. Le phénomène a des caractéristiques socio-culturelles propres et la nature des produits consommés est sensiblement différente. Néanmoins une recherche-action a été initiée en Guadeloupe en 1986 et a aboutit à un dispositif opérationnel comprenant une prise en charge en réseau pluridisciplinaire associant des professionnels de l'éducation de la santé et du travail social, un dispositif s'appuyant sur les méthodes généralistes, des centres d'accueil et d'information, des moyens d'hospitalisation, une formation continue des professionnels et une information des groupes à risques identifiés.

Par ailleurs, chaque département a installé un comité de lutte contre la toxicomanie ou se concertent les représentants de la justice, de la police, des affaires sanitaires et sociales et les associations des experts concernés sous l'autorité du représentant de l'Etat. D'autre part, en 1987, deux représentants de chacun des départements français

d'Amérique ont participé à la conférence qui s'est tenue à Belize sur ce sujet.

Compte tenu des liens qui unissent les villes de la Caraïbe et des échanges qu'elles entretiennent, une collaboration très étroite sur ce thème paraît tout à fait souhaitable. Aussi la délégation française appuie le projet de résolution présenté par le Comité exécutif.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) señala que el 80% de los habitantes de su país tiene entre 20 y 40 años y que el 85% vive en zonas urbanas, lo que, junto a la falta de educación sobre el tema y a las elevadas tasas de marginalidad y desempleo, explica que sea muy alto el porcentaje de la población expuesta al riesgo.

La prevención de la farmacodependencia debe realizarse a partir de un enfoque integral, biopsicosocial y multisectorial, con la participación simultánea y coordinada de individuos, familia, comunidad, centros de estudios, iglesia y gobierno para emitir mensajes integrados y claros.

Desde el 17 de julio de 1984 está en vigencia la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), que permite abordar el problema en su totalidad.

Las tareas de divulgación y prevención están a cargo de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) y las actividades de control, fiscalización y evaluación de los centros públicos y privados que ofrecen asistencia y rehabilitación al farmacodependiente se centralizan en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Por último, recomienda lo siguiente: 1) promover la formación de recursos humanos en salud mental, particularmente en relación con el alcoholismo y la fármacodependencia; 2) fomentar el intercambio de experiencias en materia de cambio de actividades de la población a la cual están dirigidos los programas de prevención; 3) alentar las investigaciones sobre fármacodependencia para conocer los verdaderos alcances del problema, y 4) difundir el material de apoyo sobre todas las cuestiones conexas.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) reconoce la complejidad del problema y de sus derivaciones, así como la insuficiencia de elementos de información para su dimensionamiento global. Precisamente en el campo de la adquisición del conocimiento y búsqueda de información sobre la epidemiología y prevención de la fármacodependencia se advierte la mayor actividad de investigación y de formación de recursos humanos especializados. Los elementos que se destacan en la epidemiología son: a) las variables demográficas, como los cambios de estructura de población, con predominio de jóvenes; b) el proceso de urbanización, con una mayor migración de jóvenes desde el campo, y c) las variables económicas y financieras, como la crisis y la deuda externa, con sus repercusiones negativas sobre la situación laboral y salarial así como sobre la producción, distribución y uso de sustancias ilícitas y lícitas que crean dependencia.

No hay duda de que la movilización de recursos, la divulgación de información, los programas de adiestramiento y la promoción de la investigación siguen siendo los enfoques más apropiados para el desarrollo de las actividades vinculadas con la fármacodependencia.

En agosto de 1985 fue creado un Comité Nacional, que elaboró y aprobó la propuesta del Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción.

Además, se instituyó el Consejo Nacional de Prevención de la Drogadicción y se estableció un Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción, que contará con cinco componentes programáticos: 1) programa de educación y formación profesional; 2) programa de utilización constructiva del tiempo libre; 3) programa de tratamiento, rehabilitación y reinserción social del toxicómano; 4) programa de investigación, capacitación e información, y 5) programa sobre ordenamiento jurídico relativo a drogadicción y narcotráfico.

El Comité Nacional para la Formulación del Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción tuvo especialmente en cuenta que el uso indebido de las drogas y la acción del narcotráfico como objetivo jerarquizó prioritario a la juventud, por considerar que es el sector más vulnerable de la población.

Ya están en revisión las normas que modifican y actualizan la Ley No. 357/72, que se refiere al tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de fármacodependientes.

La Ley asigna al Registro Nacional de Estupefacientes y otras drogas peligrosas, funciones que comprenden el registro de importadores, fabricantes y distribuidores y establece medidas y pautas de importación, fabricación, distribución y consumo (para uso médico o para la investigación científica que se realiza en el país).

Además, el Departamento se encarga del cumplimiento de los convenios internacionales sobre fiscalización sanitarias de los cuales el Paraguay es signatario, como la Convención Unica de Estupefacientes de 1961; el Convenio sobre Substancias Psicotrópicas de 1971, y el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP).

La importancia que el país concede a la formación de los recursos humanos en fiscalización sanitaria le indujo a participar en la reunión que sobre el tema se realizó en Santiago, Chile, del 13 al 17 de junio de 1988, en donde se instaló el Centro Regional de Capacitación en Fiscalización Sanitaria del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos, con sede en el Instituto de Salud Pública de Chile.

En el ámbito nacional, el Departamento de Química y Farmacia de la Dirección General de Salud ha elaborado varios anteproyectos, entre los que se destaca uno sobre prevención, detección y control del abuso de drogas lícitas.

Gracias a este plan de control preventivo de las drogas lícitas de alto riesgo para la salud, se podrá informar y educar a toda la población. En efecto, el control preventivo primario tiene por objeto controlar en la primera fase del problema. Sus objetivos son: 1) informar con objetividad y educar a la sociedad paraguaya por todos los medios de comunicación sobre el buen uso y abuso de las drogas lícitas; 2) brindar asesoramiento constante al personal de control para que rindan con su máxima profesionalidad; 3) elaborar recetas especiales que deben ser retiradas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para dar cumplimiento a la Ley 357/72, Art. 7°, y 4) actualizar periódicamente la lista de especialidades farmacéuticas de uso lícito y bajo control.

Todas estas iniciativas están en consonancia con las propuestas en el informe y por eso el orador adelanta su apoyo al proyecto de resolución en examen.

Dr. HANDLEY (United States of America), pointing out the persistent increase in the problem, said that although fighting drug abuse was expensive, the expense of its continued destructive effects on society was even greater. All countries must maintain the political will to combat the health effects of drug abuse, and the expertise developed by PAHO should be used by the Member Governments in developing their own national programs. PAHO's expanded coordination with and participation in a variety of organizations and programs, and in particular its excellent working relationship with the Inter-American Drug Abuse Control Commission of the Organization of American States and the United Nations Fund for Drug Abuse Control, would strengthen overall efforts as well as PAHO's programs.

The section in Document CD33/19 on the outlook for the future was comprehensive and covered a diverse array of activities, demonstrating that many sectors must be involved in combating drug abuse. His Delegation urged PAHO to continue to provide leadership in developing and coordinating intersectoral relationships and activities and to give emphasis to drug abuse prevention.

El Dr. MENCHACA (Cuba) señala que la fármacodependencia es uno de los más grandes flagelos, únicamente comparable con el SIDA, que afecta al mundo entero, pero especialmente a la Región de las Américas.

Las actividades de control de uso indebido de drogas tienen en su país, en su mayoría, un carácter preventivo. La legislación nacional respeta lo establecido en la Convención Unica de Estupefacientes de 1961 y en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, y se complementan los formularios y se cumplen las estipulaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (GIFE).

Los organismos encargados de la prevención y la represión del uso indebido de drogas, el Ministerio de Salud Pública por una parte y el Ministerio Interior por otra, trabajan coordinadamente, con arreglo a un plan vigente desde 1975. Afortunadamente, la estructura del Sistema Nacional de Salud permite que la información sobre drogas se conozca y se pueda verificar en forma periódica y amplia. La fiscalización de las sustancias psicotrópicas está organizada en forma tal que en todas las unidades del país se lleva registro del movimiento de las incluidas en la lista 2 del Convenio. No se importan las incluidas en la lista 1, y las correspondientes a las listas 3 y 4 se venden bajo receta médica exclusivamente. Para las sustancias estimulantes de antedicha la lista 2 se exigen detalles precisos de la identidad del médico que las prescribe y del propio paciente.

A pesar de que Cuba no está afectado internamente por el problema social de la farmacodependencia, coopera con organismos internacionales, como lo demuestra su asistencia a la reunión de la ONEA que termina de celebrarse en el Perú. Por otra parte, y a pesar de sus limitados recursos económicos, el país combate a los naracotraficantes que navegan cerca de sus costas y surcan su espacio aéreo, y se procura confiscar y



destruir la droga que transportan. Por otra parte, se educa a la población mediante los diferentes medios de difusión para que haga un uso racional de los psicotrópicos, sedantes, ansiolíticos y otros medicamentos de uso frecuente. Lógicamente, estas campañas se hacen extensivas a los profesionales y técnicos de la salud. Además, existe en el país un grupo de trabajo que formula políticas y programas de prevención de la farmacodependencia en el ámbito nacional y que coordina la participación de Cuba en actividades regionales.

Por último, subraya la necesidad de apoyar las campañas destinadas a eliminar el consumo, porque es el mercado lo que en realidad alienta la producción y comercialización de la droga. Por otra parte, la Organización debe buscar alguna forma de asesoría técnica para aconsejar alternativas económicas a los países productores. Finalmente, el orador expresa también su apoyo al proyecto de resolución por considerar.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) insiste en la existencia de una estrecha vinculación entre la farmacodependencia y el alcoholismo, aunque se siga aceptando en general que el alcohol es algo socialmente aceptable y únicamente malo en casos extremos. Aunque no se pueda pensar siquiera en abandonar la rehabilitación de farmacodependientes y alcohólicos, especialmente entre los grupos de adolescentes y jóvenes, los máximos esfuerzos se deben encaminar hacia la prevención. El orador se confiesa un fanático partidario de la prevención, y recuerda que en distintos foros ha cuestionado a psiquiatras y psicólogos competentes, porque sus respuestas nunca le satisfacen. Hay que trabajar con grupos juveniles y propiciar la formación de comisiones nacionales multidisciplinarias y

multisectoriales para enfrentar el problema en forma más efectiva, sin olvidar a esos agentes multiplicadores que son los maestros y consejeros espirituales, porque no se puede estar esperando que el paciente con un problema de fármacodependencia o de alcoholismo llegue a un centro de salud o a una clínica privada para brindarle alguna solución. Para terminar, insta a la Oficina Sanitaria Panamericana para que, con la ayuda de la OMS, el Instituto Interamericano del Niño de la OEA y cualquier otro organismo, que se considere conveniente se emprenda decididamente el camino de la prevención para no llegar tarde a la cita. Anuncia asimismo su apoyo pleno al proyecto de resolución sobre el tema.

Dr. LAURENT (Trinidad and Tobago) said that because his country was located only seven miles from the South American mainland, it had become a major drug trans-shipment center and provided a quick and vulnerable market for illicit drugs. Arrests for cocaine use had increased dramatically since 1980, and hospital admissions for drug abuse in 1987 had exceeded 1000--84% of them cocaine-related--for a total population of 1.2 million. There was a 3-month waiting period for admission to the main rehabilitation facility.

