



*executive committee of
the directing council*

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

*working party of
the regional committee*

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



101st Meeting
Washington, D.C.
June-July 1988

CE101/SR/4
28 June 1988
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Tuesday, 28 June 1988, at 2:00 p.m.
Martes, 28 de junio de 1988, a las 2:00 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Norman Gay

Bahamas

Contents
Indice

- Item 4.2: Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus from the Americas by 1990 (continued)
Tema 4.2: Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas para 1990 (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 27 July 1988. The edited records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aun 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 27 de julio de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

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

Item 5.1: Report on the Collection of Quota Contributions
Tema 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Item 4.3: Maternal and Child Health and Family Planning Programs
Tema 4.3: Programas de salud maternoinfantil y planificación familiar

Item 4.5: Joint Plan of Action for the Andean Subregion
Tema 4.5: Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina

The session was called to order at 2:20 p.m.
Se abre la sesión a las 2:20 p.m.

ITEM 4.2: PLAN OF ACTION FOR THE ERADICATION OF INDIGENOUS TRANSMISSION
OF WILD POLIOVIRUS FROM THE AMERICAS BY 1990 (continued)
TEMA 4.2: PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION
AUTOCTONA DEL VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS DE LAS
AMERICAS PARA 1990 (continuación)

The CHAIRMAN said he had been interested to note that the Plan of Action for the eradication of transmission of wild poliovirus from the Americas called for eradication by the year 1990, whereas WHO had set that goal as part of the overall objective of Health for All by the Year 2000. Consequently, the Americas were ahead in their planning. He invited comments or questions on the progress report of the Director (CE101/8, Rev. 1).

Dr. HINMAN (United States of America) congratulated Dr. de Quadros and the Organization for the leadership they had shown in developing the concept of eradication of poliomyelitis in the Americas and noted that Dr. de Quadros was himself the originator of the concept of global eradication of poliomyelitis, and should be commended for his initiative.

The United States was committed to the program's goal, as could be seen from the figures on support from the Agency for International Development, and he was very pleased with the progress made thus far. Nevertheless, given the continuing need for maintaining the commitment and maintaining immunization levels, it was of some concern that the graphs and charts presented showed that there had been some decline in some countries in immunization levels against measles and against DPT in the last year or two. It was important to try to stop that decline and maintain an increase.

Another concern related to surveillance. A considerable effort was being made to improve surveillance and to ensure that laboratory facilities were available throughout the Region to provide confirmation of diagnosis. He would appreciate it if Dr. de Quadros would tell the Committee something about the present status of laboratory support throughout the Americas for the polio eradication program.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) desea también expresar sus felicitaciones al Dr. de Quadros, así como al Programa de Salud Materno-infantil, por el esfuerzo destinado a erradicar el virus de la polio en su país y, en general, en América Latina. Se pregunta cómo el Brasil y México han alcanzado una cobertura de casi el 100% mediante jornadas nacionales de vacunación, y en otros países, como el suyo, ni siquiera se ha llegado al 80%.

Por otra parte, considera positivos los análisis por municipios no solo en lo que a la cobertura se refiere sino a toda la información. Lamenta que, en general, la información, procedente del plano local se transmita al plano central, pasando por el regional, y que sea ahí donde se analice y donde se tomen decisiones. Destaca el interés de estudiar la modificación de esos patrones de conducta.

El Dr. BORGÑO (Observador, Chile) destaca que este es un ejemplo de lo que deben ser los programas integrados en la Región, por los logros alcanzados, por su manera de enfrentarse con los problemas y por haber sido una punta de lanza en la atención primaria de salud.

Siguiendo el orden de la exposición del Dr. de Quadros, se refiere en primer lugar a los fondos provenientes de la Asociación Rotaria Internacional y a las dificultades que plantea el que, pese a la firma del convenio cuatripartito, esa institución se ofrezca a donar vacunas a un país, cuando las necesarias para el año 1988 ya están adquiridas. De ahí la necesidad de abordar los problemas de algunos países por separado, para que los fondos asignados se destinen al Programa.

Lamenta que parte de los fondos que el UNICEF asigna a Chile--y quizás a Guyana--en concepto de cooperación técnica se destine al PAI, con la agravante de que se centraliza su utilización en las regiones donde Chile ejecuta los programas maternoinfantiles. A su juicio la Organización debería entablar conversaciones con el UNICEF para evitar estos problemas.

A continuación pone de relieve los extraordinarios progresos del Programa en cuanto a la cobertura, hace notar que el proceso de control y erradicación exige mucho tiempo y considera preocupante la situación del Perú, Bolivia y Guatemala.

Destaca como gran avance los análisis de la información por comunas, en su opinión más fidedignos que los promedios globales. Del mismo modo, considera altamente positivo el progreso de la vigilancia epidemiológica activa, elemento fundamental para la prosecución del programa y su evaluación, así como para hacer extensivos los logros alcanzados a la lucha contra otras enfermedades transmisibles.

Se felicita de que la iniciativa regional se hay hecho mundial y de que en Ginebra se haya aprobado la resolución propuesta, con modificaciones introducidas por las Delegaciones del Canada y de Chile.

Señala además que mediante una investigación aplicada en el Programa se están determinando cuáles son los mejores procedimientos de control para lograr un mayor grado de erradicación. Dice que, gracias al excelente análisis realizado en el Brasil, se ha podido modificar la concentración del tipo 3 en la vacuna a 600.000 TCID₅₀. En su opinión, la voluntad política de los gobiernos y la descentralización administrativa a nivel local son esenciales para poder alcanzar y mantener los niveles de cobertura con una vigilancia epidemiológica importante que permita determinar realmente cuál es la situación. Parafraseando a un cirujano chileno muy distinguido pone en guardia contra el paraiso de los tontos o el desconocimiento de la verdadera magnitud de los problemas por falta de una vigilancia epidemiológica adecuada.

Subraya con preocupación las dificultades existentes en los laboratorios regionales e inclusive en los de referencia y teme que aun en los más avanzados se carezca de los conocimientos prácticos necesarios para diferenciar el virus salvaje del virus vacuna. Destaca la necesidad de una información especializada que permita tomar medidas oportunamente.

Califica de "preocupante" la situación del INCAP, la del laboratorio que se encuentra en la Argentina y la del de México, y hace notar la dificultad de confiar al primero nuevas funciones. Encomia, en cambio, la función del CAREC y los importantes esfuerzos desplegados en Colombia. A su juicio, para que el programa tenga el éxito deseado es indispensable prestarle ayuda.

El Dr. ALLEN (Panamá), tras felicitar al Dr. De Quadros por su brillante exposición, desea expresar algunas inquietudes. Le preocupa el énfasis que se ha puesto en la cobertura y se haya soslayado el problema de la vigilancia epidemiológica como tal. En su país, desde hace más de 15 años no se registran casos de polio, y lo que va a decir puede hacerse extensivo a todo el Programa Ampliado de Inmunización. A su juicio, deben aunarse al concepto de jornada de vacunación otros tipos de elementos. En el país que mejor conoce se ha hecho un replanteamiento del quehacer sanitario: en vez de hablar de una participación en vacío de la comunidad, se ha pasado a una estrategia de convivencia con ella. Específicamente con relación a las vacunas, cree que lo que dará mejor resultados será, durante el resto de 1988, la vacunación diaria, casa por casa. Considera que, para la realidad de la subregión esa será la salida más efectiva con la participación de la comunidad. Si bien agradece el aporte de organismos no nacionales como la Asociación Rotaria Internacional, que ha prestado considerable ayuda, estima que esa no es la forma de mejorar los niveles de cobertura. Hay que cambiar el concepto de educación y, en lugar de utilizar un recurso extrapresupuestario donado por un organismo no gubernamental, velar por una educación permanente que ayude a acercar más a la comunidad y al equipo de salud, a fin de que, efectivamente, se puedan alcanzar las metas establecidas mucho antes de lo convenido internacionalmente. Aunque no se opone a las jornadas nacionales de vacunación, considera que deben complementarse con la posibilidad de campañas de vacunación permanentes, puerta a puerta, utilizando recursos como los promotores de salud, los colaboradores de

salud, los comités de salud, e inclusive, como en el caso de Panamá, inspectores o funcionarios del equipo de malaria que recorren todo el país.

