

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/1
23 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

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

Monday, 23 September 1996, at 9:00 a.m.
Lunes, 23 de septiembre de 1996, a las 9.00 a.m.

President/Presidente: Dra. Aída Moreno de Rivera Panama/Panamá
Later/Después: Dr. Erasmo Vásquez Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

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

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencia (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

- Item 2.1:* Appointment of the Committee on Credentials
Tema 2.1: Nombramiento de la Comisión de Credenciales
- Item 2.2:* Election of the President, Two Vice Presidents, and the Rapporteur
Tema 2.2: Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el 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 para 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 meeting was called to order at 9:00 a.m.
Se abre la sesión a las 9.00 a.m.*

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

- A. *Opening of the Meeting by the President of the Directing Council*
- A. *Apertura de la Reunión por la Presidenta del Consejo Directivo*

La PRESIDENTA da la bienvenida a todos los representantes y pregunta al Secretario si hay quorum para abrir la Reunión.

The SECRETARY (Dr. David Brandling-Bennett, Deputy Director) reported that, as representatives of at least 20 Member States were present, there was a quorum.

- B. *Welcoming Remarks by Sir George Alleyne, Director of the Pan American Sanitary Bureau*
- B. *Palabras de bienvenida de Sir George Alleyne, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Sir George ALLEYNE (Director) welcomed those attending the XXXIX Meeting of the PAHO Directing Council, XLVIII Meeting of the Regional Committee for the Americas of WHO. He welcomed Dr. Nakajima, Director-General of WHO, noting that Dr. Nakajima has always devoted much attention to the affairs of the Regional Committees.

He was pleased to see that at least seven delegations were headed by women and that many more included women in their delegations. He looked forward to a productive meeting.

- C. *Welcome on Behalf of the Host Country*
- C. *Bienvenida a nombre del país anfitrión*

Dr. BOUFFORD (United States of America) welcomed those in attendance to the meeting and to her nation's capital. She noted that Directing Council meetings provided the opportunity to exchange ideas, form linkages, and propose joint actions to promote health in the Hemisphere.

The focus and content of public health discussions had recently been broadened to include such issues as violence, the effects of poverty, and the impact of the environment on health. The challenges of an aging population, the rise in chronic diseases, and the crucial role of women in promoting health were other topics deserving and receiving increased attention. The meeting of women leaders to discuss priority issues in mental health, which would take place later in the week, would not only highlight the long-standing biases faced by women but would also focus attention on the future importance of mental health issues in achieving overall population health, as well as the need for strategy development in that area.

However, as new health areas were tackled, it was important that the basic public health infrastructure be sustained in order to protect progress in development. The area of emerging and re-emerging infectious diseases was especially important. The President

of the United States of America has recently issued a new policy directive calling for United States participation in a coordinated global approach to that issue, and her country was committed to working with other nations and with multilateral organizations to establish a worldwide infectious disease surveillance and response system. The challenge would require truly global partnerships, led by WHO, PAHO, and other international organizations, like the regional partnership that had resulted in the eradication of polio in the Western Hemisphere.

The new approach to prevention of disease and disability must include broad-based social and economic strategies and activity at the highest political levels. In the past year, under the leadership of Sir George Alleyne, PAHO has shown its ability to act as a positive catalyst for health in an environment of fundamental change for international organizations. PAHO and WHO must continue to redefine their unique role in technical cooperation—including the formation of new partnerships, not only with Member States, but with nongovernmental and other international organizations—while maintaining the flow of information on critical public health issues and helping to ensure the effectiveness of country-level programs, especially in those countries with the highest disease burden.

The approach of a new millennium should motivate actions to improve the lives of the peoples of all the countries through development of a clear strategy to achieve health for all and to sustain that health. Working together was the key.

- D. *Address by Dr. Hiroshi Nakajima, Director-General of the World Health Organization*
- D. *Palabras del Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud*

Dr. NAKAJIMA (Director-General, WHO):

"Madam President, Dr. Boufford, Sir George, distinguished representatives and colleagues, ladies and gentlemen.

As you know, a major and not so quiet revolution is under way. In a growing number of societies, the media, opinion polls, and the market place are making it quite clear that the general public wants its own criteria to guide the choices made by doctors, economists, and policymakers. In the early days of public health, priorities were selected mainly by medical doctors on an epidemiological basis. But more recently, under the pressure of market forces and economic thinking, health has come to be seen as a factor of productivity and disease as a burden, particularly an economic burden. Health goals and priorities have been increasingly defined by economists, using criteria such a value for money and cost-effectiveness. But today, people are saying in a forceful manner, as patients, consumers, voters, and taxpayers, that their health, their safety, and their own perceptions of risk must come first.