A national committee had been formed in late 1983 to develop a plan of action on drug abuse. From that plan, approved in 1985, had emerged an intersectoral coordinating council. A technical advisory committee on alcohol and drug abuse had also been set up, and many public and private sector and nongovernmental organizations were now working together to address the problem. Resources were limited, however, and external funding must be sought if the work was to continue.

Achievements in the area of law enforcement included a marijuana eradication campaign, introduction of sniffer dogs, and increased narcotics penalties. With respect to demand reduction, public education campaigns had been conducted and a comprehensive policy had been prepared. A substance abuse treatment center had been established and could now offer training in treatment of drug abuse to various categories of staff.

PAHO could provide assistance by encouraging cooperation between Member Countries in legal matters, facilitating information exchange, increasing training opportunities in the countries, cooperating with international agencies in the development of assessment and monitoring instruments, exploring funding sources both from within the Region and from external agencies, and facilitating communication and the development of mutual assistance between Member Countries.

El Dr. ARRAUT (Colombia) manifiesta que el problema de la salud mental puede abordarse en dos dimensiones complementarias: en primer lugar, la psicopatología misma. En este sentido se sabe que dentro de las primeras causas de morbilidad del país se ubican las psicosis esquizofrénicas y afectivas, las neurosis, la epilepsia, el retraso mental y el abuso y dependencia de las drogas y el alcohol.

Vale la pena hacer algunas consideraciones en torno de la epilepsia y el retardo mental, pues resulta claro que factores como la desnutrición, la ausencia de control durante el embarazo, las complicaciones del parto, las condiciones de privación psicoafectiva, los traumatismos, las infecciones y los accidentes son secuelas craneoencefálicas, frecuentes en Colombia.

A ello hay que añadir que el país no cuenta con los suficientes recursos institucionales y humanos especializados en salud mental, lo cual incrementa los costos económicos, emocionales y sociales de la patología. En algunas regiones el sujeto con trastornos mentales no puede ser atendido oportunamente y se hace necesaria su remisión a zonas distantes. El control y seguimiento imprescindibles en una etapa posterior a la crisis es igualmente limitado y en ocasiones inexistentes y el desconocimiento de la sintomatología inicial retarda la consulta y propicia la aparición de crisis.

La otra dimensión tiene que ver con otro tipo de indicadores. El maltrato infantil, el embarazo en adolescentes, la violencia en todas sus manifestaciones, las condiciones económicas y sociales, el desempleo y otros generadores de tensión emocional se ven necesariamente asociados a la salud mental.

En definitiva, la complejidad resultante de la interacción de múltiples factores se hace evidente cuando se intenta abordar el fenómeno del uso y abuso de sustancias lícitas e ilícitas.

En Colombia no se pueden aislar en este contexto tres situaciones importantes: el cultivo, el procesamiento y exportación y el consumo o dependencia en diversos grados.

El Programa de Salud Mental y Farmacopendencia del Ministerio de Salud se desarrolla en los tres niveles básicos: actividades de atención primaria y de prevención; consultas externas y unidades de salud mental integradas a hospitales generales y, finalmente, hospitales psiquiátricos y granjas-talleres protegidos.

En el área de la fármacodependencia se han integrado los aspectos preventivos, de tratamiento y rehabilitación dentro del Plan Nacional de Prevención, con la coordinación del Consejo Nacional de Estupefacientes y el apoyo de organismos internacionales como la UNFDAC.

El Dr. MIGUES BARON (Uruguay) considera que el decaimiento de los programas de un país determina el agravamiento de la situación en los restantes países de la Región. Por eso resultan necesarios la coordinación y el diálogo constantes, para evitar que el tráfico se difunda y adquiera cada vez mayor magnitud. En el Uruguay está en vigencia una ley nacional por la cual se crea una comisión de control de la fármacodependencia.

Esta comisión tiene como cometido fundamental coordinar todas las acciones que se realizan en el ámbito nacional con respecto al tráfico, las medidas preventivas, educativas, represivas, rehabilitadoras y realizadoras. La preocupación ha ido en aumento y el gobierno ha decidido crear una junta nacional integrada por los titulares de los Ministerios de Relaciones Exteriores, Salud Pública, Interior, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social a fin de controlar mejor la fármacodependencia y sus consecuencias. La creación de esta Comisión demuestra la voluntad política del Uruguay de contribuir en la mayor medida posible al esfuerzo regional para poner coto a este flagelo que está extendiéndose por toda América Latina.

Son imprescindibles las medidas que se anticipan a los problemas y por eso es aconsejable la creación de centros reeducativos y de ocupación del tiempo libre de adolescentes y jóvenes, por lo menos en países de

características similares al Uruguay. Por último, el Dr. Ugarte adelanta su pleno apoyo al proyecto de resolución puesto a consideración del plenario.

El Dr. VILLEDA (Honduras) señala que el problema de la farmacodependencia ha ido evolucionando con tanta rapidez que ha sido necesario ir incorporando nuevos instrumentos de lucha y de defensa a instituciones que, como la Misión de Salud Mental de su país, antaño cumplían convenientemente su cometido. Uno de esos instrumentos es el Instituto contra el Alcoholismo, la Drogadicción y la Farmacodependencia, que pretende influir en la población escolar a través de componentes educativos. Se ha filmado una película nacional, muy accesible al público en general, que se llama "Lo que los jóvenes deben saber sobre las drogas" y que es muy apropiada para el momento y los grupos a los cuales está dirigida. También se está modernizando las leyes y el nuevo proyecto de Código Sanitario ya ha sido elevado al Congreso Nacional, pues hace pocos años no se podían imaginar las cosas que están ocurriendo.

Hubo y hay países productores y de tránsito. En este tránsito hace falta que haya personas que colaboren y que generalmente son pagadas con la misma droga, y que a veces se distribuye a precios muy bajos, razón por la cual ha comenzado un tipo de farmacodependencia que antes no existía. El castigo no es demasiado importante y lo que pasa en las cárceles tampoco es disuasivo. Los medios de comunicación social, que hasta ahora solo se han preocupado por vender lo más posible o por captar lectores, deben tratar de mostrar las consecuencias que tienen los nuevos hábitos en la familia y en la sociedad. También pueden hacer aportes

valiosos los líderes locales, los deportistas famosos y los políticos intachables, cuyo mensaje puede prevenir sobre la base del convencimiento. Adelanta su voto favorable para cuando se trate el proyecto de resolución sobre el tema, por considerar que contempla con suma amplitud todas las posibilidades de prevención de la fármacodependencia.

Dr. LANSQUOT (Saint Lucia) said that a broad-based national committee on drugs had recently been established in Saint Lucia and was providing excellent advice to the Cabinet of Ministers. He expressed his Government's thanks to the Governments of Canada, West Germany, France, the United Kingdom, and the United States of America for their financial support of a newly opened drug and alcohol rehabilitation and treatment center.

In the belief that drug and alcohol abuse among young people was due not only to unemployment but in part to lack of parental guidance, another committee had been established through the Ministry of Education to try to inculcate good manners, discipline, and good behavior in young people. Some aspects of Saint Lucia's drug legislation had been modeled on United States law. Legislation now before Parliament would impose more severe penalties on drug pushers, including confiscation or seizure of material and financial assets obtained through the sale of illegal drugs. The government would use those monies for rehabilitation programs and community education. To complement all those efforts, technical assistance was needed from other governments for personnel training and for equipping the rehabilitation center.

He had designated 1988 as Health Year, during which a variety of health themes were being highlighted. In November the focus would be on drugs, alcohol and AIDS; those areas were being linked in a belief that they were related.

He trusted that PAHO would continue to provide support and guidance in fighting drugs.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the report "Drug Abuse Prevention" (Document CD33/19);

Considering Resolutions XLI of the XXVII Meeting of the Directing Council, XXV of the XXI Pan American Sanitary Conference, and XVII of the XXIX Meeting of the Directing Council, in which the Member Governments and the Bureau are requested to collaborate in the strengthening of national and regional activities for the control of drug abuse, the development of systems to provide information on the size and nature of the problem, and the study of the causal factors and the impact of drugs on the health of the population in the Region;

Recognizing the importance of the work done by PAHO/WHO in the promotion of research in and the prevention of drug abuse; and

Considering that the high levels of the traffic in and the production and consumption of illegal drugs are affecting primarily and increasingly the Region's young population, to the detriment of their health and well-being,

RESOLVES:

1. To support coordination between PAHO/WHO and other international agencies and bodies doing similar work in the Region.

2. To request the Member Governments to support PAHO/WHO activities in this area by making technical and institutional resources available to the Organization and providing voluntary contributions to the PAHO budget for such purposes.

3. To request the health authorities of the Member Countries to intensify their participation and provide leadership for the groups and commissions that formulate intersectoral policies and programs for drug abuse control in the countries.



4. To promote the participation of the health sector in coordination with other sectors to promote and encourage primary prevention programs for the general population, with emphasis on groups at risk and adolescents.

5. To request the Director, as available resources permit, including those of the Regional Director's Development Program and from extrabudgetary sources, to increase the attention and resources devoted by the Organization to this problem, and make every possible effort to undertake the activities that are recommended in the report and additional ones as they are developed.

#### LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe "Prevención de la fármacodependencia" (Documento CD33/19);

Considerando las Resoluciones XLI de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, XXV de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana y XVII de la XXIX Reunión del Consejo Directivo, en las que se pide a los Gobiernos Miembros y a la Oficina que colaboren en el fortalecimiento de las actividades nacionales y regionales de control del uso indebido de drogas, en el desarrollo de sistemas de información sobre la dimensión e índole del problem, en el estudio de los factores causales y del impacto de las drogas sobre la salud de la población de la Región;

Reconociendo la importancia de la labor realizada por la OPS/OMS en cuanto a la promoción de actividades preventivas y de investigación en el campo de la fármacodependencia, y

Considerando que la alta producción de drogas ilícitas, su tráfico y consumo están afectando en forma progresiva y primordialmente a la población joven de la Región en detrimento de su salud y bienestar,

#### RESUELVE:

1. Apoyar la labor de coordinación de la OPS/OMS con otras agencias y organismos internacionales que realizan esfuerzos similares en el ámbito regional.

2. Solicitar a los Gobiernos Miembros que apoyen las actividades de la OPS/OMS en este campo, poniendo a disposición de la Organización recursos técnicos e institucionales y realizando contribuciones voluntarias al presupuesto de la OPS para tales fines.

3. Solicitar a las autoridades de salud de los Países Miembros que intensifiquen su participación y provean liderazgo a los grupos y comisiones que se ocupan de formular políticas y programas intersectoriales de control de fármacodependencia en el ámbito nacional.

4. Promover la participación del sector salud en la labor de coordinación con otros sectores para impulsar y estimular programas de prevención primaria dirigidos a la población general, con énfasis en los grupos en situación de riesgo y adolescentes.

5. Pedir al Director que, con los recursos disponibles, incluidos los del Programa de Desarrollo del Director Regional y los extrapresupuestarios, incremente la atención y los medios que la Organización dedica a este problema, haciendo todos los esfuerzos posibles por emprender las actividades que se recomiendan en el informe y las adicionales que vayan surgiendo.