El Dr. DE QUADROS (OSP) da las gracias a los Representantes por sus observaciones acerca de su exposición y aclara que su respuesta será de carácter general. En primer lugar, a propósito de las jornadas de vacunación y de las estrategias del Programa, señala que toda estrategia debe combinar una serie de tácticas, según se consigna en un documento aprobado por el Consejo Directivo de la OPS para las políticas de inmunización en la Región de las Américas. Como el grado de desarrollo de los servicios de salud en los diferentes países no es el mismo, las estrategias no pueden ser únicas y hay que recurrir a distintas combinaciones, como la vacunación regular en los servicios de salud, en los centros de salud, los hospitales, cualquier establecimiento de salud, las brigadas móviles, la vacunación casa-por-casa, las jornadas nacionales, etc.

Dado que, para determinar esas estrategias es imprescindible delimitar las zonas de riesgo y para ello es preciso contar con informaciones sobre los recursos existentes y sobre los problemas de la población, hay que proseguir el análisis a nivel municipal, cantonal o comunal. Los análisis de la cobertura son, entre otras cosas, indicadores del funcionamiento del programa de vacunación y, en última instancia, del de las propias infraestructuras de salud.

Con respecto a la participación de los organismos internacionales --más particularmente de la Asociación Rotaria Internacional y del UNICEF--a que hizo referencia el Dr. Borgoño, dice que el problema

mencionado, que no afecta exclusivamente a Chile sino a otros dos o tres países, se examinó en una reunión conjunta recientemente celebrada en Washington.

En este sentido, la Asociación Rotaria Internacional tendría que estudiar la posibilidad, previo estudio de la situación, de proveer de otros insumos al Programa, y no solamente vacunas, tal como ha hecho en casos excepcionales, aunque cabe recordar que ello entraña otros problemas respecto a sus donantes, para quienes la supervisión o vigilancia no significan gran cosa. A su juicio, el tema debe estudiarse más y abordarse en los comités nacionales de coordinación con la Asociación Rotaria en los distintos países afectados.

En cuanto a la situación mencionada por el Dr. Borgoño en relación con el UNICEF, parece haberse debido a que, como los fondos asignados no estaban disponibles aun, no hubo más remedio que utilizar los correspondientes al capítulo de supervivencia infantil. También en ese caso considera importantes las negociaciones en el plano nacional.

Por otra parte, estima que debe acrecerse el apoyo a las investigaciones, y no solo a las que versan sobre la vacunación en sí o sobre la eficacia de la vacuna sino también a las dedicadas a la propia utilización del servicio por la población, que se ha dado en llamar epidemiología de la no-vacunación y de las oportunidades perdidas de vacunación. Según dos estudios realizados en la Región--concretamente, en Nicaragua y en Costa Rica--más del 30% de niños que acuden a los centros de salud reúnen las condiciones necesarias pero no se vacunan. Por último, en relación con el "éxito" de las jornadas de vacunación observado en algunos países y no en otros, cree, corriendo el riesgo de

simplificar, que en el caso del Brasil y México citado por el Dr. Villacorta es atribuible fundamentalmente a una decisión política duradera. En el Brasil esa decisión pasó incluso la prueba de un cambio de gobierno, de un régimen militar a un gobierno civil. Lo mismo ocurrió en México. En cambio, en otros países esa decisión no existe. En El Salvador, por ejemplo, hubo un momento de gran indecisión respecto de la continuidad de la estrategia y, con mucha propiedad, se optó por seguir aplicándolo de una manera mucho más analítica.

El Dr. PINHEIRO (OSP) aclara, para aquellos que no estén familiarizados, que la red está constituida por seis laboratorios ubicados en varios puntos de la región: México, el INCAP, Colombia, el CAREC, la Argentina, y el Brasil. En la reunión celebrada en Lima en enero se observó la necesidad de mejorar esa red y, a partir de febrero, se tomó una serie de medidas con tal fin. En primer lugar se iniciaron pruebas de competencia, la primera de las cuales, que consistía en enviar muestras codificadas, ya ha concluido. Está comenzando la segunda y se espera que, de esta manera, los laboratorios logren afianzar su capacidad técnica. En segundo lugar cabe señalar la capacitación, sobre todo con el apoyo del CDC; se estableció una estrategia de capacitación en los laboratorios que más apoyo necesitaban. En tercer lugar, se elaboraron unos formularios que cada laboratorio debe suministrar todos los meses para verificar una serie de parámetros y saber cómo está funcionando cada laboratorio. Por último, ya han empezado las consultorías técnicas que, en lo sucesivo, durarán dos, tres semanas y hasta un mes, hasta que los laboratorios puedan atender las necesidades del Programa.

Señala por último que si bien el laboratorio del INCAP no ha alcanzado el nivel deseado espera que, para fines de año, la capacidad de la red llegue, si no al 100%, por lo menos a un 80%.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) declara que, además de demostrar la capacidad de la Región, pionera en la materia, este Programa pone esa capacidad al servicio de objetivos e iniciativas más ambiciosos. Si se logra erradicar la transmisión del virus salvaje de la polio y alcanzar los niveles de cobertura para las demás vacunas del PAI en el período fijado, quizá también puedan erradicarse otras enfermedades contra las que existen vacunas extraordinariamente eficaces o, incluso, conseguir objetivos que requieren otras formas de actuación.

Hace hincapié en que la clave para alcanzar estas metas estriba en la voluntad y en la firme decisión de perseguir los objetivos definidos y cumplir los compromisos fijados. Expresa su grave preocupación por la situación de algunos países que, por muchas razones, es peor que la del resto de la Región: Haití, Guatemala, el Perú y Bolivia, y más particularmente en los tres primeros. El último caso es, en su opinión, clara ilustración de las consecuencias negativas que tiene no mantener una decisión y un esfuerzo constantes. En efecto, tres o cuatro años atrás, mediante las jornadas de vacunación, Bolivia había alcanzado niveles de cobertura considerables que han disminuido sensiblemente como se consigna en los cuadros correspondientes.

A continuación, desea recalcar una vez más que en ningún país hay una estrategia única: en efecto, solo en 14 de los 46 territorios y países que componen la Región se está aplicando la estrategia de las

jornadas de vacunación, e incluso en esos casos se complementa con las demás medidas adecuadas. Pone de relieve el valioso papel que ha desempeñado el comité técnico-científico en el mantenimiento de esta orientación y en la adaptación del conjunto de estrategias a los países, a las condiciones epidemiológicas y a las características nacionales. Por último, con respecto a la situación del fondo rotatorio para la adquisición de vacunas, dice que, según el examen del informe financiero, al final del bienio ese fondo podría registrar un saldo relativamente importante para seguir prestando apoyo a los países. Ahora bien, ese saldo es prácticamente inexistente a la fecha por las dificultades que ha planteado el reembolso de las adquisiciones para algunos países. Desea dejar constancia de su preocupación porque la utilización de los recursos del fondo si no va seguida de un compromiso de restitución, esteriliza la capacidad para ayudar a los países.

Por último, señala que además de ser motivo de orgullo para la Organización, el programa que se examina es una demostración de lo que esta puede hacer.

The CHAIRMAN requested the Rapporteur to prepare a proposed resolution for consideration at a later session.

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

Item 5.1: Report on the Collection of Quota Contributions
Tema 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

El RELATOR da lectura al siguiente proyecto de resolución (PR/1):

THE 101st MEETING OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CE101/11 and ADD. I) and the report on Member Governments in arrears in the payment of their quota contributions to the extent that they are subject to the application of Article 6.B of the Constitution of the Pan American Health Organization;

Noting the provisions of Resolution VI of the XXXII Meeting of the Directing Council 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; and

Noting with concern that six Member Governments may be subject to the application of Article 6.B of the Constitution on the opening date of the XXXIII Meeting of the Directing Council,

RESOLVES:

1. To take note of the Report of the Director on the collection of quota contributions (Document CE101/11 and ADD. I).

2. To thank the Member Governments that have already made their payments for 1988 and to urge the other Member Governments to pay their outstanding quota contributions as soon as possible, so that the work of the Organization can continue and the financial burden of its program be shared fairly among all members.