The pressure of public opinion on health-related policies has grown with the emergence of HIV/AIDS and issues such as blood safety, food safety, patients' rights, and environmental hazards. The potential effects of such pressure have been demonstrated during recent outbreaks of cholera, plague, and Ebola hemorrhagic fever;

after industrial and nuclear accidents such as those that occurred at Bhopal in India and Chernobyl in Ukraine and, more recently, when cases of a variant form of Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) were identified. The views of the public on health, however extreme they may sometimes seem to be, must be acknowledged and used constructively to strengthen health development, both at policy level and in the field. This means we must improve our skill both in understanding the concerns of the public and in sharing our information with them.

The global media in particular have a powerful role as a potential partner in investigating health issues, sensitizing public opinion and mobilizing resources for health. We must learn how to work with them and provide them with accurate and ethically sound information. WHO is now preparing its third issue of the World Health Report. Having explored the links between poverty and ill-health in 1995, and the status of infectious diseases in 1996, we will focus in 1997 on the human and social cost of disease.

With sufficient resources, health indicators can always be improved and targets reached, if only temporarily. But sustainability is what we want to achieve, for that is the real measure of success. And sustainability hinges on public support. It means winning people's trust, informing them on health, and recognizing their own values and priorities. This recognition must be at the heart of the process launched by WHO for renewing our policies to foster equitable access to health for all. It is in that spirit that

I have consistently called for the establishment of new health partnerships with all sectors, including civil society, to foster self-help and capacity-building at all levels.

Our campaigns against specific diseases have taught us a great deal about how we can build health interventions and priorities together with the people concerned. In efforts of this kind, it is easy to see that very little of lasting value can be achieved without the full participation of local communities, the support of the health ministries, and the personal commitment of political leaders at the highest level of the countries concerned. This is illustrated by the successful campaigns being carried out against Chagas disease by several Governments of this Region and coordinated by PAHO/WHO. Elimination of the transmission of Chagas disease is most advanced in Argentina, Brazil, Chile, and Uruguay, but it is also making very good progress now in Bolivia and Paraguay. Such progress has been made possible both by strong community involvement and by the political decision of these six countries to make the elimination of Chagas disease an immediate public health priority, reallocating more than US\$ 200 million from their own resources to this goal. This is an excellent example of self-help and political commitment in action.

The Region of the Americas was the first to achieve the eradication of poliomyelitis, giving the world and inspiring example of what can be done against overwhelming odds. Yet, parents in the Americas can only be sure that their children are finally safe from the disease when polio has been eradicated throughout the world. This formidable task is well on the way to completion. I wish to thank all our

governmental, intergovernmental, and nongovernmental partners very warmly for their commitment to our global effort. Their support remains essential during this critical phase, to ensure resource mobilization, especially to maintain an adequate supply of vaccine, and to carry out evaluation and surveillance. Solidarity of this kind is indispensable because of our global interdependence. It expresses our concern for not only humanitarian values but also the safety of human beings everywhere in the world.

I also want to make a plea for continued solidarity to assist WHO in mobilizing additional resources to help countries in this and other regions to obtain the drugs and other supplies they need to care for people affected with HIV/AIDS. In some regions, there are countries reporting a decrease in the number of new cases of HIV infections in certain population groups. While a variety of factors are involved, many of them relate to changes in sexual behavior which are essential to successful prevention. These have been facilitated by the availability of health information and education to all, especially to the young, and by the accessibility of care and support in the workplace, to migrant and vulnerable groups, and within affected families. In this area, too, political commitment and community approaches are both necessary. WHO will continue to support national programs to control sexually transmitted diseases and HIV/AIDS and ensure blood safety.

Malaria remains a global scourge with a huge human and social cost. Maintaining its support for research on antimalarial drugs and vaccines, WHO will continue to help countries to promote community-based malaria control programs and the use of

insecticide-impregnated mosquito nets, which have shown very impressive success in some countries.

Many of the important health issues arising today are related to major changes in lifestyles and the environment. With these changes and as the number of older people grows, the importance of noncommunicable and chronic diseases such as cancer, cardiovascular diseases, and diabetes is also growing. Much more work needs to be done to elucidate both the genetic and the lifestyle-related factors that may be involved. The role of infectious agents should not be overlooked, as demonstrated by the existence of a link between *Helicobacter pylori* and gastric cancer. Cultural and nutritional factors influence the epidemiology of many of these diseases, including micronutrient deficiencies. We must reinforce our health information and education activities to discourage risky behavior such as tobacco use and substance abuse, including nicotine abuse. To be successful, all disease prevention and health promotion activities need a supportive social, fiscal, and legal environment. Politicians and legislators must show determination and consistency in integrating health concerns into all public policies.