El Dr. NARANJO (Ecuador) propone que, después del párrafo 2 y antes del párrafo 3 de la parte dispositiva, se agregue un nuevo párrafo redactado en los siguientes términos: "3. Respaldar a los Gobiernos en sus medidas fuertemente represivas contra los narcotraficantes."

Mr. HANDLEY (United States of America) expressed support for the amendment proposed by the Representative of Ecuador.

He reminded the Meeting that a plenipotentiary council was to be held later in the year in Vienna to complete the preparation of a new international convention against drug trafficking, in pursuance of an idea that had originated in the United Nations General Assembly from proposals made by representatives of the Region of the Americas. The United States of America strongly supported completion of the new convention, and he thought the other delegations would find that it contained portions highly relevant to health concerns.

He proposed an amendment to operative paragraph 1 of the proposed resolution so that it would recognize and encourage PAHO's growing relationship with the OAS Commission on Drug Abuse Control and the United Nations Fund for Drug Abuse Control.

The amended paragraph would read:

1. To support coordination between PAHO/WHO and the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) of the Organization of American States, the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC), and other international agencies and bodies doing similar work in the Region.

El Dr. NARANJO (Ecuador) está totalmente de acuerdo con la propuesta formulada por el Representante de los Estados Unidos de América.

Dr. LAURENT (Trinidad and Tobago) expressed support for the proposed amendments but suggested that Ecuador's proposal be modified to say that the Organization not only supported but encouraged cooperation between Member Countries in working against drug trafficking.

El PRESIDENTE reitera que, de conformidad con la propuesta formulada por el Representante de Ecuador, el nuevo párrafo 3 de la parte dispositiva del proyecto de resolución queda así redactado: "Respaldar a los Gobiernos en sus medidas fuertemente represivas contra los narcotraficantes."

El PRESIDENTE declara que, si no hay objeciones, queda aprobada la adición propuesta por el Representante de Ecuador.

Dr. LAURENT (Trinidad and Tobago) reiterated that he was proposing the addition of the words "and encourage" after the word "support."

El Dr. QUIJANO (México) manifiesta que no es muy feliz el verbo "respaldar" empleado en la adición propuesta por el Representante del Ecuador en relación con los gobiernos que adopten medidas fuertemente represivas, pues si bien un organismo multinacional como la OPS puede

"apoyar" determinadas actividades o "solicitar" algo de los gobiernos, en cambio no les puede brindar respaldo o "respaldarlos", porque esa posibilidad escapa a su esfera de acción.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) coincide con la opinión expresada por el Representante de México y agrega que sería preferible que se recomendara la adopción de medidas de previsión fuertes, adecuadas o razonables, habida cuenta de que el negocio de los narcotraficantes terminaría en cuanto dejase de haber consumidores.

El PRESIDENTE hace notar que la adición propuesta por el Representante de Ecuador ya había sido aprobada por la sesión plenaria y pide a la Relatora que dé lectura a la enmienda formulada por el Representante de Trinidad y Tabago, que era la que realmente estaba en consideración.

The RAPPORTEUR read out Ecuador's amendment, incorporating the modification proposed by Trinidad and Tobago: "To support and encourage cooperation between Member Countries in their strong enforcement measures against drug traffickers."

El PRESIDENTE da por aprobada la modificación propuesta por el representante de Trinidad y Tabago.

El Dr. QUIJANO (México) considera que la anterior adición redactada por el Representante del Ecuador no solo no se ha aprobado, sino que no ha sido siquiera votada. Insiste en lo manifestado anteriormente y sostiene que es suficiente con decir: "Solicitar a los Gobiernos Miembros que apoyen las actividades de la OPS/OMS en este campo...".

El PRESIDENTE reitera que la moción del Representante del Ecuador ya fue votada y aceptada como tal, pero aclara que el Representante de México puede solicitar la reconsideración de la medida, en cuyo caso correspondería someterla a votación.

El Dr. QUIJANO (México) mantiene que se deben contar los votos de quienes están a favor y de quienes están en contra de incorporar al proyecto de resolución la adición propuesta por el Representante del Ecuador.

El PRESIDENTE pide que se vote a mano alzada para determinar quiénes están a favor y quiénes en contra de reconsiderar una moción ya votada. Aquellos suman diez y estos siete.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) aclara que en este caso son aplicables las disposiciones del Artículo 38 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que dice textualmente: "Una proposición aprobada o rechazada no podrá ser examinada de nuevo en la misma reunión, a no ser que el Consejo resuelva otra cosa por mayoría de dos tercios de los Gobiernos presentes y votantes. Si se presenta una moción para examinar de nuevo la proposición aprobada o rechazada, solo se concederá la palabra a dos oradores opuestos a la moción, y se pondrá esta a votación inmediatamente después".

Decision: Since the result of the vote of 10 in favor and 7 against did not obtain the two thirds majority required, the motion was defeated.

Decisión: Puesto que el resultado de la votación, 10 a favor y 7 en contra, no alcanza la mayoría requerida de dos tercios, se rechaza a la moción.

El Dr. UGARTE (Uruguay) coincide con la posición sustentada por el Representante de México y solicita que se contemple la posibilidad de reconsiderar la rectificación de la última votación.

El Dr. NARANJO (Ecuador) aclara que los términos empleados en su propuesta pueden sonar un tanto duros y parecer que están fuera del contexto ordinario de las resoluciones de la Organización, pero que encuentran su justificación en el hecho de que muchas leyes nacionales son totalmente insuficientes por haber sido dictadas antes de la aparición de conductas que se considera necesario castigar, razón por la cual los respectivos gobiernos quieren y necesitan ser respaldados por la máximas autoridades de salud en el mundo.

El PRESIDENTE insiste en que la moción en cuestión ha sido votada y aprobada.

Dr. TAITT (Barbados) expressed concern at the procedure being followed. The President had indicated that the matter had been decided, which meant that Representatives could intervene only to explain their votes, but the floor had then been given to Ecuador to raise further points of substance.

El PRESIDENTE reconoce la posibilidad de que se haya tratado de un error, producto de su inexperiencia y pide a la Relatora que dé lectura a la modificación propuesta por el representante de los Estados Unidos.

The RAPPORTEUR re-read operative paragraph 1 with the amendments proposed by the United States of America.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

The session rose at 12:40 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:40 p.m.

directing council



PAN AMERICAN  
HEALTH  
ORGANIZATION

XXXIII Meeting

Washington, D.C.  
September-October 1988

regional committee

WORLD  
HEALTH  
ORGANIZATION

XL Meeting



INDEXED

CD33/SR/11  
30 September 1988  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE ELEVENTH PLENARY SESSION  
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA UNDECIMA SESION PLENARIA

Friday, 30 September 1988, at 2:30 p.m.  
Viernes, 30 de septiembre de 1988, a las 2:30 p.m.

President:  
Presidente: Dr. Edgar Mohs Costa Rica

Later:  
Después: Dr. Raúl Ugarte Artola Uruguay

Contents  
Indice

Item 5.10: Aedes albopictus  
Tema 5.10: Aedes albopictus

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 18 November 1988. The edited records will be published in the Summary Records of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 18 de noviembre de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas Resumidas de la Reunión.



Contents (Cont.)  
Indice (cont.)

- Item 5.11: Fight Against the Use of Tobacco  
Tema 5.11: Lucha contra el tabaquismo
- Item 6.3: Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau  
Tema 6.3: Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Item 6.4: Pan American Health Organization Flag  
Tema 6.4: Bandera de la Organización Panamericana de la Salud
- Item 7.1: Fortieth Anniversary of the World Health Organization  
Tema 7.1: Cuadragésimo aniversario de la Organización Mundial de la Salud
- Item 7.2: Resolutions of the 41st World Health Assembly of Interest to the Regional Committee  
Tema 7.2: Resoluciones de la 41a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional
- Item 7.3: Provisional Agenda of the 83rd Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee  
Tema 7.3: Orden del día provisional de la 83a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Asuntos de interés para el Comité Regional
- Item 5.11: Fight Against the Use of Tobacco (resumed)  
Tema 5.11: Lucha contra el tabaquismo (reanudada)
- Item 8: Other Matters  
Tema 8: Otros asuntos

The session was called to order at 2:40 p.m.  
Se abre la sesión a las 2:40 p.m.

ITEM 5.10: AEDES ALBOPICTUS  
TEMA 5.10: AEDES ALBOPICTUS

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) said that when the item on Aedes albopictus had been considered by the Executive Committee, the United States of America had introduced the following proposals: 1) Member Governments should take measures with regard to enforcing standards for transportation of high-risk cargoes and for the surveillance of mosquito vectors, transportation carriers and sanitation procedures; and 2) the item should be included in the agenda of the Directing Council. The proposal had garnered general support and had led to the adoption of the proposed resolution now before the Council.

Ms. KEFAUVER (United States of America) said that her Delegation had brought the subject of Aedes albopictus before the Executive Committee because it was important to control the importation of that potentially dangerous vector in a timely fashion. The introduction of Aedes albopictus into the United States and Brazil in 1985 had increased the risk of the epidemic spread of dengue, yellow fever and other arboviruses. Continuing introduction and spread of Aedes albopictus would significantly increase the burden already faced by Member Countries which were attempting to control Aedes aegypti.

It was now a well-documented fact that the larvae of Aedes albopictus had been transported to the Western Hemisphere in used tires from Japan. Accordingly, in January 1988 the United States Public Health Service had used existing legislation to implement a regulation requiring

that all used tires entering the United States from Asia should be dry and be accompanied by a certificate of anti-larva treatment. Follow-up inspections carried out during 1988 had indicated a high level of compliance by Asian exporters; that fact provided strong evidence that legislative action was feasible and could be highly effective.

The United States public health regulation had been circulated by PAHO to Member Countries. In addition, PAHO had passed a resolution in 1987 approving a Plan of Action for the surveillance, control and eradication of Aedes albopictus. The proposed resolution before the Directing Council reaffirmed the need for effective surveillance and control of the vector and specifically emphasized the use of appropriate legislative measures. The efforts called for in the resolution should require only limited resources allocations by Member Governments and PAHO and might prevent the need for much more costly efforts if the spread of Aedes albopictus was not contained. Her Delegation hoped there would be unanimous support for the proposed resolution.

O Dr. CALHEIROS (Brasil) informa que o Aedes albopictus foi descoberto no Brasil em junho de 1986, tendo-se procedido imediatamente à preparação dos recursos humanos para o seu combate e a um inquérito que abrangeu todo o país. A infestação abrangia municípios dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, e as cifras atuais respeitam a norma de só considerar uma localidade ou uma area desinfestada ou negativa depois de decorrido um ano e meio, com seis veificações periódicas negativas consecutivas.

Posteriormente ao inquérito nacional, estabeleceu-se um sistema de vigilância permanente em todo o país para descobrir a dispersão da

espécie. Há cerca de 45 dias foi descoberta uma localidade do Maranhão infestada pelo Aedes albopictus, mas conseguiu-se determinar que a espécie fora trazida do Espírito Santo com a chegada de máquinas rodoviárias.

No Espírito Santo, selecionaram-se duas áreas para o estudo biológico, ecológico e dos hábitos da espécie ou subespécie introduzida no Brasil. O estudo tem avançado bastante e sua realização inclui intercâmbios de informação e de técnicos com os Estados Unidos da América.