3. To recommend to the XXXIII Meeting of the Directing Council that the voting restrictions contained in Article 6.B of the PAHO Constitution be strictly applied to Member Governments that by the opening of that Meeting have neither made substantial additional payments towards their fulfillment of their commitments or stated their intention of doing so by formal communication to the Secretariat.

4. To request the Director to continue to inform the Member Governments of any balances due and to report to the XXXIII Meeting of the Directing Council on the status of the collection of quota contributions.

LA 101a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CE101/11 y ADD. I) y el informe facilitado sobre los Gobiernos Miembros que están atrasados en el pago de sus cuotas hasta el punto de hallarse sujetos a la aplicación de Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando nota de las disposiciones de la Resolución VI de la XXXII Reunión del Consejo Directivo respecto de la aplicación de Artículo 6.B

de la Constitución de la OPS, relativo a la suspensión de los privilegios de voto de los Gobiernos Miembros que dejen de cumplir sus obligaciones financieras, y

Observando con inquietud que hay seis Gobiernos Miembros que podrían estar sujetos a la aplicación de Artículo 6.B de la Constitución a la fecha de la apertura de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CE101/11 y ADD. I).

2. Agradecer a los Gobiernos Miembros que ya han efectuado sus pagos correspondientes a 1988 y encarecer a los demás Gobiernos Miembros que abonen las cuotas pendientes lo antes posible a fin de que la labor de la Organización pueda proseguir y la carga financiera de su programa se pueda distribuir equitativamente entre todos los Miembros.

3. Recomendar a la XXXIII Reunión del Consejo Directivo que las restricciones relativas al voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen en forma estricta en el caso de los Gobiernos Miembros que, al iniciarse dicha Reunión, no hayan efectuado los pagos adicionales y sustanciales de sus obligaciones de pago o manifestado su intención de hacerlo por medio de notificación formal a la Secretaría.

4. Solicitar al Director que continúe informando a los Gobiernos Miembros acerca de los saldos adeudados y que informe a la XXXIII Reunión del Consejo Directivo acerca de la situación referente a la recaudación de las cuotas.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 4.3: MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMS
TEMA 4.3: PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

The CHAIRMAN drew attention to the Director's report (Document CE101/9) and asked Dr. Solis to present the item.

El Dr. SOLIS (OSP) dice que el tema corresponde al segundo informe sobre el estado de aplicación de la política de acción de la Organización Panamericana de la Salud en asuntos de población, aprobada en 1984. (Resoluciones CD XXX-VIII-84 y CD XXXI y XVIII-85).

Por razones de prioridad, tiempo y espacio, el informe del Director se limita a los aspectos directamente relacionados con la situación demográfica y con las actividades encaminadas a proteger los procesos de crecimiento, desarrollo y reproducción humana.

A pesar de la crisis por la que atraviesa la Región, en los últimos años se ha avanzado en mejorar la salud de la madre y el niño aunque persisten los problemas de disponibilidad, calidad y oportunidad de la información. Hacia 1988 siguen observándose en la Región grandes diferencias con respecto a los niveles y tendencias de los indicadores demográficos y de salud entre países y entre áreas geográficas, y entre estratos socioeconómicos dentro de los países.

La mortalidad general e infantil continúa descendiendo, y las causas perinatales han pasado a ocupar el primer lugar como causa de muerte en 21 de los 25 países que informan a la OPS. Sin embargo, existen aun cinco países, donde vive el 47,2% de la población, que no informan oportunamente. Las cifras conocidas de mortalidad materna son inaceptables. Baste mencionar que las posibilidades de que una mujer en América del Sur muera por causas asociadas al proceso reproductivo es más de 100 veces mayor que para una mujer del norte de Europa, y eso teniendo en cuenta que solo se registran en algunos países de la Región la mitad de las muertes maternas. Este es un indicador más de la postergación de la mujer en la sociedad y de las dificultades para su acceso a los servicios de salud. La natalidad y la fecundidad continúan disminuyendo, al igual que el crecimiento natural, estimándose que para el año 2000 este último será de alrededor del 1,67%, lo que supondrá un período de duplicación de 40 años. Sin embargo, América Latina continuará creciendo dos veces más rápidamente que los países desarrollados.

La población sigue siendo predominantemente joven, y el grupo de 15 a 24 años representa aproximadamente el 20% de ella. La urbanización acelerada se considera el fenómeno demográfico del decenio y es preocupación importante de los Gobiernos Miembros, previéndose que el 76% de la población será urbana al finalizar el siglo, en que habrá en la Región nueve ciudades de más de 5 millones de habitantes y 14 ciudades de una población comprendida entre 2 y 5 millones. Se destaca la importancia de las corrientes migratorias internas y externas involuntarias, derivadas de conflictos políticos en la Región y se llama la atención sobre el problema del niño en situación irregular, calculándose que existen 26 millones de niños a los que se niegan sus derechos fundamentales.

Los datos disponibles y las estimaciones indican que 13 países no alcanzarán la meta regional de esperanza de vida mayor de 70 años y 15 países no alcanzarán hacia el año 2000 la meta regional de mortalidad infantil menor de 30 por mil nacidos vivos. Por lo tanto, se deben continuar los esfuerzos e incrementar la eficacia y efectividad de las acciones si se desea dar cumplimiento a los compromisos colectivos regionales. Se propone al Comité que se estudien formas de acción solidaria hacia países, áreas y grupos que estén por debajo de los promedios regionales y de los países.

Del análisis de las estrategias de acción aprobadas por los Cuerpos Directivos en 1984 y 1985 se desprende que estas continúan vigentes y que se han desarrollado y ajustado a la situación las

prioridades programáticas de la Organización enunciadas en los principios básicos de acción para el período 1987-1990. Los aspectos de población dejaron de ser responsabilidad de un grupo para convertirse en responsabilidad de toda la Organización.

Se señala la necesidad de que el sector salud continúe participando en la discusión, diseño y ejecución de las políticas de población. Se requieren esfuerzos especiales para mejorar los sistemas de reunión, análisis y uso de la información en la toma de decisiones, y se solicita actualizar sobre bases permanentes la situación de salud maternoinfantil y planificación familiar de forma que permita ajustar las actividades y los servicios a las necesidades reales, mejorando a la vez el proceso de programación local. Se destacan las acciones de coordinación y trabajo conjunto y colaborativo en el área de investigación que se han realizado en 21 Países Miembros, y se pone a consideración del Comité la necesidad de mejorar el proceso de selección y reincorporación de los becarios al regresar a sus países, a fin de lograr la integración de los distintos componentes del programa durante las actividades de capacitación.

La integración de los servicios maternoinfantiles y de planificación familiar es una realidad en la Región de las Américas, y en la mayoría de los países ha llegado el momento de buscar, además de la extensión de la cobertura tradicional, la calidad de los servicios y de atender prioritariamente a las necesidades de los adolescentes. También resulta impostergable el diseño y ejecución de planes de acción para reducir la mortalidad materna y perinatal, que contengan estrategias

orientadas a lograr el apoyo político y legislativo y el desarrollo de mecanismos que aseguren la movilización y participación de la mujer, las comunidades y la sociedad.

La organización de las actividades de atención maternoinfantil, sobre adolescentes y de planificación familiar se dará dentro del marco de la estrategia de fortalecimiento de los sistemas de servicios locales de salud, contribuyendo a su desarrollo y dinamización.

Por último se destaca cómo los esfuerzos de coordinación de la Organización con organismos del sistema de las Naciones Unidas (FNUAP, UNICEF y UNESCO) con organismos gubernamentales (CEE, AID, CIDA, GTZ) y no gubernamentales (Carnegie, W. K. Kellogg, Pew Charitable Trusts) han permitido ampliar la movilización de recursos a nivel de país, a nivel de fondos regulares de la OPS y de fondos extrapresupuestarios. Debe seguirse apoyando la coordinación con la OMS y en particular dentro de la Organización y los programas.