I would like to emphasize the growing public health problem posed by diabetes mellitus in both developed and developing countries. In the Indian subcontinent, prevalence is 10% of the overall population and reaches 25% at age 60. Diabetes affects one in every two inhabitants of Nauru, a small island State of the Pacific, and one in five North Americans by the age of 70. According to a recent estimate, the direct and

indirect financial cost of diabetes in the United States of America is \$92 billion per annum. Early detection and prevention must be effectively promoted and improved.

We must always remember that access to health goes beyond access to health services. It implies equitable access for all to food, water, sanitation, basic social infrastructure, information, and clean and affordable energy, including alternative sources of power supply. Exploring the new requirements and opportunities related to solar energy, the World Solar Summit held recently in Harare, Zimbabwe, opened up new perspectives for intersectoral cooperation which could yield substantial long-term benefits for the health sector as a whole.

In my statement to the United Nations Summit on Habitat in Istanbul this year, I stressed the need to take into account health concerns, workers' health and industrial safety in all town development schemes. I also tried to explain how important it is, particularly in large cities where communities tend to disintegrate, to use health projects as an opportunity to build some measure of social cohesion and a sense of solidarity among the floating populations of town-dwellers. Community networks can do much to reduce people's sense of helplessness and reverse the trends which, through poverty, unemployment, and marginalization, may lead to violence and substance abuse.

Meeting in Cochabamba, Bolivia, earlier this month, the Heads of State of Latin American countries (the Rio Group) recommended that the problems of poverty, malnutrition and social marginalization should be seen together. They also decided to set up a Commission to report to the United Nations, in 1998, on the many aspects of

the problem of substance abuse. Their report and its recommendations for tackling this global problem effectively will be a matter of keen interest for the health sector.

The increase in substance abuse and its changing patterns are of serious global concern. Last June, in New York, the Economic and Social Council devoted a session to this issue. In many industrialized countries, for a number of years, illicit drug use had been stable or actually declining. This general trend now appears to be changing. The use of opioids, cocaine and psychotropics is becoming more common, and the increasing abuse of amphetamine-type drugs, such as "ice" (methamphetamine) and "ecstasy" (3, 4 - methylenedioxy-methamphetamine), is a worrisome trend all over the world—particularly in Western industrialized countries, although the problem is spreading very rapidly to developing countries. Not only is there an increase in the use of psychoactive substances but use is starting at an earlier age. Success in preventing substance abuse and its related health and social problems will depend on our ability to work in close cooperation with one another, using existing international control mechanisms and coordinating all relevant public policies. At national level, the health sector must cooperate with all other sectors concerned, including community-based associations. We must continue, of course, to work on reducing the supply of illicit drugs but, at the same time, as stressed by the Heads of State of Latin American countries in Cochabamba, a stronger international focus on demand reduction is required.

Clearly, in all these fields related to health, we must ensure that our common health concerns are represented at the global level so that we can influence policies,

foster awareness, and mobilize support for regions and countries. I have been making every effort to do this and will continue to do so, in full consultation with our Member States and in coordination with the other bodies and organizations of the United Nations system.

Regionalization and globalization are major forces that determine opportunities and constraints for health development and international cooperation. While complementing each other, they also generate conflicting imperatives. Decentralization, for example, is obviously needed to design health policies and interventions that can respond to specific needs and take full advantage of local skills and knowledge. But there is an equally strong demand for the global management of resources and information. WHO is increasingly requested to coordinate the harmonization of standards that countries can use in evaluating and selecting health policies, practices and technologies. This has been one of the concerns which the Ministers of Health of the Mercosur countries expressed to me when they met in Buenos Aires last April. Through coordination and regulation at global level, our partners seek to maximize both efficiency and equity in the use of resources. The same tension between centralization and decentralization exists, for very similar reasons, within regions and countries.

The diversity of the regions cannot be ignored and is surely one of the world's most valuable assets. The rich store of knowledge and the vitality of local and national communities must be recognized and the people empowered to make decisions about their own lives and environment. At the same time, the globalization of lifestyles, business,

and communications has increased the interdependence of countries and sectors of activity. Conflicts and epidemics affect neighboring countries and can quickly become global. In addition, when most of the research, development, and marketing of drugs and health technology is concentrated within a few companies, regional and global alliances have to be formed to influence priorities, prices and standards. To the extent that health determinants have become global, the management of health matters must also be global.