O Brasil também preparou pranchas entomológicas do Aedes albopictus, que abrangem desde os ovos até o inseto adulto, e que podem ajudar a identificar rapidamente os espécimes capturados durante o processo de vigilância em qualquer país. Também foi confirmada no Brasil preferência do Aedes albopictus pelo pneus de veículos e constatou-se que o mesmo raramente frequenta o interior das casas, permanecendo muito no peridomicílio, em capoeiras, mas não na mata densa. Por outro lado, observa-se no Brasil que a chegada do Aedes albopictus significa a expulsão do Aedes aegypti. O programa de controle do Aedes aegypti é de boa qualidade pois que, de 14 estados infectados, já existem seis negativos, e a área restante está sendo gradualmente reduzida. As epidemias de dengue foram contidas, no âmbito de uma ação decidida de melhoria e desenvolvimento da vigilância do dengue e da febre amarela.

Nesse particular, ademais dos três laboratórios de referência, existem agora outros 14 laboratórios estaduais, alguns deles com capacidade para isolar o vírus. Nesse esforço, somente na área federal, o Brasil aplica mais de 35 milhões de dólares no programa de vigilância.

Finalmente, com o processo de colonização do Amazônia, criam-se condições ecológicas muito favoráveis não somente para o Aedes albopictus como também para a febre amarela, razão por que urge tomar as providências necessárias para não adivenham problemas de envergadura ainda maior do que a atual.

El Dr. QUIJANO (México) dice que, dado que su país tiene 3.000 km de frontera con los Estados Unidos de América, era fuente de inquietud la posibilidad de que el Aedes albopictus se introdujera en México. Se felicita de que los Estados Unidos hayan adoptado medidas de tipo legal y reglamentario para reducir las posibilidades de que lleguen más huevecillos o larvas de este mosquito procedente del Oriente. En 1988 se celebró un seminario donde se comunicó a los especialistas Mexicanos en medidas de vigilancia y de control que en el lado Mexicano no se habían encontrado huevos, larvas ni mosquitos adultos, pero como existe una gran importación de llantas inclusive usadas, si el mosquito se difundiera en los Estados Unidos hay muchas posibilidades que llegue a México. Se ha establecido la exigencia de un certificado para los neumáticos que entran al país, con miras a prevenir este problema.

El Dr. NARANJO (Ecuador) dice que hace mas de un año los entomólogos hallaron el Aedes albopictus en su país, pero por optimismo o inexperiencia, las autoridades sanitarias no tomaron mayores medidas. En diciembre de 1987 comenzaron a aparecer cuadros clínicos parecidos a la gripe, pero de mayor intensidad, hasta que se los identificó como los primeros casos de dengue. En Guayaquil, durante el período de lluvias, se produjo una epidemia de dengue muy grave y sin precedentes en la

historia del país, que afectó a más de 500.000 personas. Se recibió ayuda inmediata de la OPS, de la AID de los Estados Unidos, y especialmente de Cuba, que no sólo contribuyó con los gastos, sino que destacó de inmediato al país un equipo con amplia experiencia en la lucha contra el dengue que en el término aproximadamente de dos meses logró controlar la epidemia. Pero desde entonces el Ecuador está infestado por el dengue y se trata de controlar los mosquitos, especialmente al acercarse el nuevo período de lluvias. Su país ha importado vehículos, y por supuesto neumáticos o llantas, del Japón, de los Estados Unidos de América, y en menor medida, del Brasil. No sabe cuál fue el origen del mosquito pero estima que la grave epidemia sufrida se produjo por no haberle dado al principio la importancia debida o no haber puesto todo el cuidado posible. Los países que importen neumáticos del Japón u otros países infectados por dengue deberían tomar las medidas que se han adoptado en los Estados Unidos de América y en el Brasil.

Le Dr. RIFF (France) fait savoir que les Antilles françaises ont depuis plusieurs années un programme de contrôle et non d'éradication de la dengue qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. Il s'agit au fait d'une action remarquablement concertée avec les pays voisins, étant donné l'interdépendance caractérisant cette région. La menace de l'introduction d'un nouveau vecteur présentement absent dans les Antilles françaises vient renforcer cette nécessité de coopération qui se place très naturellement dans la région sous l'autorité scientifique de l'Organisation panaméricaine de la santé.

La délégation française appuie donc le projet de résolution et souhaite une collaboration accrue entre les Antilles françaises et ses

voisins sur ce thème. Le bureau de l'ARBAD de l'Organisation panaméricaine de la santé pourrait continuer à jouer ce rôle très important pour la zone des Petites Antilles.

Dr. HOSEIN (Trinidad and Tobago) said that Aedes albopictus had not been introduced into Trinidad and Tobago owing to its adherence to the procedures and technical specifications mandated by the Center for Disease Control. At the same time, there had been an increase in the indices of Aedes aegypti, and yellow fever continued to be endemic.

Given the potential threat of Aedes albopictus and the existing vector problems, vigilance was of the utmost importance. In that connection, he expressed the hope that PAHO assistance would continue to be made available to the insect-vector control division.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) dice que en 1986 se inició la investigación sobre el Aedes albopictus en su país, dentro del Programa de control del Aedes aegypti. Se celebraron dos talleres para el personal profesional e inspectores, que trataron de la clasificación de adultos y larvas de Aedes albopictus, la notificación, y las medidas de control del mismo. La actividad desplegada en 12 entidades federales que tienen puertos o aeropuertos internacionales y de cabotaje hasta el momento no ha permitido descubrir el mosquito en el país. Hasta 1987 se habían inspeccionado 96 localidades con 20.638 casas, y 135.374 depósitos. Sin embargo, se continúa intensivamente la búsqueda del Aedes albopictus en aquellas localidades que presentan riesgo de introducción del mosquito en el país.

The RAPPORTEUR read out the proposed resolution as follows:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the report on Aedes albopictus (Document CD33/6), which proposes a role for action by PAHO in this matter;

Taking note of Resolution XXVI of the XXXI Meeting of the Directing Council (1985) that urges the Governments of the countries to take appropriate actions to overcome barriers that may be hindering progress in their programs to control or eradicate Aedes aegypti, giving the necessary attention to the allocation of funds, personnel and materials for these programs, and to implement measures for preventing exportation of the vector to other countries; and

Reaffirming Resolution CSP22.R25 of the XXII Pan American Sanitary Conference (1986) which, inter alia, recommended to the Member Countries that they initiate or continue the necessary actions for effective surveillance of Aedes albopictus and measures to prevent its further dissemination or to eradicate it, if possible,

RESOLVES:

1. To urge the Governments of countries and territories still infested with Aedes aegypti and Aedes albopictus to implement the resolutions mentioned above.
2. To reaffirm statements contained in the approved Plan of Action for Aedes albopictus control (Document CE99/15).
3. To urge all Member Countries:
  - a) To take note of the need for adequate legislation and to take the necessary steps to implement regulations regarding importation and exportation of used tire casings;
  - b) To prepare and implement national plans of action for the control of Aedes albopictus with strategies and activities similar to those existing in Aedes aegypti control programs.
4. To request Member Countries to report periodically to the Director on any infestations with Aedes albopictus.
5. To request the Director to continue to support Member Countries in their surveillance and control activities, with particular reference to dissemination of scientific and technical information which they may use in establishing the necessary legislative and operational steps to prevent the spread of Aedes albopictus.



## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre el Aedes albopictus (Documento CD33/6), en el que se propone que la OPS intervenga en el asunto;

Teniendo en cuenta la Resolución XXVI de la XXXI Reunión del Consejo Directivo (1985), en la cual se insta a los gobiernos de los países que adopten medidas apropiadas para vencer las barreras que impidan los adelantos de sus programas para controlar o erradicar el Aedes aegypti, prestando la debida atención a la asignación de fondos, personal y materiales para esos programas, y que tomen las providencias necesarias para evitar la introducción del vector en otros países, y

Reafirmando la Resolución CSP22.R25 de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (1986) en la cual, entre otras cosas, se recomienda a los Países Miembros que inicien o continúen las actividades necesarias para ejercer una vigilancia eficaz del Aedes albopictus y las medidas destinadas a prevenir su mayor propagación o a erradicarlo, si es posible,

## RESUELVE:

1. Instar a los gobiernos de los países y territorios que todavía están infestados por Aedes aegypti y Aedes albopictus a que pongan en práctica las resoluciones mencionadas.
2. Reafirmar las declaraciones del Plan de Acción aprobado para el control del Aedes albopictus (Documento CE99/15).
3. Pedir a todos los Países Miembros que:
  - a) Tengan en cuenta la necesidad de crear leyes adecuadas y tomar las medidas necesarias para aplicar los reglamentos relativos a la importación y exportación de cubiertas de neumáticos usadas;
  - b) Preparen y ejecuten planes nacionales de acción para el control del Aedes albopictus, con estrategias y actividades similares a las existentes en los programas de control del Aedes aegypti.
4. Solicitar de los Países Miembros que informen periódicamente al Director sobre cualquier caso de infestación por Aedes albopictus.
5. Pedir al Director que continúe apoyando a los Países Miembros en las actividades de vigilancia y control, especialmente en lo que concierne a la difusión de información técnica y científica que se pueda usar para dictar leyes y tomar las medidas necesarias para evitar la propagación del Aedes albopictus.

El Sr. MIRANDA (Perú) pregunta si la palabra "todavía" en el primer punto dispositivo es la mas adecuada para reflejar la que en realidad se persigue con la resolución.

Mr. MULRAINE (Bahamas) said that paragraph 3 a) of the proposed resolution was too restrictive: it should be more general in referring to legislative action that territories should take to combat Aedes albopictus. In paragraph 4, he suggested that the word "periodically" should be deleted because it appeared to imply that there was no urgency to report infestations. It should be replaced by the word "immediately."

Ms. KEFAUVER (United States of America) said that she agreed with Peru's comments regarding operative paragraph 1. The word "still" should be deleted.

El PRESIDENTE dice que no hay inconveniente en introducir las modificaciones de redacción solicitadas y que así puede aprobarse el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 5.11: FIGHT AGAINST THE USE OF TOBACCO  
TEMA 5.11: LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

El Dr. NICHOLLS (OSP) dice que la propuesta de una resolución continental para el control del tabaquismo no es un hecho aislado sino la respuesta lógica y necesaria a la culminación de un proceso iniciado hace ya varios decenios y que parece haberse precipitado últimamente. Los indicadores objetivos señalan que cambios que afectaban inicialmente a un reducido número de países se están generalizando rápidamente a toda la Región. La mayoría de las muertes ya no ocurren en la temprana infancia,

ni se deben a enfermedades transmisibles, sino que en la actualidad gran parte de los casos de enfermedad, invalidez, muerte prematura, pérdida de la capacidad productiva y demanda creciente de servicios son atribuibles en proporción cada vez mayor a las deficiencias cardiovasculares, los cánceres y las lesiones producidas por accidentes y actos de violencia. Los problemas de salud actuales en su mayoría tienen su origen en riesgos del medio ambiente y en nuevos estilos o modalidades de vida, pero afortunadamente muchos obedecen a mecanismos causales comunes o muy similares, y están precedidos por factores de riesgo con cierto valor predictivo, por lo que pueden determinarse de antemano y practicarse las modificaciones necesarias en forma oportuna. En el contexto de esta nueva y cambiante problemática de salud del continente, la prevención y el control del tabaquismo adquieren una importancia extraordinaria desde dos puntos de vista: primero, por la magnitud y relevancia propias del problema del tabaquismo y el gran impacto potencial que su eliminación puede tener en la salud de todo el continente, y segundo porque el éxito de las experiencias citadas por el Director sirve de ejemplo y revela que la reducción y la virtual eliminación del tabaquismo o de otros factores de riesgo similares son factibles desde los puntos de vista técnico, económico, social y político. Por otra parte, hay experiencias menos afortunadas que han mostrado cuáles han sido los obstáculos y las limitaciones.