Expresa la esperanza de que el examen del documento de referencia y las reflexiones hechas induzcan a los Cuerpos Directivos a ajustar las estrategias vigentes y conferir nuevos mandatos que permitan seguir avanzando y hacer frente mejor al último decenio del siglo XX.

Dr. HINMAN (United States of America) expressed appreciation for the report. He emphasized that the emergence of AIDS throughout the Americas would pose problems which would go beyond AIDS prevention activities themselves, and the Organization's planning documents needed to take into account the potential impact of HIV infection on maternal and child health services. It was not clear in the document that

particular stress would be laid on supporting breast-feeding as a means of improving nutrition of young children. That was an important component of the MCH program.

Ms. PHILLIPS (Special Subcommittee on Women, Health and Development) said that the matter of maternal and child health was one that was uppermost in the minds of members of the Subcommittee on Women, Health and Development. The Subcommittee was most concerned about teenage pregnancies, which was a growing problem in the Region. In 60% of the teenage pregnancies, the fathers were much older than the teenage mothers. The fact again reflected the importance of education, and of changing the habits and behavior of some men in the Region. The Subcommittee was further concerned about the fact that more children were being born with AIDS, and that problem would have to be addressed. Finally, the Subcommittee was concerned about the problems of mothers of children whose fathers were not present to provide the kind of support they needed to be the best possible mothers to their children. That was an emotional, economic and social problem that should be given some attention within the Region.

El Dr. BORGÑO (Observador, Chile) desea agradecer al Dr. Solis su exposición y referirse a ciertos problemas. Señala en primer lugar que la mortalidad materna es un indicador excelente, porque la inmensa mayoría de las muertes pueden impedirse, de ahí que la acción de salud en los servicios y en los programas pueda ser extraordinariamente eficaz. Indica que en algunos países como el suyo, si bien es cierto que las

muerres por aborto y la morbilidad con hospitalización han disminuido sensiblemente, la importancia relativa del aborto como causa de mortalidad materna se mantiene. Del análisis de los aspectos epidemiológicos se desprende que, muchas veces, el fenómeno está vinculado con los embarazos no deseados de las adolescentes. En su opinión, es preciso reforzar los estudios sobre la mortalidad materna. En segundo lugar, se refiere al problema de las adolescentes, que es de enorme relevancia, y señala un fenómeno nuevo, el de los embarazos muy precoces que, a su modo de ver, merecería un programa especial. En cuanto a la investigación, centrada principalmente en los objetivos del programa especial de reproducción humana, cree que debería caracterizarse por una visión más global, y no referirse exclusivamente al campo biomédico sino también a la ejecución de los programas. Al igual que en el caso del Programa Ampliado de Inmunización, le parece imprescindible que los estudios sobre la mortalidad materna se hagan por comuna también. La mortalidad materna media no siempre refleja la realidad de todo el país. Destaca el interés de los estudios de la OMS sobre otras regiones e insiste en la necesidad de contar con mejor información sobre los fondos para la investigación, como por ejemplo el del FNUAP o los de otros organismos para que los países puedan realizar algunas investigaciones operacionales. Por último desea rendir homenaje a las profesionales de la colaboración médica gracias a las cuales este programa ha podido avanzar, ya que cumplen una función fundamental, habida cuenta de la escasez de médicos o de su distribución.

El Dr. QUIJANO (México) felicita a los responsables del Programa Maternoinfantil por la presentación del informe y por el impulso que, desde hace ya muchos años, imprimen a los programas de los países. Aunque las cifras no sean demasiado favorables--en algunos casos la mortalidad llega hasta el 60, 70 u 80, cuando no debería pasar del 10 ó 15%-- el programa es digno de mención. En su opinión, ha llegado el momento de que el grupo que se dedica a la atención maternoinfantil en la OPS se integre a los SILOS, los sistemas locales.

Encomia asimismo los nuevos lazos de cooperación con fundaciones o instituciones no gubernamentales y la función de coordinación que cumple el Programa de Salud Maternoinfantil. Por último, acoge con beneplácito la inclusión en el documento del anexo relativo a las causas de mortalidad materna, del caso publicado en la Crónica de la OMS en 1986, en que el Dr. Fathalla cuenta la historia de una persona que no hubiera muerto si hubiera sido correcta y oportunamente atendida.

El Dr. VILLACORTA (El Salvador) considera que, aunque el Programa de Salud Maternoinfantil ha desarrollado acciones muy positivas en beneficio de los niños de América Latina, que se han traducido en un aumento de los niveles de supervivencia infantil en los países de la Región, no se puede hablar de supervivencia infantil cuando la mortalidad materna es elevada. La Organización aborda así un proyecto de supervivencia materna que redundará en favor del proyecto de supervivencia infantil, y por ello la felicita y le pide que prosiga esa labor.

El Dr. RODRIGUEZ (Argentina) desea sumar la suya a las expresiones de felicitación por el informe al Dr. Solís y el Documento CE101/9, y por los programas de salud maternoinfantil que constituyen uno de los motivos de orgullo de la Organización. Como el Representante de El Salvador, desea referirse a la mortalidad materna porque el indicador correspondiente o la tasa bruta de mortalidad materna revela problemas significativos, aun en países relativamente desarrollados dentro de la Región de las Américas. Particularmente dignos de mención son los resultados que se obtienen del cotejo de los diagnósticos de los certificados de defunción de mujeres en edad fértil, que no fueron internadas por un parto ni por patologías vinculadas con la concepción y la historia clínica de la mujer. A su juicio, debería insistirse en la educación de los profesionales a la hora de describir y calificar las causas de muerte en mujeres jóvenes internadas por causas aparentemente no relacionadas con el embarazo y la concepción. Los primeros resultados tienen que ser una alerta para el resto de los países integrantes de la Organización y destaca la necesidad de ampliar los estudios sobre el tema ya que quizá se ignore o por lo menos se subvalore un indicador que puede ser sumamente importante para medir la eficacia de los servicios de salud.

El Dr. VILLALBA (Uruguay) expresa sus felicitaciones a Dr. Solís y destaca la importancia de la salud maternoinfantil por los múltiples elementos que comprende, vinculados directamente al problema de la madre, los niños, la nutrición, la salud mental, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias, las inmunizaciones, la educación para la salud, e inclusive, dentro del programa médico general, la detención

precoz de la enfermedad. En particular desea poner de relieve, dentro del programa de salud maternoinfantil, la función del equipo de salud, y no solamente la que cumple el médico sino también la de los demás profesionales y auxiliares de la salud. Por otra parte, subraya el papel de la formación y la práctica médicas, entendidas también como el trabajo en la propia comunidad con los medios que allí existan. En su país, a principios de 1985 la mortalidad infantil se elevaba al 30,6% y a finales de 1987 al 23,3. Ahora espera obtener antes de 1990 los resultados previstos para 1995.

En último lugar, considera necesario insistir en los grupos de población marginados que carecen de otros tipos de servicios.

El Dr. TROYA (Ecuador), tras expresar sus felicitaciones al Programa de Salud Maternoinfantil, subraya que el problema debe ser abordado globalmente. Cita el caso de su país, donde se ha podido aplicar un programa de supervivencia infantil, que incluye inmunizaciones, lactancia materna, control del crecimiento y desarrollo, control de diarreas y control de infecciones respiratorias. Es de esperar que se añada un nuevo componente a ese programa múltiple, el del control de la mortalidad materna. Considera que, en lo sucesivo, cabe asignar mayor importancia a las zonas urbano-marginales, donde los problemas serán cada vez más difíciles de resolver.