It is in that context and within WHO's reform process that I have set up a new Division on Emerging and Other Communicable Diseases at Headquarters in Geneva to ensure a consolidated approach to the many issues related to infectious diseases. Working in close collaboration with the Regional Offices, and with operational support from our Division of Emergency and Humanitarian Action, the Division on Emerging Diseases has played a crucial role in helping to coordinate the international response to epidemics. Thus, when outbreaks of Ebola-type hemorrhagic fever occurred in some African countries, timely provision of technical expertise made it possible for the national health teams to contain the epidemic quickly. One important asset of the Division is that it combines responsibility for reviewing the situation, monitoring events, setting up a proper surveillance system, and planning preparedness for new outbreaks, including revision of international health regulations.

The strength and appropriateness of this structure were tested again earlier this year. In March 1996, the United Kingdom reported 10 human cases of a variant form

of CJD with suspicion of a link with bovine spongiform encephalopathies. Soon after this was announced, the Division was able to hold a consultation which produced a number of recommendations on best practices for ensuring the protection of consumers and proposed to strengthen worldwide surveillance of this variant of CJD. It then convened a group of neuropathologists and clinical neurologists from all WHO Regions, with strong participation of scientists from the American Region, and particularly those from the U.S. National Institutes of Health. The group reviewed the comparative neuropathology of transmissible spongiform encephalopathies and proposed a protocol for international collaboration in diagnosis and surveillance of CJD and related brain spongiform diseases. In this regard, too, the Regional offices have a very important role to play in mobilizing WHO's Collaborating Centers. The experience of the Region of the Americas in cattle raising, and the choice it has made to maintain close structural links between the public health and veterinarian health services, could be very useful for other Regions.

WHO and its Member States are facing the same challenges of diminishing funds and increasing demands from the public. In this overall context, the preparation of the WHO 1998-1999 program budget is of crucial importance. The fiftieth anniversary of the Organization in 1998 gives us an opportunity to assess our achievements and needs. But, more importantly, this period will set the pace and direction of our work for the next century, through the strategies, priorities and methods of work we establish.

The proposed program budget I shall be introducing to the Executive Board in January 1997 has been prepared on the basis of the 1996-1997 budget levels. This is due first to widespread uncertainty in our global economic environment, and second to uncertainty as to the willingness of our Governing Bodies to make adequate allowances for factors such as inflation and exchange rate fluctuations in the final budget. Depending on the decision of the Governing Bodies on this matter, we will see whether we have to effect actual reductions in terms of programs. You should also be aware that, at this stage, some discrepancy remains between the priorities decided by our Governing Bodies and those reflected in the proposals of the Regions for 1998-1999. Two major areas in which we must make reductions are Appropriation sections 1 (on Governing Bodies) and 6 (on administrative costs). The suggestion has also been made to reduce the periodicity of the meetings of the Regional Committees and the Health Assembly, for instance, to once every two years instead of every year. Where the Health Assembly is concerned, current constitutional provisions would have to be taken into account.

One main difficulty for all our offices will be to find a way to contain their administrative costs while maintaining their ability to manage and deliver support to Member States. On the one hand, it is often impossible to dissociate the technical and administrative parts of our support to countries. On the other, we are all in agreement that the role of WHO representatives must be strengthened to revitalize our partnerships with countries in adapting to global change. Emphasis, however, must be on opening up our dialogue and improving our cooperation with countries, not on adding structures

and administrative costs. Regions, therefore, will have to be both innovative and realistic about this.

Ministries of health and WHO must work together to define a cogent framework for global strategies, accommodate local priorities and coordinate global and local resources. We must make sure that we start from a strong epidemiological base and dependable country-specific baseline data against which progress and long-term outcomes can be measured.

As the target date for health for all by the year 2000 approaches, it is recognized that one shortcoming of the Alma-Ata conference was its decision to proceed with specific strategies without having first secured such baseline data. This made it very difficult for countries to set objectives, targets and deadlines and monitor progress in a meaningful way. Investigating past experience, we should be able to pinpoint some of the reasons for specific successes and failures, sometimes within the same program, and this is the kind of approach we need. For example, why have our efforts had so little impact on maternal morbidity and mortality figures and met with so much success in the immunization of children? All this further emphasizes the importance of the third evaluation of the implementation of the strategy for health for all, which is under way. I urge all countries to join in this evaluation and do their best to gather as much information as possible, so that we can establish meaningful plans for the twenty-first century.

Reform and health system development must also take into account the implications of global change. They must integrate the consequences for health determinants of both the globalization and the regionalization of social and economic forces. Health policies in the twenty-first century must reflect the changing roles and functions of Governments as the market economy develops and civil society becomes directly involved in decision-making and initiates its own projects for health development at community level. The alliance needed between public health, medicine, and civil society was at the core of the discussions of the National Congress of health professionals which I attended last March in Chicago. According to the circumstances in each country, the Government may have either to act as a direct provider of health services or to manage equity of access and quality of care through regulation.