En cuanto a la magnitud y relevancia del tabaquismo, debe destacarse que el tabaquismo y sus consecuencias han adquirido las proporciones y características de una epidemia de carácter mundial, que afecta por igual a los países desarrollados y a los países en

desarrollo. Aunque conocido en América desde la época precolombina, el consumo de tabaco comenzó a ser alarmante después de la Primera Guerra Mundial y en los decenios de 1950 y 1960, en que alcanzó casi a dos tercios de la población adulta en algunos países, en los que la mortalidad por cáncer de pulmón se multiplicó por ocho en el reducido lapso de 30 años, y el infarto de miocardio comenzó a destacarse como una de las primeras causas de muerte. En la actualidad, la curva epidémica de las consecuencias cardiovasculares del tabaquismo está en descenso en los países donde ha disminuido el consumo de tabaco, y en cambio aumenta donde dicho consumo continúa incrementándose. Los diversos estudios han demostrado asimismo la asociación causal entre el tabaquismo y los cánceres del pulmón, de la cavidad oral, de la tráquea, de los bronquios, del esófago, del páncreas y del riñón, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades bronquiales obstructivas y numerosos y graves riesgos para la reproducción humana, entre ellos, el bajo peso al nacimiento. Esta asociación causal cumple con todos los criterios epidemiológicos aceptados para establecer causalidad, y ha permitido estimar que en la Región de las Américas cada año ocurren más de medio millón de muertes prematuras que en su mayoría serían evitables, y evaluar el "riesgo atribuible poblacional" del tabaquismo. Este indicador, que mide el impacto potencial de la eliminación de un riesgo, es un sólido apoyo científico a la afirmación de que "la eliminación del tabaquismo es en actualidad la medida única de salud pública que puede tener el mayor impacto potencial en el mejoramiento de la salud de los países", y constituiría uno de los mecanismos más efectivos y directos para lograr la meta de salud para todos en el año 2000.

Se ha destacado asimismo la gravedad del problema del tabaquismo pasivo, que afecta involuntariamente a los que viven en la proximidad de los fumadores, y la necesidad de proteger a los afectados por este fenómeno y hacer respetar el derecho de los no fumadores a respirar aire no contaminado por el tabaco. No puede dejar de mencionarse la información que se ha reunido acerca del carácter adictivo de la nicotina y otros cuerpos farmacológicos activos de la combustión del tabaco.

En cuanto a las inferencias que pueden obtenerse de las experiencias regionales, el análisis más somero de la situación del tabaquismo, en la Región muestra un agudo contraste entre las mejorías percibidas en el grupo de países donde han disminuido la prevalencia del tabaquismo, el consumo per cápita y el contenido de nicotina, alquitrán y otras sustancias en el cigarrillo, y el otro grupo en el que se observa un deterioro del problema. Estas tendencias contrapuestas están vinculadas a conocidos factores de índole política, económica y sociocultural. Los países que están modificando favorablemente la curva epidémica del tabaquismo han señalado cursos de acción posibles y al alcance de los Gobiernos Miembros para lograr tres objetivos específicos y bien definidos: proteger la salud y los derechos de los no fumadores, ayudar a los no fumadores, especialmente a los de las nuevas generaciones, a permanecer libres del tabaquismo, y concientizar a los fumadores acerca de los riesgos y ayudarlos así a vencer la adicción.

Entre las estrategias que han demostrado mayor eficacia en ese sentido deben mencionarse la decisión política de los gobernantes y de la propia población de adoptar medidas legislativas que restrinjan la publicidad y la venta de cigarrillos, limiten su consumo en lugares

públicos, alerten a los consumidores acerca de los riesgos y protejan los derechos de los no fumadores; el desarrollo de programas de información y educación dirigidos a adolescentes, estudiantes, público en general y grupos de alto riesgo; la aprobación de programas para dejar de fumar; el desarrollo de iniciativas para dar mayor atractivo financiero a las actividades alternativas a la manufactura y comercialización del tabaco; el estímulo de la acción ciudadana, para que los grupos comunitarios de voluntarios y otros contribuyan al esfuerzo de control, y la promoción de las investigaciones y de la información que permite evaluar el estado del problema y los efectos de las medidas de control.

Dr. TAITT (Barbados) presented a brief update concerning anti-smoking measures taken in his country, stressing that tobacco advertising on television before 9:30 in the evening would soon be prohibited and that all cigarette packages produced or sold in Barbados had to carry a health warning label. In order to reinforce the anti-smoking campaign, his country would not hesitate to use the legislative process as a last resort. However, he anticipated that through CARICOM, a self-regulating arrangement would soon be made with the marketers throughout the Caribbean.

El Dr. NARANJO (Ecuador) dice que desde que asumió la cartera de salud pública, a través de los medios de comunicación se inició en su país una campaña antitabáquica que encontró una respuesta ciudadana mucho más favorable de la esperada. El Gobierno aumentó además el precio de los cigarrillos a poco más del doble, lo que contribuyó a disminuir el consumo en unidades; en cambio, la industria y los importadores de

cigarrillos intensificaron su promoción comercial, sin que todavía se hayan aplicado medidas para limitar dicha promoción.

Considera que la OPS y la Reunión deberían formular un llamamiento a los médicos y personal paramédico para que se abstengan de fumar dentro de los servicios médicos, así como a los funcionarios, maestros y sacerdotes, para que no lo fumen durante el cumplimiento de sus funciones, en público o frente a los medios de comunicación colectiva, para no difundir el hábito del tabaquismo.

Dr. LOEWEN (Canada) commended the Secretariat upon the excellent document it had produced on the fight against the use of tobacco. He also wished to thank PAHO and its Director for their recognition of the Canadian contribution to the anti-smoking effort.

Canada had for some time been among the top 10 countries in the world in terms of per capita cigarette consumption. While a decline in tobacco consumption had been noted since 1982, smoking among young women and advertising directed at that group remained a concern.

The scope of the anti-smoking action had to be broad, emphasizing collaboration with voluntary and professional interest groups, encouragement of individual actions and support for efforts in the area of education and prevention. In that last area, a number of initiatives were already underway, including a nation-wide information clearinghouse; school programs to promote positive attitudes towards non-smoking; a national advertising campaign; and research activities.

His Government was also involved in international non-smoking activities: he noted especially the International Workshop on Children and Tobacco to be held in Toronto in 1989.

While strongly emphasizing individual support and action, Canada had reinforced such efforts with wide-ranging regulatory and legislative initiatives. Among these were the prohibition of smoking on all commercial airline flights of two hours or less duration, a plan to phase out or ban tobacco advertising in the mass media, and the printing of strongly worded health messages on tobacco product packages.

During the current decade in Canada, public attitudes towards the acceptability of smoking had shifted dramatically. While much progress had been made, the rate of smoking in his country was still very high. To cope with that challenge, a national coordinating structure had been developed, bringing together the Health Ministries, the major voluntary health organizations and the Department of Health and Welfare.

Ms. KEFAUVER (United States of America) thanked the Secretariat for the excellent document before the Council. The material and approaches it contained were comprehensive and of great relevance to the United States anti-smoking campaign. Prevention of the initiation of smoking among children and adolescents and assistance to smokers in breaking the habit were cornerstones of that campaign.

Although it had generated considerable interest during the 1970s, the concept of a low-tar or less hazardous cigarette was no longer supported by the United States Public Health Service. Her Government endorsed the idea of prohibiting or restricting smoking in public places and had made great strides in that area. It was now encouraging hospitals nationwide to go smoke-free.

The United States Delegation had reservations with respect to the suggestion that the health sector should develop economic interventions



to provide alternative incomes for groups currently engaged in marketing tobacco. It might be more appropriate for the health sector to bring the problem to the attention of the agencies in the governments concerned, dealing with the economic aspects of the problem and to make recommendations for action within the framework of the respective economies.

The goal of a tobacco-free world by the year 2000 was worthwhile, but probably not attainable in that timeframe. The United States' experience might serve as a useful yardstick: between 1966 and 1986, smoking rates among men had dropped from approximately 50 to 30 per cent.

PAHO was to be congratulated for its proposed Plan of Action. The Public Health Service, as well as various other health agencies in the United States, had a wealth of information and experience to offer and were willing to collaborate in that effort.

While the document before the Council merited wide distribution, it needed some revision and editing. For example, item 3.3 on page 14 stated that "it is impossible to provide definitive proof of causality regarding the harmful effects of smoking." In the opinion of her Delegation, the accepted scientific standards for proving causality had been met. With the appropriate changes, the document would serve a very useful function for Member Governments.

El Dr. VILLEDA (Honduras) propone que en el proyecto de resolución se pida a los gobiernos que actualicen sus encuestas para determinar la situación de cada país, las tendencias, la prevalencia, las consecuencias del tabaquismo, etc.; que el 7 de abril se celebre el día mundial contra el tabaco, con programas preparados de preferencia bajo la orientación

del Ministerio de Salud Pública; que se actualice la legislación pertinente y se incluyan temas como la educación contra el tabaquismo, la limitación de la venta a los mayores de edad, el establecimiento de lugares donde no se pueda fumar, la advertencia sobre los riesgos del tabaquismo en los paquetes de cigarrillos, etc.

El Dr. BORGÑO (Chile) destaca algunos aspectos importantes vinculados con el tema, en primer lugar, la necesidad de una auténtica voluntad política en los gobiernos de aplicar las estrategias y los planes recomendados por los propios países. Muchas veces, cuando se trata de votar ciertas medidas que han sido aprobadas técnicamente por todos, se han observado reticencias en algunos países, productores o no, a los que se les plantean problemas de orden económico, de desempleo y de otro tipo. En teoría la cuestión es fácil, en la práctica lo es menos. En segundo lugar, el proceso de información y educación no debe basarse tanto en las desventajas, sino en las ventajas que representa no fumar, para el interesado y los demás.

Es también importante hacer un estudio al respecto desde el punto de vista de la conducta social de las personas. Mucha gente está informada, conoce el proceso, pero sigue fumando. Hay que estudiar la razón de este fenómeno y dar importancia a la prevención primaria a nivel de las escuelas, con la colaboración naturalmente de los profesores, para que puedan desde muy temprano evitar que los jóvenes fumen, cumpliendo así una buena tarea de prevención primaria. En Chile, gracias a la ayuda de la OMS y la OPS, se ha avanzado en forma bastante sostenida en este sentido, con resultados manifiestamente positivos. Por último, señala la

necesidad de una acción incesante y alude a las dificultades y desacuerdos que pueden plantearse con otros sectores con intereses divergentes en el asunto.