El Dr. SOLIS (OSP) agradece las felicitaciones por el Programa. En cuanto al SIDA, el Programa ha sido designado como coordinador que debe estar constantemente en contacto con el Dr. Zacarías. La acción emprendida ha consistido sobre todo en transmitir las normas y la

información a los grupos de salud maternoinfantil de los países. Es indudable la importancia de la lactancia materna para el niño y, por su aspecto contraceptivo, para la mujer, particularmente en algunas sociedades indígenas donde aun no han llegado los anticonceptivos.

La mortalidad materna es en efecto un tópicó en el que convergen la falta de acceso a los servicios de regulación de la fecundidad de las mujeres, las más pobres, las analfabetas, las campesinas y las marginadas. Por esa razón se decidió incluir en el informe la historia de la mujer X, para dar cuenta de una serie de factores que se van sumando: el analfabetismo, la condición socioeconómica, la falta de acceso temprano a un control prenatal, la ausencia de salas de maternidades aptas para resolver los problemas cuando son detectados, etc. A su juicio, debe haber una investigación orientada a la acción inmediata, que permita ir evaluando las intervenciones de los programas

En cuanto a la adolescencia, señala que la Región de las Américas no escapa a los problemas mundiales: en números absolutos, la presión demográfica de este grupo de edad está ocasionando un aumento del número de nacimientos en madres adolescentes. Aunque, desde el punto de vista médico, hay quien afirma que después de los 16, 17 años la adolescente se comporta obstétricamente como mujer, no hay que perder de vista las repercusiones sociales del embarazo de una adolescente. En la Asamblea Mundial se decidió crear un programa de adolescencia con identidad y presupuesto propios. En la Región de las Américas ya se está afinando el plan de acción.

En cuanto a los fondos y su origen, además de los del programa de reproducción humana aclara que si bien existen otras fuentes, FNUAP, los propios de la Organización y otras, son pocos en relación con la necesidades de investigación en el área maternoinfantil. De ahí que haya habido que fijar prioridades, una de las cuales es la investigación sobre los servicios de salud. Por esta razón, señala, se hace hincapié en la necesidad de la calidad y no solamente en la cobertura. Como lo solicitan los países, es preciso continuar los esfuerzos de integración, sobre todo en los niveles primarios de atención. La estrategia de fortalecimiento de la infraestructura de los servicios locales de salud es, en su opinión, una brillante oportunidad para que el programa de salud maternoinfantil permita ir definiendo en el nivel local los aspectos de programación, así como los de capacitación y de administración de los programas básicos de salud.

Por último, aclara que la Organización ha hecho un esfuerzo especial para trabajar y ampliar la red de colaboradores financieros. Pocos países tienen una cartera de proyectos. En lo sucesivo, los países tendrían que ir preparándolos para que, cuando haya fondos disponibles, se puedan negociar con mayor premura y sin dilación alguna.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director OSP) desea hacer algunas observaciones, aunque sea repitiendo a veces conceptos ya expresados, pero quizá con una dimensión diferente.

Ante todo, quiere señalar la gran importancia que tiene el estudio y el conocimiento de las características de las poblaciones de la Región. Entender la dinámica y el estado de las poblaciones es una de las bases esenciales, no solo para las actividades de programación, sino

sobre todo para orientar los programas que la Organización desarrolla, entendiendo la palabra en su sentido más amplio: gobiernos, países y sociedades.

La población de América Latina y del Caribe está experimentando procesos de transformación muy rápidos. El Dr. Solis mencionó la reducción, casi espectacular, de la fecundidad y de la natalidad y, como consecuencia, a pesar de la reducción paralela de la mortalidad, la disminución del crecimiento natural de la población, aunque se mantenga a un ritmo bastante acelerado. Sea como fuere, la evolución interna del crecimiento de la población ha hecho que los demógrafos estén continuamente realizando las estimaciones de población global para el año 2000. Hace cinco años las que se utilizaban en la Organización para el año 2000 eran de 620 millones de habitantes. Hoy en día se está trabajando ya con estimaciones que varían pero que indican una cifra comprendida entre 580 y 600 millones de habitantes.

Pero no es solo en la dinámica de la población donde están ocurriendo los cambios. El Dr. Solis hizo mención de la composición, la estructura por edad, aunque solo dijo que es una población joven y que la participación relativa de los grupos de población se mantiene más o menos estable. La realidad es que se está experimentando un envejecimiento bastante grande de la población, como se vió al tratar del programa de la mujer.

Esto hay que subrayarlo porque no se trata solo de los problemas de la reproducción, sino del problema de la salud integral de la mujer, que adquiere cada vez más importancia en las preocupaciones de la Organización. Hasta el nombre tradicionalmente utilizado de salud materno-infantil ha quedado un poco superado.

Y por último se habló también del problema de la urbanización. Ese 76% de la población que vive en ciudad, cuando además los patrones de comportamiento de la población rural están transformándose y haciéndose cada vez más parecidos a los de las poblaciones urbanas, es un desafío que la sociología no ha estudiado suficientemente.

Todo ello tiene una importancia capital para las actividades de salud, y por eso no es casual que a la Organización le interesen tanto los problemas de población. En este sentido, no se está haciendo lo suficiente en el sector salud, pero se está haciendo bastante. Desea llamar la atención también sobre el problema de los indicadores, ya que se siente además de una profunda vergüenza al ver, por ejemplo, que en América del Sur las mujeres se mueren por razones vinculadas con su actividad reproductiva cien veces más que las de Europa del Norte. Aunque no sea mucho en términos absolutos, como decía el Dr. Borgoño, de cada 100 mujeres que mueren, 99 no debían morir, y eso es mucho más que un simple indicador: esto es una manifestación del profundo fracaso y la profunda irresponsabilidad social que las sociedades de la Región han tenido a lo largo de la historia.

El Dr. Solis mencionó también que por lo menos 13 países no cumplirán las metas establecidas en relación con la esperanza de vida, es decir, no podran reducir sus tasas de mortalidad para alcanzar las metas de esperanza de vida al nacer establecidas en el Plan de Acción Regional, y 15 no alcanzarán la meta establecida para la mortalidad infantil, a saber, 30 por mil nacidos vivos. En América Latina se producen por lo menos 700.000 muertes de niños por causas que podrían ser evitadas con los recursos de que se dispone, si se utilizan eficientemente. Es

posible evitar esa mortalidad, y basta considerar lo que se ha hecho en algunos países de la Región, como los del Caribe de habla inglesa, Cuba, Costa Rica y Chile, países con situaciones muy diferentes desde el punto de vista político, administrativo, y desde el punto de vista de su tamaño y su desarrollo económico. Sin embargo, todos ellos tienen tasas de mortalidad infantil inferiores a 20, y algunos ya han disminuido a 14 por cada mil nacidos vivos.

El ingreso per cápita de esos países es más o menos el ingreso per cápita medio de América Latina en su conjunto. Un país, como el Brasil se enorgullece de ser la octava Potencia económica del mundo occidental en términos de producto interno bruto y, sin embargo, tiene una mortalidad infantil registrada de 68 muertos por mil nacidos vivos. Hay que hacer algo, y es posible hacerlo, tal como ilustra el Programa Ampliada de Inmunización. Una vez más, aparece el problema de la voluntad y la decisión.

El Dr. Solís ha mencionado que no es solamente el problema de la cobertura lo que debe preocupar, sino que hay que pensar en la calidad de la atención. Esto representa un desafío mucho más complejo. Según los datos, el Estado de Sao Paulo es el más rico del Brasil, con un ingreso per cápita estimado hoy en US\$5.000, más o menos comparable al de algunos países del sur europeo, donde la cobertura de la atención profesional o institucional al parto supera el 90%. Sin embargo, la mortalidad materna es una de las mayores de la Región. Esto confirma que no basta pensar solo en la cobertura, y que es necesario abordar el problema de la calidad. Entre los programas regionales de la Organización, este Programa es digno de elogio, pues es el que más ha avanzado en el

esfuerzo por evaluar la calidad y eficacia de los servicios. Se han analizado 1.500 servicios, pero esta experiencia y estas iniciativas representan una base, o por lo menos una de las contribuciones más fundamentales para desarrollar métodos de evaluación de la eficiencia de los servicios locales de salud en su conjunto. El análisis de los datos de vacunación es una necesidad que, como el análisis de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, debe hacerse en términos de servicios locales. Este nuevo desafío de la calidad obliga a preocuparse cada vez más por las mujeres de edad avanzada y las adolescentes, es decir, por la salud de la mujer como un todo. Debe destacarse el adelanto, muy significativo, que se ha hecho en el trabajo cooperativo con los otros organismos de cooperación, tanto internacionales como gubernamentales, bilaterales, y no gubernamentales de carácter internacional. En particular, hay que reconocer el excelente trabajo realizado con el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población.