We must be careful not to confuse the need for global coordination with the temptation to impose a specific model of development on the world. Global partners must go back to the countries and let reality inform policies and priorities. Privatization, for example, cannot have the same meaning and impact everywhere. Whatever their current economic difficulties, industrialized countries have a well-developed network of health services and most people there can still afford to obtain care when they need it. But in countries which have a fragile health infrastructure, few health professionals and no outreach services, privatization can mean that for the foreseeable future, the vast majority of the population will simply not have access to the health services they need.

Similarly, without public funding, human resource development in many cases will simply not take place.

Depending on the regions and countries concerned, the debate on health reform may range from how to meet the minimal requirements of primary care to how to limit the amount of wealth and technology that are brought to bear on individual cases. Some countries may envisage a complete overhaul of their health care system. Others may find that reform is more a matter of structural adjustment only. All countries, however, are running public deficits, and this in spite of highly contrasting levels of health expenditure and systems of financing. This highlights the fact that health sector reform involves solving not only administrative and technical problems but also, and perhaps more importantly, rethinking the functions and purposes of health care in society. This further explains why the debate on health system reform has moved far beyond the realm of technical discussions to become a leading topic of interest and controversy in the mass media and among the public at large.

While there can be no single global model for public policies and health structures, there must be unity of purpose and solidarity in action. To be able to serve the health of all, WHO must assert its authority as one global organization.

As we prepare for the renewal in 1998 of our health-for-all policies, our Member States and Governing Bodies may wish to take a fresh look at some of the functions and mechanisms spelled out by the Constitution. But the human values that inspired the

creation of the World Health Organization remain as important today as they were 50 years ago, and must be preserved.

The World Health Organization was founded to foster peace, well-being and justice through equal access to health and development. These intangible but vitally important objectives are at the core of our vision for international cooperation and health development. They nurture our dream of ensuring equitable access to health for all, and our will to promote the autonomy of all individuals and countries. They inspire our determination to establish equal partnerships for health, based on mutual respect and sharing of rights and responsibilities, with all the peoples the Organization exists to serve.

I thank you very much."

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

La **PRESIDENTA** ruega al Secretario que informe al Consejo sobre las disposiciones legales que rigen la Comisión de Credenciales.

The **SECRETARY** informed the Council that, under Rule 27 of the Rules of Procedure, the Committee on Credentials, consisting of three representatives of as many Governments, was to be appointed by the Council at the beginning of the first plenary session and was to examine the credentials of the representatives and observers and report to the Council thereon without delay.

La PRESIDENTA propone que se nombre a los Representantes de Argentina, Antigua y Guatemala para integrar la Comisión de Credenciales. Al no haber objeción alguna, quedan nombrados el Dr. Argentino Pico (Argentina), el Honorable Samuel Aymer (Antigua) y el Ingeniero Marco Tulio Sosa (Guatemala).

*It was so decided.
Así se acuerda.*

*The session was suspended at 9:55 a.m. and resumed at 10:40 a.m.
Se suspende la sesión a las 9.55 a.m. y se reanuda a las 10.40 a.m.*

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

El Dr. PICO (Argentina), Presidente de la Comisión de Credenciales, señala que la Comisión, integrada por los Representantes de Antigua y Barbuda, Argentina y Guatemala, llevó a cabo su primera sesión el 23 de septiembre de 1996 a las 10 de la mañana. De conformidad con los Artículos 16 y 17 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, fueron examinadas las credenciales entregadas al Director de la Organización. La Comisión encontró que las credenciales de los Representantes de los Estados Miembros, Miembros Asociados y Países Observadores que se citan a continuación se presentaron en buena y debida forma, razón por la cual la Comisión propuso que el Consejo reconociera su validez. Estados Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Granada,

Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela; Miembro Asociado: Puerto Rico; Países Observadores: España y Portugal. La Comisión se reunirá nuevamente para examinar otras credenciales que se reciban.

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: ELECCIÓN DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y EL RELATOR

The SECRETARY said that, under the Rules of Procedure of the Directing Council, the Council was to elect a President, two Vice Presidents, and a Rapporteur, who would hold office until their successors were elected.

La PRESIDENTA solicita que se propongan candidatos para cubrir el cargo de Presidente de la Reunión.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) propone para el cargo al Sr. Edward M. Aiston, del Canadá.