El Dr. MONTBRUN (Venezuela) dice que la lucha contra el tabaco se inició en Venezuela hace varios años, pero se intensificó a partir de 1984. Tuvo su origen cuando la Federación Médica Venezolana prohibió fumar en todas las reuniones de médicos, prohibición que se extendió al personal de hospitales y clínicas, profesores de educación secundaria, maestros, y todas las personas que puedan dar mal ejemplo en ese sentido. La propaganda anti-tabáquica comienza en la atención primaria y es uno de los principales elementos de la educación para la salud, que permite orientar a la comunidad y apartarla no solamente del cigarrillo sino también del hábito de masticar pasta de tabaco y de fumar tabaco en puros o en pipa. Se han fomentado las conferencias sobre los daños del tabaco a la salud y se ha enfocado el problema desde el punto de vista epidemiológico. Las encuestas indican que de este modo la prevalencia del hábito de fumar entre los hombres y mujeres adultos ha disminuido en un 10%. Sin embargo, los jóvenes reciben la influencia de la propaganda dirigida por los medios de comunicación y hoy en día se observan fumadores entre los adolescentes. El Ministerio de Salud coordina sus acciones con el Ministerio de Educación, y con otras organizaciones sociales, algunas privadas, como la Sociedad Anticancerosa de Venezuela y otras similares, que hacen continuamente propaganda contra el tabaquismo. En Venezuela existe una voluntad política y una tendencia a erradicar el tabaco en la función pública, a nivel de presidentes,

ministros, etc. El 7 de abril se conmemora rigurosamente el Día sin Tabaco, que ha sido objeto de gran difusión por el Ministro y demás autoridades de salud, así como por los medios de comunicación social.

El Dr. GEHLERT (Guatemala) dice que no puede aceptar lo afirmado por uno de los representantes en el sentido de que algunos países terminan apoyando resoluciones poco enérgicas, por tomar en consideración otro tipo de factores. Estima que no es el caso de la presente reunión, donde se adoptará una declaración clara y decidida, pues todos los presentes forman parte de Gobiernos. En su país existen plantaciones de tabaco, no de grandes empresas transnacionales, sino de campesinos pobres que, en vez de sembrar maíz, siembran tabaco porque es lo más adaptado a estas regiones y suprimir el tabaquismo implica amenazar su economía. Jamaica, algunas de las islas de las Antillas y países como el Ecuador, Colombia, Venezuela y Cuba producen tabaco, a veces para la exportación. Ello representa divisas que tanto escasean en los países de la Región. Se pregunta incluso qué opinarían en los Estados Unidos de América los habitantes de Virginia, cultivadores de tabaco, cuando escuchen este tipo de debates. Es necesario obtener una declaración clara en favor de la vida, para que todos los representantes contribuyan a que el cigarrillo haya desaparecido del mundo en el año 2000. Por su parte los países, además de las recomendaciones de que no fumar en sitios públicos y de prohibir a los médicos que fumen, deben examinar con sus Ministros de Economía cómo compensar a los pequeños productores de tabaco, pues si no, una acción positiva, como la supresión del hábito de fumar, podría traer aparejado un perjuicio a la economía de un sector pobre de la población del país.

El Dr. INFANTE CAMPOS (Observador, España) comunica que los días 7 a 11 de noviembre tendrá lugar en Madrid, en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Primera Conferencia Europea sobre Tabaco y Salud, organizada conjuntamente por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, la Comunidad Económica Europea y el Gobierno de España, bajo el alto patrocinio de su Majestad la Reina y con asistencia de varios Ministros de Salud de Europa. Esta Conferencia tiene el propósito de diseñar una estrategia común europea frente al tabaquismo en los campos de la publicidad, la educación sanitaria, los medios de comunicación y las estrategias de reclasificación de las producciones, los productores y las empresas distribuidoras de tabaco en Europa. Es importante subrayar que la Organización Mundial de la Salud y la Comunidad Económica Europea coparticipan en iniciativas de este tipo, como la Conferencia europea sobre políticas de prevención del cáncer, que ilustran sobre el papel potencial del Gobierno Español en la creación de un espacio sanitario europeo, donde se integren toda una serie de instituciones del Continente con responsabilidades de todo tipo en temas sanitarios y en la definición de estrategias sanitarias comunes. El orador pone a disposición de todos los países presentes en el Consejo las experiencias, los documentos y las recomendaciones que eventualmente surjan de la reunión de Madrid.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) dice que apoya la propuesta formulada por otros países de prohibir al personal de salud que fume en las instituciones donde trabaja, pues no solo se debe predicar con la palabra, sino también con el ejemplo.

El PRESIDENTE, hablando en su capacidad de Representante de Costa Rica, dice que muchos se preguntan con frecuencia cómo es posible que algunos médicos fumen, si conocen los daños a que se exponen. El problema es muy complejo, pues se vincula no solo con la información, sino con la adicción producida por el tabaco. La persona que es adicta sabe que el tabaco le hace daño, pero no puede liberarse de la adicción.

En relación con la prohibición de fumar en servicios públicos, como los hospitales, oficinas públicas o instituciones como la OPS, estima que el alcance de esta medida es insuficiente, y que convendría extender la prohibición a todos los sitios del trabajo, públicos y privados. Esto puede causar un impacto significativo sobre el hábito de fumar, y ofrecería un respaldo importantísimo a los no fumadores, que son la mayoría.

El Dr. ANTELLO (Cuba) dice que todos saben que Cuba pudo haber sido el inventor del tabaco, pues cuando Colón llegó a Cuba, ya los indios fumaban. Cuando la OMS planteó un proyecto de resolución contra el tabaquismo, al consultarse con el Presidente Fidel Castro acerca del contenido de dicha resolución y sus efectos económicos sobre Cuba, éste respondió que los problemas de salud son problemas de principio, y la lucha contra el tabaquismo pertenece a este tipo de problemas, por lo que debía apoyarse la resolución, buscándose al mismo tiempo soluciones alternativas para los países. Deben también recordarse que las transnacionales del cigarro, en su afán de vender, están transfiriendo su propaganda de los países desarrollados a los países subdesarrollados, y es necesario protegerse y tomar medidas.

En la televisión cubana no se hace publicidad en favor del tabaco, y en cambio sí en contra del hábito de fumar, tanto en las personas adultas como en los jóvenes. Entre las diversas medidas adoptadas, se ha prohibido fumar en aviones, lugares públicos, ómnibus, cines, teatros y oficinas públicas. Aunque desde el principio del decenio de 1980 existe una prohibición de fumar en las instituciones de salud, el problema de las autoridades sanitarias es hacer cumplir esta resolución. La lucha contra el hábito de fumar se dirige también contra el sedentarismo, la obesidad, y todo lo que está asociado no solo al hábito de fumar sino a la vida ociosa.

El tema se vincula además con la desigualdad de las relaciones de intercambio, que deberá resolverse en la medida en que los países subdesarrollados puedan imponer su criterio, y su derecho a vivir y desarrollarse. Será necesaria una solución, pues los países pobres dependen de algunos cultivos, pero también tienen derecho a industrializarse y explotar sus recursos naturales.

El Dr. PINILLOS (Perú) expresa su deseo de que la OPS se convierta realmente en un líder a nivel de países y participe en las actividades de la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer y el Comité Latinoamericano de Lucha contra el Cáncer. Considera que el cigarrillo no es un hábito sino una adicción con todas sus características, porque produce dependencia física y psíquica, y hace daño no solo al adicto, sino también al entorno.

Uno de los argumentos más concluyentes es que al fumar se está violando el derecho a la salud de las personas más próximas, que en general son los seres queridos. Se piensa que el fumar involuntariamente

no es tan dañino como fumar voluntariamente, algo que no está demostrado. Existen suficientes pruebas sobre el daño causado a la mujer gestante que es una fumadora involuntaria, pues sus hijos nacen con menos peso que en el caso de las madres no expuestas al humo, y eso tiene mucha importancia en países donde ya los niños nacen con bajo peso a causa de la desnutrición. La OPS debe asumir el liderazgo que corresponde en la lucha contra el tabaquismo, porque las empresas vendedoras de tabaco siempre saben aprovechar el momento para invocar ante sus gobiernos la difícil situación que les toca atravesar y buscan siempre la forma de presionarlos con diversos argumentos.

El inicio en el vicio del cigarrillo es el comienzo de toda forma de drogadicción, y múltiples estudios, particularmente en países latinoamericanos, demuestran que no hay ningún fumador de marihuana ni de cocaína que no haya empezado su camino en la drogadicción por conducto del cigarrillo. Por lo tanto, se deben tomar medidas preventivas y de información a nivel de la edad escolar. En el Perú hay un movimiento muy intenso de educación en los colegios, mediante charlas informativas, con las que se procura llegar a no menos de 60.000 niños cada año, sobre temas como el ingreso al mundo de las drogas por conducto del tabaquismo, qué es el tabaco, los daños que puede producir y lo que significa en cuanto a limitación de la libertad individual. En el caso de las mujeres, debe advertirse que el cáncer del pulmón se ha convertido en la primera enfermedad oncológica en las mujeres en los Estados Unidos de América, y el número de estos casos en otros países está en aumento, pues cada día son más las mujeres que fuman. En el Perú la cifra correspondiente de fumadores menores de 20 años y menores de 15 años se ha



invertido. En este momento, el 18% de las niñas menores de 15 años fuman, en relación con el 14.5% de hombres menores de esa edad.

Otro de los factores que hay que considerar es el daño ecológico que causa el cultivo del tabaco, que explica el interés de los países industrializados de sembrarlo en América Latina y en el Tercer Mundo en general, sabiendo muy bien que el terreno queda muerto después de que ha sido productor de tabaco, además de la necesaria tala de árboles. Es preciso ser muy exigentes en cuanto a las autorizaciones para la siembra de tabaco, e ir desde ahora programando e instando a los gobiernos a que prevean el reemplazo de estas cosechas. Como más de 5.000 familias dependen del tabaco, algunos gobiernos se sienten tentados a veces a proteger esta industria del vicio, pero hay que demostrar la misma determinación que con la siembra de marihuana y la siembra indiscriminada de coca.

Dejar de fumar es sin duda la medida preventiva individual más importante que se puede tomar, y si todo el mundo dejara de fumar, el impacto en la salud sería probablemente tan importante como el de la vacunación. Frente al vicio del tabaquismo, es necesario tomar una actitud militante en defensa de la salud de la población, y no se puede dejar pasar más tiempo. En el Perú, el cáncer de pulmón se incrementa cada año y en el 90% de los casos está directamente relacionada con el consumo del cigarrillo, aunque las grandes tabacaleras pretendan que no hay una demostración de que el que fuma necesariamente vaya a tener cáncer.

Termina pidiendo que el Consejo Directivo se pronuncie públicamente para dar el soporte espiritual y moral que necesitan los grupos que

luchan contra el tabaco. En el Perú hay una propuesta de ley que ha sido aprobada multipartidariamente, pero que sin embargo no ha sido firmada, en la cual se prohíbe todo tipo de publicidad al respecto, y nunca se ha visto una campaña en los medios de prensa tan intensa en defensa de la libertad de prensa.