Sin embargo, este esfuerzo no debe limitarse exclusivamente a la coordinación a nivel internacional, pues dentro de cada país hay gran cantidad de instituciones que están trabajando y todavía no han sido incorporadas, por lo menos en muchos casos, al esfuerzo común por la salud, y en particular por la salud de las madres, las mujeres y los niños de América Latina. Ese esfuerzo de coordinación interna en cada uno de los países no es todavía suficiente. Conviene mencionar una experiencia que se está tratando de desarrollar en Centroamérica, mediante la elaboración de un programa integrado para la promoción de la mujer y la salud en el desarrollo que incluye los aspectos de salud, pero

también aspectos económicos, sociales, culturales, jurídicos, etc., y que quizá sea una buena oportunidad para aprender a trabajar de una forma más integrada en asuntos tan importantes.

La población materno-infantil representa por lo menos más de 70% de la población global, y ninguno de los programas de salud es tan importante como este en cuanto al esfuerzo por desarrollar la capacidad de prestación de servicios de salud. Es a este desafío al que se pretende dar respuesta mediante la integración del programa con el desarrollo de los sistemas locales de salud, en el proceso de transformación de todos los sistemas nacionales de la Región. Es un desafío que implica el cambio, y casi la revolución, de las formas de trabajo empleadas hasta hoy. Si no puede lograrse, la salud para todos quedará simplemente como un lema.

The CHAIRMAN asked the Rapporteur to prepare a proposed resolution on Agenda Item 4.3.

The session was suspended at 4:10 p.m. and resumed at 4:30 p.m.
Se suspende la sesión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.

ITEM 4.5: JOINT PLAN OF ACTION FOR THE ANDEAN SUBREGION
TEMA 4.5: PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LA SUBREGION ANDINA

El Dr. OCHOA (Subdirector, OSP) dice que los países de la Subregión Andina concertaron hace casi 20 años un acuerdo global, el Acuerdo de Cartagena, tendiente a buscar el desarrollo equilibrado de los diferentes países de la Subregión, así como una serie de convenios sobre educación, seguridad social y salud, entre ellos el Convenio Hipólito Unanue, con cuya Secretaría la Organización suscribió un acuerdo de cooperación técnica para apoyar las actividades de la Subregión.

Cabe señalar también una serie de convenios bilaterales entre los gobiernos limítrofes para tratar de resolver problemas comunes, así como el Tratado de Cooperación Amazónica que, además de los países del Grupo Andino, incorpora al Brasil, Guyana y Suriname y procura aunar esfuerzos para resolver problemas comunes, especialmente en las zonas fronterizas. Con esos antecedentes, y siguiendo la política general de la Organización en cuanto a desarrollo de iniciativas regionales, los países del Grupo Andino prepararon una propuesta concreta de iniciativa que se presentó a la Conferencia Sanitaria Panamericana hace unos años. La Conferencia aprobó esa iniciativa, pidió a los Gobiernos que cooperaran con ella y solicitó al Director que informara cada dos años sobre los adelantos obtenidos. Se realizaron ulteriormente dos reuniones importantes de los Directores Generales de Salud de los Países Andinos que actúan como puntos focales de esa iniciativa, en las que se examinaron las áreas prioritarias acordadas por los Ministros y se aprobó un documento que alude a dichas áreas prioritarias y a estrategias generales de objetivos concretos.

La iniciativa de Cooperación Andina en Salud, con el lema "Los Andes Unidos por la Salud", tiene el propósito de utilizar primero los recursos nacionales y subregionales, y lograr la movilización de recursos externos, especialmente mediante la cooperación entre países y otras series de recursos bilaterales o multilaterales en apoyo de esas seis áreas prioritarias. En el área de malaria los Gobiernos hicieron hincapié en la estratificación, la epidemiología, la educación y el adiestramiento de personal, la compra conjunta de insumos básicos y el sistema de información. En el área de salud maternoinfantil, se ha

insistido en la vigilancia y evaluación del progreso de los programas y del problema en su conjunto, la capacitación de personal, la educación y movilización de la comunidad y el suministro de insumos básicos para el programa. En el componente de farmacodependencia se ha señalado particularmente la importancia de desarrollar centros colaboradores, la capacitación y desarrollo de recursos humanos, los estudios epidemiológicos que indiquen con mayor precisión la magnitud y las características del problema de la farmacodependencia en la región y la movilización de recursos para abordar ese tipo de problemas. La cuarta área, medicamentos esenciales, abarca los cinco o seis componentes del programa regional en este tema: políticas de producción, sistemas de suministro, calidad, investigación y educación sobre el uso de medicamentos. Se ha hecho hincapié fundamentalmente en el sistema de suministros, el control de calidad y la educación e información sobre la mejor utilización de los medicamentos.

La quinta área, infraestructura de los servicios de salud, aborda el fortalecimiento del proceso de descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud, el desarrollo gerencial y las actividades de mantenimiento de equipo. Finalmente, se incorporó la preparación para emergencias y la atención de desastres, área en la que se acordó dar énfasis especial a la formulación de programas nacionales, particularmente el desarrollo de unidades en los ministerios de salud, la institucionalización de la enseñanza en este campo, la participación de la comunidad y la educación del público en general, la coordinación de las actividades vinculadas con la prevención y la atención de emergencias a

escala nacional, subregional e internacional, la formación de personal y el desarrollo de investigaciones cooperativas y evaluativas de los desastres que se presentan.

En las seis áreas se han logrado avances importantes. En el área de infraestructura, está previsto celebrar en Santa Cruz en agosto una reunión sobre el desarrollo de los SILOS, basada en recursos regionales y con una participación muy activa de la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue; se ha preparado un proyecto sobre desarrollo gerencial, enviado al PNUD y a España, para buscar su financiamiento; en cuanto al mantenimiento, se celebró este año en Cochabamba una reunión subregional donde se analizó un estudio hecho previamente por un consultor de la Organización que dió origen a un proyecto de unos US\$30 millones. En el área de salud materno-infantil, el programa fue objeto de evaluación y se está preparando una nueva reunión en Venezuela para continuar las actividades de tipo subregional. Este programa recibe el apoyo regular de la Organización y de otros organismos como el UNICEF.

En cuanto a medicamentos, se ha hecho una propuesta a la Organización Mundial de la Salud, que ha prometido una ayuda de unos \$200.000 para el uso racional de medicamentos. Se está difundiendo la información sobre las restricciones en los costos de los medicamentos, para mejorar el sistema de compra conjunta a nivel subregional. Están en preparación un proyecto para el Ecuador, con la posibilidad de extenderlo a Colombia y Bolivia, y otro sobre control de calidad que ha sido enviado a España, y hay posibilidades de trabajar muy estrechamente con SELA, el Servicio Económico Latinoamericano, en el ámbito de la comercialización y producción.

En el caso de la malaria, se han desarrollado una serie de actividades con apoyo especialmente de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, en favor del Ecuador, Bolivia y el Perú, y se ha designado un consultor de la Organización en Caracas, con la misión de promover el estudio y la realización de proyectos nacionales y entre países en el área de la malaria y las enfermedades transmitidas por vectores. En la quinta área, farmacodependencia, existen ya dos centros colaboradores, uno en Colombia y otro en el Perú. Se está preparando un documento de trabajo para un proyecto de carácter subregional, con la participación de otras instituciones, incluso ajenas al sector de la salud, que participan en el control de la farmacodependencia, con posibilidades de financiamiento por parte de UNDAC y de DANIDA. En el área de desastres, la Organización cuenta desde hace años con recursos importantes de la USAID y de la CIDA, del Canadá. Se está preparando este año un proyecto subregional por valor de \$1.700.000, con posible financiamiento del Gobierno de Italia. SELA tiene también mandato para colaborar en un programa regional sobre prevención de desastres y socorro en casos de emergencia.