El Dr. DOTRES (Cuba) propone como candidato a Presidente al Dr. Erasmo Vásquez, distinguido pediatra y experimentado docente universitario que a sus notables

dotes personales une su condición de Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, un país que en los últimos tiempos ha intensificado notoriamente su colaboración con la OPS.

Mr. AISTON (Canada) thanked the Representative of Costa Rica for nominating his country, but said that Canada would defer to the Dominican Republic. His delegation therefore seconded Cuba's nomination of that country.

El Dr. ORTIZ (México) apoya la candidatura del Dr. Vásquez, de la República Dominicana.

Decision: The Representative of the Dominican Republic, Dr. Erasmo Vásquez, was elected President by acclamation.

Decisión: El Representante de la República Dominicana, Dr. Erasmo Vásquez, es elegido Presidente por aclamación.

*Dr. Erasmo Vásquez took the Chair.
El Dr. Erasmo Vásquez pasa a ocupar la Presidencia.*

El PRESIDENTE pide un aplauso por su antecesora, la Dra. Aída Moreno de Rivera, que ha realizado una eficaz y destacada labor como Presidenta de la Reunión.

El Presidente agradece a los representantes el honor que han conferido a la República Dominicana, que después de 13 años vuelve hoy a asumir la Presidencia del Consejo Directivo, precisamente en momentos en que lucha por mejorar los deprimentes indicadores de salud que se observan en el país. Hace votos por que, en un marco de

paz regional, todos los pueblos de las Américas alcancen su pleno bienestar físico, síquico y social, y se compromete a no escatimar esfuerzos en las tareas que le cumpla desarrollar en procura de conseguirlo.

Señala a continuación que corresponde elegir a los dos vicepresidentes y pide a los representantes que propongan candidatos para esos cargos.

La Dra. MORENO DE RIVERA (Panamá) propone como Vicepresidente al Dr. Enrique Samayoa, Ministro de Salud Pública de Honduras.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) apoya la candidatura del Dr. Samayoa y propone como otro Vicepresidente a la Honorable Gail Teixeira, Ministra de Salud de Guyana.

Mr. AISTON (Canada) seconded the nominations of Honduras and Guyana for the two offices of Vice President.

Decision: Dr. Enrique Samayoa (Honduras) and the Honorable Gail Teixeira (Guyana) were elected Vice Presidents.

Decisión: El Dr. Enrique Samayoa (Honduras) y la Honorable Gail Teixeira (Guyana) son elegidos Vicepresidentes.

El Dr. SAMAYOA (Honduras) agradece a los representantes la confianza que le han dispensado y se compromete a trabajar con ahínco para solucionar los numerosos problemas de salud que afectan a los países en desarrollo de las Américas.

Hon. Gail TEIXEIRA (Guyana) thanked the countries that had nominated Guyana for the office of Vice President and the Council as a whole for placing its trust in her country.

El PRESIDENTE pide nominaciones para el cargo de Relator.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) nominated the Representative of Brazil for the office of Rapporteur.

El Dr. PICO (Argentina) apoya la candidatura del Representante del Brasil para el cargo de Relator.

Decision: The Representative of Brazil, Mr. Ernesto O. Rubarith, was elected Rapporteur.

Decisión: El Representante del Brasil, Sr. Ernesto O. Rubarith, es elegido Relator.

Mr. Ernesto O. Rubarith assumed his position.

El Sr. Ernesto O. Rubarith asume su cargo.

O Sr. RUBARITH (Brasil) agradeceu, em nome da Delegação do Brasil, a honra e a confiança de que foi alvo com a designação para Relator, manifestando que procuraria ser fiel ao relatar todas as decisões e debates.

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 PARA ESTUDIAR LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 6.B DE LA CONSTITUCIÓN DE LA OPS

The SECRETARY noted that Article 6.B of the PAHO Constitution provided that if a Government failed to meet its financial obligations to the Organization by the date of the opening of a meeting of the Directing Council and was in arrears in an amount exceeding the sum of its annual contributions for two full years, the voting privileges of that Government would be suspended. In keeping with past practice, the Directing Council was asked to establish a working party consisting of three Member Governments to study the application of that article.

El PRESIDENTE propone que los Representantes de Barbados, Panamá y Paraguay sean elegidos para constituir el grupo de trabajo e informa que dicho grupo contará con la cooperación del Sr. Mark Matthews, Jefe del Departamento de Presupuesto y Finanzas.

Decision: The Representatives of Barbados, Panamá and Paraguay were appointed members of the working party.

Decisión: Los Representantes de Barbados, Panamá y Paraguay quedan nombrados miembros del grupo de trabajo.