Ms. KEFAUVER (United States of America), replying to the question put by the Representative of Guatemala, confirmed that tobacco was grown in Virginia as well as other areas of the United States. That would not, however, prevent the Public Health Service from proceeding with its anti-smoking campaign. She added that the Surgeon General of the United States had spoken out very clearly regarding the dangers of smoking and the importance of trying to persuade people, particularly young women, not to begin smoking, and to recognize its addictive nature.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que de hecho donde el documento en su versión española aborda el problema es en el punto 4.1, página 18. Considera que además de los hechos aquí mencionados, de las personas que viven del cultivo del tabaco, existe otro factor que justifica más la resistencia de los gobiernos a adoptar políticas tendientes a reducir o a controlar el hábito de fumar, que es el ingreso cómodo, fácil, que reciben por los impuestos cobrados por la venta de los cigarrillos o productos de tabaco. Recuerda que una vez, en un país que conoce bien, un Ministro de Salud pretendía enviar al congreso una legislación restrictiva sobre la publicidad del tabaco y entonces el Ministro de Hacienda, que en aquella época era muy poderoso, le dijo que si conseguía su objetivo le cortarían los recursos del Ministerio de Salud

en proporción a lo que dejara de recaudar por los impuestos de los cigarrillos. Así terminó la historia de la legislación en aquel momento. Pero no hay duda ninguna de que lo importante es que haya voluntad política, convencimiento, conciencia sobre lo que significa la salud y la vida de la gente, frente a eventuales y circunstanciales intereses económicos, que por otra parte se pueden tener en cuenta y tratar adecuadamente a través de medidas alternativas, cultivos distintos, actividades industriales nuevas en las que no solo se pueda emplear productiva y adecuadamente al personal que vive de la industria del tabaco, sino que pueda generar ingresos moralmente más legítimos. En la Organización se tiene conciencia de esa dimensión económica, pero también la convicción de que es un problema que puede ser tratado adecuadamente, tal como han manifestado los representantes de Cuba y del Perú.

A propósito de la intervención del Dr. Antelo, dice que Cuba ha dado un ejemplo por el cual la OMS ha concedido la medalla contra el tabaco al Presidente Fidel Castro. Se recordará la imagen que tenía Fidel Castro, barbudo, con su gorra, y un enorme puro en la boca o en la mano. Pero cuando se demostró, como confirmara una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, el daño que el tabaco hacía a la salud de la gente, el mal ejemplo estaba dando a su propio pueblo, y quizás al mundo entero dado su prestigio universal, él dejó de fumar. Según se ha dicho, fue un sacrificio, uno de los grandes sacrificios que hizo por la salud de su gente y que es oportuno recordar en ese momento.

A propósito de algunas observaciones formuladas, una de ellas por la Sra. Kefauver, dice que a pesar de que el texto es muy bueno, hay

algunos problemas que convendría aclarar. El segundo párrafo del punto 3.3, página 14, convendría modificarlo, pues evidentemente no es imposible establecer una prueba, ya que la demostración podría considerarse prueba suficiente de causalidad. En lugar de "obviamente", podría decirse "Es extremadamente difícil realizar experimentos para determinar con exactitud cuáles de los componentes del humo del tabaco son responsables de las enfermedades causadas por el tabaquismo...". Por esas razones morales, éticas, etc., y también de índole práctica no es preciso hacer experimentos simplemente para demostrar esa verdad, que ya se conoce por la observación epidemiológica. No se van a realizar esos experimentos simplemente para satisfacer a algunos señores que se resisten a aceptar la evidencia y la verdad demostrada a través de estudios epidemiológicos.

Propone otro cambio, esta vez en el primer párrafo de la página 17 de la versión española, tercer párrafo del punto 3.5, que dice: "El uso de la nicotina cumple con los así llamados 'criterios primarios y adicionales' utilizados para juzgar la dependencia a drogas u otras sustancias que generan adicción". De acuerdo con la sugerencia que se ha hecho, podría cambiarse por: "El uso de la nicotina cumple con los así llamados 'criterios primarios y adicionales' establecidos por el Cirujano General de los Estados Unidos para definir estados de adicción". De hecho, la nicotina cumple cabalmente con estos criterios y por eso se puede afirmar que realmente es una sustancia adictiva.

The session was suspended at 4:45 p.m. and resumed at 5:00 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:45 p.m. y se reanuda a las 5:00 p.m.

ITEM 6.3: SALARY OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
TEMA 6.3: SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee), introducing the item, pointed out that the corresponding item on the Executive Committee's agenda had contained two resolutions: Resolution XI, confirming the amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau, and Resolution XII, recommending that the Directing Council establish the salary of the Director.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution contained in Document CD33/9.

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Considering the revision made to the schedule of salaries of the professional and higher categories of staff in graded posts, effective 1 April 1988;

Taking into account the decision by the Executive Committee at its 101st Meeting to adjust the salaries of the Deputy Director and the Assistant Director (Resolution CE101.R12);

Having noted the recommendation of the Executive Committee concerning the salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Resolution CE101.R12); and

Bearing in mind the provisions of Staff Rule 330.3,

RESOLVES:

To establish the net salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau at \$58,892 (single rate) per annum, effective 1 April 1988.

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la revisión de la escala de sueldos del personal de categorías profesional y superior en puestos clasificados, con vigencia al 1 de abril de 1988;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 101a Reunión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector (Resolución CE101.R12);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo respecto al sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Resolución CE101.R12), y

Consciente de las disposiciones del Artículo 330.3 del Reglamento del Personal,

RESUELVE:

Establecer el sueldo anual neto del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en EUA\$58.892, con el coeficiente aplicable a funcionarios sin familiares a cargo, con vigencia al 1 de abril de 1988.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 6.4: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FLAG

TEMA 6.4: BANDERA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee) introduced the item and reviewed the Executive Committee's recommendation to the Council.

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered Document CD33/4 and Resolution XIII of the 101st Meeting of the Executive Committee; and

Believing it desirable to adopt an official flag of the Pan American Health Organization, to be flown on the premises of the Organization and to be displayed elsewhere on ceremonial and other appropriate occasions,

RESOLVES:

1. To adopt and approve as the official flag of the Pan American Health Organization the design as described in Document CD33/4.

2. To request the Director to adopt a flag code and to draw up regulations concerning the use of the flag and the protection of its dignity.

## LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el Documento CD33/4 y la Resolución XIII de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Siendo de la opinión de que es conveniente adoptar una bandera oficial de la Organización Panamericana de la Salud, que ondee en los establecimientos de la Organización y se despliegue en otros sitios en ceremonias y otras ocasiones apropiadas,

## RESUELVE:

1. Adoptar y aprobar como bandera oficial de la Organización Panamericana de la Salud el diseño descrito en el Documento CD33/4.

2. Solicitar al Director que adopte un código sobre la bandera y formule las reglamentaciones en cuanto a su uso y la protección de su dignidad.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) pide que, al final del párrafo 2 de la parte dispositiva del proyecto de resolución, se añadan las palabras "teniendo en cuenta la relación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud".

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

The President then proceeded to place the flag of the Pan American Health Organization on the podium.

El Presidente procede seguidamente a colocar en el estrado la bandera de la Organización Panamericana de la Salud.

El PRESIDENTE afirma que este acto ha constituido un momento sumamente emotivo de su vida y un acontecimiento único que no volverá a repetirse en la historia de la Organización.

(Applause)

(Aplausos)

ITEM 7.1: FORTIETH ANNIVERSARY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION  
TEMA 7.1: CUADRAGESIMO ANIVERSARIO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee), introducing the item, explained that pursuant to Resolution WHA40.36, the Director had written to the Ministers of Health of the Member Countries suggesting activities to be carried out on World Health Day. They included the first world-wide smoke-out to commemorate the fortieth anniversary of WHO. The Executive Committee had heard a report on the activities held in the Region.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) informa al Consejo que ha habido que suspender una de las actividades programadas, debido a dificultades operacionales y por razones de economía. Se trata del concurso sobre el tema Salud Para Todos--Todos para la Salud, entre las escuelas secundarias de las Américas. No obstante, en algunos países el concurso sigue adelante a nivel nacional.

El PRESIDENTE indica que no es necesario aprobar una resolución sobre este tema.

ITEM 7.2: RESOLUTIONS OF THE 41ST WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE  
TEMA 7.2: RESOLUCIONES DE LA 41A ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

Dr. GAY (Representative of the Executive Committee), introducing the item, noted that interest in several of the resolutions from the 41st World Assembly had been such that they had been discussed as agenda items at the 101st Meeting of the Executive Committee. At that Meeting, the Secretary of the Executive Committee had also noted the appointment of Dr. Nakajima as the new Director-General of WHO, and observations on that subject had been made by those present and by the Director.



El Dr. MENCHACA (Cuba) considera necesario referirse a algunas de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que tienen interés para el Comité Regional.

En primer lugar, la Resolución WHA41.24, referente al SIDA. En el párrafo sexto de la parte expositiva de la versión española se ha omitido la frase "habida cuenta de su situación epidemiológica y de conformidad con la estrategia mundial". Se trata de un error de la Sede que deberá ser rectificado debidamente.

En el párrafo 6 de la parte dispositiva de la Resolución WHA41.20, relativa a los Miembros con atrasos de contribuciones, la Asamblea Mundial de la Salud resuelve que "si para la apertura de la 42a Asamblea Mundial de la Salud, Benin, Las Comoras, Guatemala, República Dominicana y Sierra Leona siguen con atrasos..." se les suspenderá el derecho de voto. Esto es preocupante, ya que, según el párrafo 7 de la Resolución WHA41.7, estas decisiones exigen una mayoría de dos tercios de los votos. La resolución en que se establece que, a partir de la próxima Asamblea se suspenderá a esos países el derecho de voto, no fue, al parecer, aprobada por mayoría de dos tercios. El orador propone que esta cuestión sea analizada por el Consejo Ejecutivo en su próxima reunión.

Con respecto a la Resolución WHA41.16, sobre uso racional de los medicamentos, le complace que en ella se haga mención especial del programa de medicamentos esenciales.

En el anexo de la Resolución WHA41.17, relativa a los criterios éticos para la promoción de los medicamentos, problema que toca muy de cerca a los países en desarrollo, se señala que estos criterios deben ser idénticos a los que se apliquen en el país exportador. Es conveniente

que los países exportadores e importadores utilicen el sistema OMS de certificación de calidad de los productos farmacéuticos.

En la resolución WHA41.18, relativa al sistema OMS de certificación de calidad, debería hacerse una salvedad en atención a los países en desarrollo.

Por último, en la Resolución WHA41.34, relativa al fortalecimiento a la atención primaria de salud, la Asamblea Mundial de la Salud hace suya la declaración "Reafirmación de Alma Ata en Riga". El orador estima que esta declaración sigue manteniendo su vigencia.

El PRESIDENTE indica que no es necesario adoptar una resolución sobre el tema.

ITEM 7.3: PROVISIONAL AGENDA OF THE 83rd SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO: ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE  
TEMA 7.3: ORDEN DEL DIA PROVISIONAL DE LA 83a REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS: ASUNTOS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) señala a la atención del Consejo algunos de los temas incluidos en este orden del día provisional.

El tema 5, Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, ya ha sido objeto de discusión en el Consejo y esta vez su informe es mucho más completo.