Finalmente, la Organización, tanto a nivel de país como regional, continúa apoyando con sus recursos las actividades de estas seis áreas en todos los países. Se ha preparado un documento general, aprobado por los ministros en 1987 con toda la información sobre la iniciativa, y se ha de elaborar un resumen ejecutivo, destinado a otros organismos o instituciones potencialmente interesadas en contribuir a su financiamiento. Está previsto celebrar en agosto, en Bogotá, la reunión de los Directores Generales de Salud, a fin de analizar el desarrollo

alcanzado y revisar toda la cartera de proyectos. Se confía en que, en la próxima reunión de los Ministros de Salud, se pueda considerar dicha cartera de proyectos, evaluar los progresos y obtener financiamiento de otros organismos.

El grupo de países de la Región Andina presenta problemas comunes y un marco político general y específico para la realización de acciones conjuntas. Hay un plan de acción general aprobado por los Gobiernos, y se dispone de recursos en los propios países y de una capacidad instalada importante. Afortunadamente, se está en un proceso de despegue gracias a la decisión política manifestada en los últimos meses, decisión que debe mantenerse por todos los países.

El Dr. TROYA (Ecuador) subraya la importancia de la cooperación técnica entre países en desarrollo, pues los países de la Subregión Andina, además de sus fronteras, tienen una historia, culturas y objetivos comunes, y hacen frente a problemas de salud similares. Es necesario fortalecer la integración andina, comenzando por la salud pero sin descuidar los otros sectores que llevan a la integración. En este contexto, el Ecuador ha apoyado, en la medida de lo posible, los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud y del Convenio Hipólito Unanue tendientes a fortalecer la integración andina en materia de salud, como ilustra la celebración en Quito de la última reunión de Ministros de Salud del Area Andina, y la Reunión Subregional Andina sobre Medicamentos. El Gobierno del Ecuador acaba de firmar dos convenios de cooperación técnica en esa esfera con Colombia y el Perú; uno fue producto de reuniones previas en Pasto, al sur de Colombia, y el Convenio

Sanitario con Perú fue el resultado de una reunión técnica previa convocada en Tumbes, Ecuador. Está previsto celebrar en los próximos meses reuniones de trabajo con Colombia y el Perú para dar cumplimiento al plan de actividades relativas a esos convenios. Estas reuniones han de llevarse a cabo en las ciudades ecuatorianas de Ibarra y Machala, respectivamente.

En este mismo contexto, el Ecuador continúa tratando de contribuir a fortalecer la integración andina mediante una propuesta que somete a la consideración del Comité Ejecutivo y que consiste en la creación de un Instituto Subregional Andino de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud. Dicho Instituto tendría su sede en Quito y utilizaría una infraestructura ya existente en el país; esta infraestructura pertenece al Instituto de Investigaciones y Desarrollo de Salud, institución adscrita al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y financiada con sus propios recursos. El Instituto de Investigaciones del Ministerio de Salud, a su vez, surgió de la fusión de dos institutos anteriores, el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médicosociales y el Instituto de Recursos Odontológicos para el Area Andina, unificados por el decreto ejecutivo presidencial que creó el Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Salud. El Instituto dispone de sus propios recursos, y lo que se pide es sólo el respaldo internacional de la OPS para que se convierta en Instituto Subregional Andino de Investigación.

Se están haciendo gestiones asimismo ante la Organización Mundial de la Salud para llevar a cabo un proyecto de centro OMS en salud oral, como parte del mencionado Instituto Subregional Andino de

Investigaciones, que estaría integrado por un componente de medicina social, otro de nutrición y un tercero de investigaciones odontológicas. Existe actualmente un centro OMS de este tipo en el continente africano y otro en el continente asiático, y este ecuatoriano podría ser el tercer centro OMS en salud oral, para el continente latinoamericano.

El Dr. URQUIETA (Observador, Convenio Hipólito Unanue) dice que el Convenio ha trabajado con la OPS/OMS en un proyecto subregional andino desde hace 17 años, cooperando en el mejoramiento de la salud pública. En años anteriores, sus temas y especialidades estaban un poco diversificadas, pero a partir de 1987 ha circunscrito sus tareas a sus programas referidos. Fundamentalmente, el programa parte de particularidades, esencias y conductas comunes, a fin de buscar estrategias también comunes para cumplir tareas de mejoramiento de la salud acordes con las necesidades críticas de la subregión.

Cuando se habla de los temas críticos de la salud en el área subregional, la estrategia se define a partir del país, y en algunos casos los elementos de cooperación técnica y económica se condicionan a las propias posibilidades de los Estados. Para el Convenio Hipólito Unanue, ésta es una posición poco realista, pues se atiende exclusivamente a criterios técnicos y no racionales.

Las áreas críticas de la subregión tienen indudablemente una serie de razones; no es que la gente no esté haciendo nada --quizás está haciendo mucho, y sin embargo los problemas de salud no han mejorado dentro de los marcos e índices previstos, e incluso en áreas como la

malaria se han agravado. Los temas de mortalidad infantil por desnutrición o malnutrición son igualmente preocupantes. Es necesario que el liderazgo asumido tan provechosamente por la OPS/OMS no se debilite, ni se condicione la ayuda que se presta a los países. No es que dicha ayuda no sea útil, pero conviene no olvidar que, a pesar de la tarea cumplida, la que queda por realizar es aún abrumadora. En consecuencia, si se razona a partir del fenómeno de la crisis, es lógico pensar que las acciones deben estar condicionadas por la necesidad y no por conceptos de orden teórico o administrativo. Donde hay problemas de salud agudos y los índices de mortalidad levantan una voz muda de protesta, se debe tener la suficiente sensibilidad para acudir con los recursos y medios necesarios.

El Convenio Hipólito Unanue trata de ingresar en una etapa de mejor organización institucional y mayor representatividad en los cinco países del Area Andina, pero otra vez debe hacer frente a los problemas derivados de la crisis económica, fenómeno comun en esa área. Por tal razón, el Secretario Ejecutivo desea pedir a todas las personas reunidas en esta oportunidad que se revisen con relación a la Subregión Andina las condiciones cada vez mayores que se han venido imponiendo en los últimos años.

Ms. FEENEY (United States of America) said that, although the Joint Plan of Action had been on the agenda several times, little progress had been achieved in the development of the initiative. She pointed out that while 12 pages in Document CE101/6 were devoted to a review of the origin and objectives of the Plan, achievements were

highlighted in less than two pages and only one page dealt with future actions. It would be useful to know the Director's views regarding the momentum of that important initiative.

The six priority areas had been well chosen. The United States looked forward to more detailed project identification documents related to those areas and to a report listing the resources mobilized and those still required. The development of specific, defined activities including goals and benchmarks might help to attract the political commitment and external resources necessary for the success of the Plan.

El Dr. OCHOA (Subdirector, OSP) agradece las observaciones de los Dres. Troya y Urquieta, se felicita por la iniciativa del Gobierno del Ecuador, e invita al Director a responder a las preguntas y comentarios hechos por la Representante de los Estados Unidos de América.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) empieza diciendo que está plenamente de acuerdo en que la iniciativa ha tenido un progreso limitado hasta la fecha. En el caso de la Región Andina, a pesar de todos los factores que, teóricamente, son favorables y que de hecho lo son, como el tener una historia común (aunque la historia común divide también a veces) y una cultura similar, y compartir físicamente una sola región geográfica, las actividades o propuestas de integración han venido encontrando obstáculos cada vez más importantes, sobre todo en los últimos años. En los últimos años hasta 1986, porque, a partir de 1987 y quizá ya a finales de 1986, hay una especie de nuevo impulso para fortalecer los mecanismos de integración regional, comenzando por el propio Acuerdo de Cartagena.