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

The SECRETARY said that, under the rules of Procedure of the Directing Council, the Council was to establish a General Committee consisting of the President, the two Vice Presidents, the Rapporteur, and three representatives to be elected by the Council. The President of the Council would serve as Chairman of the General Committee.

El PRESIDENTE explica que, en el marco de conversaciones oficiosas que tuvieron lugar durante la mañana, los jefes de delegaciones han convenido en que los Representantes de Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay se incorporen en la Comisión General.

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

Decisión: Los Representantes de Cuba, los Estados Unidos de América y el Uruguay quedan elegidos miembros de la Comisión General.

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

The SECRETARY said that under the rules of procedure of the Executive Committee and the Directing Council, a provisional agenda had been distributed in advance to all delegations. It was now incumbent on the Council, under Rule 10 of its

Rules of Procedure, to adopt the agenda, making any modifications or additions that it might wish.

Referring to Item 3.5 on the provisional agenda, Amendment of the Rules of Procedure of the PAHO Governing Bodies, he proposed that the Council postpone consideration of that item until its XL Meeting in 1997 in order to give the Secretariat sufficient time to undertake a thorough revision and eliminate the numerous inconsistencies in the rules of procedure of the various Governing Bodies.

El PRESIDENTE dice que no hay objeciones al programa de temas en su conjunto y que ha quedado en claro la existencia de consenso para eliminar el tema 3.5: Modificación de los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos de la OPS, como resultado de las convincentes explicaciones dadas al respecto por Secretaría. Por lo tanto, da por aprobado el programa de temas así enmendado.

Decision: The agenda, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el programa de temas así enmendado.

ITEM 3.1: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

TEMA 3.1: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

El Dr. TORRES GOITIA (Representante del Comité Ejecutivo) presenta, en nombre del Presidente del Comité Ejecutivo, Dr. Oscar Sandoval, el Documento CD39/5 sobre el tema, que el Consejo Directivo ha de examinar en virtud del Artículo 9.C de la Constitución de la OPS, y pasa revista a las actividades llevadas a cabo por el Comité

Ejecutivo y sus diversos subcomités entre septiembre de 1995 y septiembre de 1996. Durante ese período se celebraron la 117.ª y la 118.ª Reuniones del Comité Ejecutivo, las 25.ª y 26.ª Reuniones del Subcomité de Planificación y Programación y la 16.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. El orador se referirá únicamente a los temas examinados por el Comité que no figuran en el programa de temas de la presente Reunión del Consejo Directivo, e intervendrá sobre los otros temas a medida que sean considerados por el Consejo.

La 117.ª Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar el 30 de septiembre de 1995, con la asistencia de Representantes de los siguientes Gobiernos Miembros: Bahamas, Bolivia, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Saint Kitts y Nevis y Uruguay. Participaron como observadores los Representantes de Argentina, Belice y Brasil. Bolivia fue elegido para ocupar la Presidencia de la 117.ª y la 118.ª Reuniones, y Costa Rica y el Canadá, para la Vicepresidencia y la Relatoría, respectivamente.

El Salvador y Uruguay fueron elegidos para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación al haber finalizado el mandato de Belice y México en el Comité Ejecutivo. Chile y Saint Kitts y Nevis fueron elegidos para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de Argentina y Belice en el Comité Ejecutivo. Además, se fijaron las fechas de la 25ª y la 26ª Reuniones del Subcomité de Planificación y Programación; la 16.ª

Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; la 118.^a

Reunión del Comité Ejecutivo; y la XXXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

El Comité hizo un análisis minucioso de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo y examinó las resoluciones aprobadas en ella de interés para el Comité Ejecutivo. También analizó un informe de la Secretaría sobre el acuerdo definitivo con los ex funcionarios del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO).

Por otra parte, el Comité decidió, con el fin de reducir gastos, suprimir las actas resumidas de sus reuniones y reemplazarlas por un informe final más completo.

La 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo se celebró del 24 al 27 de junio de 1996 y contó con la asistencia de Representantes de sus nueve miembros: Bahamas, Bolivia, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Saint Kitts y Nevis y Uruguay. También estuvieron presentes observadores de Brasil, Cuba, Francia, Venezuela y España, así como observadores de cuatro organizaciones intergubernamentales y tres organizaciones no gubernamentales. El Comité designó a los Representantes de Bolivia y El Salvador para que lo representaran en la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, y eligió a los Representantes de Canadá y Chile como suplentes de Bolivia y El Salvador, respectivamente. Asimismo, aprobó el programa provisional de temas de la XXXIX Reunión del Consejo. Además, el Comité consideró los informes del Subcomité de Planificación y Programación, del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, del Jurado para la Adjudicación del Premio