El tema 6, Proyecto de Presupuesto por Programas, también ha sido objeto de discusión en el Consejo, salvo la cuestión del seguro de salud del personal y de los jubilados de la Organización. En estas dos categorías hay un déficit de grandes proporciones. El Comité Global de Vigilancia del Seguro debe reunirse próximamente en Ginebra, y la

propuesta oficial preparada por la Secretaría del Seguro en Ginebra prevé algunos cambios que implicarán un aumento extraordinario de gastos en la Región de las Américas. Se ha propuesto una reserva obligatoria para cubrir el déficit que incurren los jubilados que supondrá una reducción adicional del 25% en los ingresos para financiar el seguro del personal en activo. De aprobarse esta propuesta, el gasto adicional combinado no previsto en el presupuesto excederá de US\$1.200.000 anuales en los próximos años.

El tema 7 es el Informe de los Directores Regionales; el correspondiente a las Américas reflejará el tenor de las discusiones ocurridas en el Consejo.

En relación con el tema 9, el Dr. Guerra de Macedo señala que la Región de Europa ha aprobado un mecanismo de selección de candidatos para el puesto de Director Regional consistente en la creación de un "Comité de Reclutamiento". Personalmente, el Director estima que la Región de las Américas se ha opuesto siempre a este tipo de innovaciones que cortarían la libertad de los países para decidir los candidatos.

Con respecto al tema 11, Estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA, ya ha sido discutido en la Región. Hay algunos problemas, pero son problemas menores.

El Dr. MENCHACA (Cuba), refiriéndose al tema 9 del orden del día provisional del Consejo Ejecutivo de la OMS, recuerda que cuando se discutió este tema todas las Regiones se opusieron a su adopción, por entender que constituía una ingerencia en sus prerrogativas y que además tenía consecuencias económicas importantes, pero la Secretaría insistió y se acordó incluirlo.

El orador apoya la posición expresada por el Director de la Región en el sentido de que el sistema actual es perfectamente legítimo y está justificado por la práctica. Por lo demás, el sistema propuesto sería inaplicable en la Región de las Américas y daría lugar a conflictos legales con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. BORGONO (Chile) sugiere que el Director exprese lo que los Jefes de Delegación señalaron en sesión privada, y que los Miembros del Consejo que representan la Región planteen el problema en forma oficial en el seno del Consejo. Por lo demás, comparte la opinión del Director y del Dr. Menchaca.

Mr. BOYER (United States of America) said that the United States would try its best to get its report on the monitoring of Health for All into the Director's hands before he was due to submit the Regional Report to Geneva.

With regard to the election of Regional Directors, he would add to what Dr. Menchaca had said that the problem had arisen originally because the former Director General, Dr. Mahler, had had some concerns about having no authority whatsoever regarding the appointment of his six most senior staff members. He agreed with Dr. Menchaca that the solution proposed by the Secretariat was unsatisfactory. It remained to be seen whether the new Director General shared Dr. Mahler's concerns, or whether some new formula could be produced that would in some way involve the Director General in the selection of Regional Directors. Clearly, in the case of the Region of the Americas, the situation was very different from

that of the other five Regions because the Americas Region had what was basically a separate organization and a separate way of selecting its Director.

The new budget of WHO for 1990-1991 would also be taken up at the Executive Board meeting in January. In January 1987 the Board had adopted new procedures calling for each Regional portion of the budget to be approved by consensus. That had been done in the case of the Region of the Americas' portion of the budget, and in January 1989 the Executive Board would be trying to reach consensus on the entire budget. He would therefore be looking forward to seeing how that new consensus procedure would work when the Board met.

Another issue to be addressed both by the Program Committee and the Executive Board would be the occasional differences of opinion between Geneva and the Regional Offices. It was regrettable that such friction existed, and he hoped that new procedures could be developed to reduce or eliminate it. He also expressed the hope that now there were two flags, one for PAHO and one for WHO, the question of which flag would be saluted would not come up, but rather both would be saluted.

Dr. TAITT (Barbados) said that the appointment of a Regional Director was essentially a political act. Barbados did not wish to and would never cede any of its constitutional authority as a Member of the Council to the Director General of WHO in Geneva. After all, politics was the art of the possible and when the situation reached areas of conflict, political solutions had to be found. It would be untenable to have a situation in which the Director-General of WHO had more influence or even as much influence as one of the representatives in the selection

of a Director for the Region. If the other Regions did not now have a Constitutions under which the regional members shared power equally, they should seek to obtain them.

The selection of a Regional Director was something to be determined by the sovereign States of the Region by virtue of the kind of Constitution that this Regional Organization has. Long ago, it was customary for the international arena to be divided up either in spheres of influence or clubs or relationships, or some other such institutional arrangements. Some of those who come from small States, who by virtue of whatever process managed to become independent, had spent a lot of time articulating and insisting on the principle of equality. That principle could not be added to, derogated from, or interfered with.

It should be made clear that the Members of the Region viewed the appointment of the Director as a political act to be determined politically, that they were very appreciative of the procedures now in force in the Region, and that they commended those procedures to all the other Regions and to the Director General of WHO.

ITEM 5.11: FIGHT AGAINST THE USE OF TOBACCO (resumed)  
TEMA 5.11: LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO (reanudada)

The RAPPORTEUR read out the following proposed resolution:

THE XXXIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD33/24 on the "Fight Against the Use of Tobacco";

Deeply concerned by the avoidable disease, disability, diminished quality of life, suffering, and premature deaths that occur each year in the Region as the unquestionable consequence of the use of tobacco;

Recognizing that passive smoking may endanger the health and lives of nonsmokers; and

Bearing in mind that there is sufficient evidence to indicate the addictive nature of the use of tobacco,

**RESOLVES:**

1. To promote the adoption of public health measures at the regional and national levels to prevent and control the use of tobacco as well as to protect the health of nonsmokers.

2. To request the Director to present to the XXXIV Meeting of the Directing Council a regional plan of action for prevention and control of the use of tobacco.

3. To urge Member Governments to:

- a) Adopt legal measures aimed at protecting the health of nonsmokers;
- b) Adopt measures to control the direct or indirect advertising of all types of tobacco;
- c) Restrict the consumption of tobacco in any form whatsoever in public places;
- d) Establish education programs on the dangers of smoking for students in all schools and at all educational levels;
- e) Make systematic and effective efforts to inform the public through all means, including the mass media.

4. To further request the Director to explore the possibility of obtaining extrabudgetary funds from nongovernmental, bilateral, and multilateral organizations, from foundations and professional associations, and from all those sources which may be able to facilitate necessary assistance for the execution of a regional plan of action for prevention and control of the use of tobacco.

**LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el Documento CD33/24, titulado "Lucha contra el tabaquismo";

Profundamente preocupada por las enfermedades evitables, los impedimentos, el desmedro de la calidad de vida, el sufrimiento y las muertes prematuras que se producen anualmente en la Región como consecuencia incuestionable del tabaquismo;

Reconociendo que el tabaquismo pasivo puede poner en peligro la salud y la vida de los no fumadores, y

Teniendo en cuenta que existen suficientes pruebas de que el tabaco es adictivo,

RESUELVE:

1. Promover la adopción de medidas de salud pública a nivel regional y nacional para prevenir y controlar el tabaquismo y proteger la salud de los no fumadores.

2. Solicitar al Director General que presente a la XXXIV Reunión del Consejo Directivo un plan regional de acción para prevenir y controlar el tabaquismo.

3. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Adopten leyes para proteger la salud de los no fumadores;
- b) Tomen medidas a fin de controlar la publicidad directa o indirecta del tabaco de toda clase;
- c) Restrinjan el consumo de tabaco, en cualquier forma que sea, en los lugares públicos;
- d) Establezcan programas de educación sobre los peligros del tabaquismo en todas las escuelas y en todos los niveles de enseñanza;
- e) Realicen esfuerzos sistemáticos y eficaces para informar al público por todas las vías posibles, incluidos los medios de comunicación.

4. Solicitar al Director, además, que examine la posibilidad de obtener fondos extrapresupuestarios de organizaciones no gubernamentales, bilaterales y multilaterales, así como de fundaciones y asociaciones profesionales, y de todas las fuentes que puedan proporcionar la asistencia técnica necesaria para la ejecución de un plan regional de acción a fin de prevenir y controlar el tabaquismo.

Dr. TAITT (Barbados) suggested that the order of paragraphs 2 and 3 of the proposed resolution should be reversed.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

El Dr. VILLEDA (Honduras) sugiere que el párrafo 2 de la parte dispositiva conste de dos apartados: un apartado a) que incluiría el texto actual y un apartado b) que incluiría el texto del actual párrafo 4, ya que ambos contienen peticiones al Director.

It was so agreed.  
Así se acuerda.



El Dr. MENCHACA (Cuba) propone que en el tercer párrafo de la parte expositiva, que dice "reconociendo que el tabaquismo pasivo puede poner en peligro la vida..." se diga "...el tabaquismo pasivo pone en peligro la salud y la vida de los no fumadores".

It was so agreed.  
Así se acuerda.

El Dr. PINILLOS (Perú) preferiría que, en vez de hablar de "no fumadores", se hablara de "fumadores involuntarios".

El Dr. MACEDO (Director, OSP) prefiere la expresión "no fumadores".

El Dr. PINILLOS (Perú) no insiste en su sugerencia.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 8: OTHER MATTERS  
TEMA 8: OTROS ASUNTOS

El Dr. PINILLOS (Perú) desearía aprovechar esta oportunidad para presentar una moción de felicitación a la Mesa por la forma tan brillante como ha llevado la reunión, y asimismo una moción de felicitación y un voto de aplauso para el Director y todo su personal.

(Applause)  
(Aplausos)

El Dr. QUIJANO (México) comunica que se está realizando en México un esfuerzo editorial con la publicación de una serie de pequeños

volúmenes sobre la labor realizada en el país en los últimos años sobre Reforma Sanitaria Profunda. Oportunamente, cuando se haya terminada la edición, se hará llegar a las Representaciones de la Organización en todos los países.

El Dr. VILLEDA (Honduras) dice que en el Documento CD33/INF/1, titulado Estadística del Personal de la OPS/OMS, no aparece la distribución del personal por sexos. Dado que la Organización tiene un mandato del Consejo Directivo de incrementar la proporción de empleados del sexo femenino hasta alcanzar la meta propuesta, parece conveniente que el Consejo esté informado del grado de cumplimiento de este mandato.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) señala que la Secretaría, a través del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, informa al Comité Ejecutivo sobre la distribución del personal por sexos y sobre los avances y las dificultades que se vienen realizando a este respecto.

El Director desea expresar su reconocimiento por la extraordinaria demostración de solidaridad y de aprecio a la Organización que han dado los Representantes. Le llena de orgullo profundo el honor de dirigir la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. Guerra de Macedo desearía unir a la moción de agradecimiento indicada por el Ministro del Perú su reconocimiento personal por la extraordinaria dedicación del personal de apoyo, en particular los intérpretes.

Desearía también hacer constar en las actas de esta reunión del Consejo el hecho de que el Comité del Premio Nobel de la Paz ha concedido ese extraordinario honor a las Fuerzas de Paz de las Naciones Unidas. El reconocimiento de la labor de las Naciones Unidas es también un reconocimiento de todas las organizaciones que integran el esfuerzo internacional por la solidaridad, la comprensión, el entendimiento y la paz entre los pueblos, los gobiernos y las sociedades.

(Applause)  
(Aplausos)

After the customary exchange of courtesies,  
the Chairman declared the Meeting closed.  
Después de los elogios y felicitaciones habituales,  
el Presidente declara clausurada la Reunión.

The session rose at 6:10 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:10 p.m.