El Convenio Hipólito Unanue tampoco escapó de esos problemas y recientemente tuvo una evolución bastante desfavorable que el Secretario Ejecutivo calificó de dificultades de falta de interés de la identificación de objetivos concretos de interés común. Sin embargo, en los dos últimos años, se han hecho algunos progresos importantes. En el plano político, se llegó finalmente, a finales de 1987, a la decisión colectiva de aprobar un documento que, en las reuniones anteriores de la Conferencia y del propio Comité en que se presentó la iniciativa, no había tenido la aprobación formal de los dirigentes políticos del sector salud, es decir de los ministros de salud.

En esta etapa, hay que desarrollar una actividad intensa para transformar las áreas y las orientaciones en propuestas operativas más concretas. En algunas áreas eso se ha hecho ya con muchas actividades, sobre todo en el área materno-infantil, en la que se desarrollaron varias actividades, no tanto como actividades comunes entre países, sino como actividades nacionales, pero fueron complementarias entre sí y pudieron sumarse en el contexto de la Subregión. La transformación en propuestas operativas para la elaboración de proyectos que puedan ser objeto de financiación por los propios gobiernos, los cuales pueden ser a su vez instrumentos para movilizar el apoyo complementario del exterior, pero sobre todo pueden transformarse en instrumentos de acción concreta en cada uno de los países: este es el esfuerzo que se trata de realizar ahora.

Personalmente, estima que se va a avanzar en algunas de las áreas que en estos momentos parecen presentar un interés no solo percibido intelectualmente, sino realmente sentido por todos los gobiernos. Así

ocurre, por ejemplo, en el caso de la malaria, sobre todo si hay posibilidad de financiación externa complementaria y de carácter subregional en el área de los medicamentos, en la que se están superando incluso dificultades para el desarrollo del sistema de información de precios de materias primas en el área fármacodependencia. En el área maternoinfantil se seguirán realizando esfuerzos, pero seguirán siendo fundamentalmente actividades realizadas en el contexto nacional de cada país, aunque puedan ser compatibilizadas entre sí. Probablemente también en el área de desastres se podrá desarrollar un sistema subregional que complemente los programas de carácter nacional.

En otras palabras, se siente optimista en cuanto a la posibilidad de promover o acelerar esa iniciativa en un futuro inmediato. Además se ha recibido de algunos países financiación complementaria, lo que muestra que existe interés por apoyar la iniciativa. El Dr. Ochoa hizo referencia, por ejemplo, a las actividades de la AID, sobre todo en algunos países, y a las actividades de algunos organismos internacionales. A comienzos de 1989 se celebrará una reunión convocada por el Gobierno de Italia, en la que, dentro de su programa de cooperación externa, se analizarán las propuestas de carácter regional que existan para la Región Andina. Y lo mismo ocurre en el caso de España, mencionado también por el Dr. Ochoa.

Desea hacer suyas también las palabras del Dr. Ochoa al congratularse por la iniciativa del Ecuador de establecer el instituto, el IDIS, y confía en que los demás países confirmarán en la práctica su apoyo al establecimiento de ese instituto. Por su parte, la Organización

prestará el apoyo técnico que esté dentro de sus posibilidades para que el Instituto, en sus tres componentes, pueda desarrollarse y cumplir el papel que se espera de él. En cualquier caso, es importante que el Gobierno del Ecuador haya definido un mecanismo de financiación permanente, ya que eso establece una base material sobre la cual se podrá apoyar el desarrollo de actividades concretas.

El Dr. BORGÑO (Observador, Chile) desea hacer unos comentarios de orden general. En primer lugar no hay duda de que en los debates de los Cuerpos Directivos se manifiestan el deseo y la política de la Organización, fijados por los Países Miembros, de apoyar el desarrollo de las iniciativas subregionales. Sin embargo, debe existir una coordinación entre todas las iniciativas, porque los donantes son los mismos y no se puede entrar en una competición entre las subregiones. Precisamente es en la Organización donde debiera discutirse esa coordinación, a fin de que todos puedan cumplir con sus respectivos programas.

Hay casos de países, y puede mencionarse a Bolivia porque es uno bastante claro, cuya relación más importante en materia de problemas de salud no es con los países del Pacto Andino sino con los del Cono Sur y el Brasil, y en las últimas reuniones celebradas ello se ha manifestado de forma evidente, lo que no quiere decir que Bolivia no pueda pertenecer también al Pacto Andino. En el caso de Belice, es perfectamente claro que la iniciativa corresponde a Centroamérica (Panamá y Belice) y que, al mismo tiempo, se halla dentro de la iniciativa del Caribe de habla inglesa. Por ello, hay que utilizar los recursos y desarrollar la iniciativa subregional del mejor modo posible.

No comprende bien lo que dijo el Representante del Ecuador. Es legítimo que un país solicite ser centro de colaboración de la OMS en un determinado tema, pero no puede, sin conocimiento y aprobación previa, ser centro de referencia de una zona que va más allá de la Subregión, sin la aprobación de los demás países, porque sencillamente los otros países no lo utilizarán como centro de referencia si no están de acuerdo. En realidad, no ha quedado claro si se trata de un centro de colaboración de la OMS o de un centro de referencia para América Latina, y por eso quisiera que el Director o el Representante del Ecuador le aclarasen la situación.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que, en el problema de la compatibilidad, la articulación y la coordinación de las diversas iniciativas subregionales, se está intentando hacer una especie de sobre población en términos de iniciativas de carácter subregional, desde que se empezó con la de Centroamérica, y a veces hay hasta cinco iniciativas distintas. Además de la iniciativa de la OPS, hay una que patrocina conjuntamente con la OEA y el Banco Interamericano de Desarrollo, bajo la dirección de la OEA, para el desarrollo social (EPISDEC); otra patrocinada por las Naciones Unidas y conducida por el CEPAL y el PNUD para el desarrollo integrado de la región; otra conducida por su cuenta y directamente por la Comunidad Económica Europea, y otra sugerida, aunque no se haya materializado en una propuesta completa, del sistema económico latinoamericano, a través del Comité Especial creado para Centroamérica, (CADAESCA). Además participa la iniciativa privada, que pretende elaborar una propuesta integrada para el desarrollo de Centroamérica,

llamada la Comisión Sanford en homenaje al Senador Sanford de los Estados Unidos de América, que fue quien estimuló las iniciativas, la cual acaba de tener una reunión muy importante en Estocolmo.

El caso de Centroamérica muestra la cantidad de cosas que hay que coordinar simultáneamente, y se está haciendo un esfuerzo muy grande para coordinar a la OPS con todas esas iniciativas y por coordinar internamente sus propias iniciativas, especialmente en su contacto con fuentes externas. Pero la más difícil no es coordinar las iniciativas subregionales y su papel en la movilización de recursos, sino la acción individual de los gobiernos cuando lo que aprueban debe ser realizado colectivamente. Los gobiernos presentan a veces proyectos o iniciativas no incluidas en la definición de prioridades de los planes correspondientes, lo que no tendría nada de malo ni de extraordinario, si por lo menos esos proyectos fueran compatibles entre sí. Esa es la dificultad más grande.

En cuanto al centro propuesto que colaborarían con la Organización Mundial de la Salud, desempeñaría en la región o, al menos, en la subregión, un papel de organismo de ejecución de una serie de actividades que se definirían en el programa de colaboración con la Federación Internacional de Odontología. Por lo tanto no se trataría propiamente de un centro de referencia, sino de un centro colaborador con determinadas características especiales.

El Dr. TROYA (Ecuador) manifiesta que su país de ninguna manera pretende asumir la representación de los países latinoamericanos sin consultar previamente con ellos, y el Director ha sido muy claro al

señalar que la propuesta ecuatoriana se refiere a un centro colaborador en salud oral. La propuesta sería analizada en la OMS para su incorporación al programa de centros OMS, a fin de apoyar el desarrollo de la salud oral en América Latina.

The CHAIRMAN asked the Rapporteur to prepare a proposed resolution on the item.

The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.