OPS en Administración, y del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

El Dr. Alfredo Solari (Uruguay), Presidente del Subcomité de Planificación y Programación, informó al Comité Ejecutivo sobre los asuntos considerados por el Subcomité en su 25.^a y 26.^a Reuniones, entre los que figuraron algunos temas posteriormente examinados por el Comité Ejecutivo e incluidos en el programa de la presente reunión del Consejo. Los detalles de los debates del Subcomité sobre estos temas pueden encontrarse en los informes finales de dichas reuniones. Entre los temas tratados por el Subcomité que no se remitieron a la consideración del Comité Ejecutivo figuran informes sobre las evaluaciones conjuntas de la cooperación técnica de la OPS en Bolivia y El Salvador. En ambos casos, el Subcomité opinó que la cooperación técnica de la Organización estaba respondiendo eficazmente a las necesidades y prioridades nacionales. El Subcomité también examinó un informe sobre el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud y su centro coordinador, el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME). El informe se centró en cómo el sistema está incorporando nuevas tecnologías de información y de comunicación, en particular la Internet y las bases de datos electrónicas, para mejorar su capacidad de proporcionar a los países el acceso directo a la información sanitaria de todo el mundo. El Subcomité examinó, entre otras cosas, las opciones para conseguir la autofinanciación del BIREME, incluida la venta de productos y servicios.

Otro asunto considerado por el Subcomité fue la gestión de la información en la OPS y se elogió a la Secretaría por su liderazgo en la utilización de las nuevas tecnologías, como la Internet, para mejorar la gestión de la información en la OPS. Varios participantes destacaron el valor de las actividades de la OPS en el ámbito de la vigilancia epidemiológica. Se consideró vital contar con sistemas que permitan recopilar y difundir rápidamente información fidedigna sobre brotes y epidemias, aprovechando el aumento de los vínculos comerciales entre los países. Se instó a la OPS a apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de estos sistemas.

El Subcomité también trató de la función del Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS y del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), así como de las relaciones entre la OPS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), y se opinó que el documento sobre este tema no contenía datos financieros suficientes que justificaran la conveniencia de que la OPS siguiera dando apoyo al programa en conjunto y a sus diversos componentes. Si bien no se cuestionó el mérito del programa de control de la fiebre aftosa, hubo consenso en que la OPS examinara otras opciones para financiar el PANAFTOSA, en particular, una mayor participación del sector privado. El Director convino en preparar un documento en el que se analizaran detalladamente todas las opciones financieras para presentarlo al Comité Ejecutivo en una reunión futura.

En cuanto a otro documento relativo al Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS y al Plan Regional de Acción sobre Alimentación y Nutrición, el Subcomité

señaló que no se indicaba el volumen de recursos que se destinaría al Plan Regional ni las fuentes de financiamiento. También faltaba información sobre el estado en que se hallaba la elaboración de planes nacionales de acción por los países. Además, el Subcomité estimó que el documento debería incluir un examen más detallado de temas tales como seguridad alimentaria, vínculos entre los problemas alimentarios y nutricionales y los modelos de desarrollo, y consecuencias negativas de algunas políticas de alimentación y nutrición en el sector agropecuario de un país. El Subcomité recomendó que se preparase una versión modificada del documento subsanando estas omisiones para presentarlo en una reunión futura del Comité Ejecutivo.

Finalmente, el Subcomité adoptó el reglamento interno para sus reuniones y modificó sus términos de referencia. Se propuso establecer un mecanismo para que el Subcomité pueda formular decisiones, y el Director dijo que consultaría con la Oficina de Asuntos Jurídicos de la Organización para determinar si ello era factible. El Comité Ejecutivo, en su resolución CE118.R2, aprobó las modificaciones de los términos de referencia propuestas por el Subcomité.

El Comité Ejecutivo también analizó un informe sobre la 16.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Entre los temas examinados por el Subcomité hubo un informe sobre la aplicación de las recomendaciones del Subcomité en 1995 y otro sobre las actividades en 1995 del Programa OPS de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que destacaba los logros principales durante el año. Una de sus principales actividades fue el inicio del adiestramiento en

materia de género para el personal de la OPS en la Sede y en las oficinas de campo. El Comité también recibió un informe sobre este tema. La finalidad de estas actividades de adiestramiento es sensibilizar al personal con respecto a la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todos los aspectos del trabajo de la Organización. El Subcomité expresó su apoyo unánime a dichas actividades, pues vinculan el trabajo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo con el de otros programas de la OPS más que cualquier otra iniciativa anterior. Se hizo hincapié en la necesidad de llevar a cabo actividades similares de adiestramiento del personal sanitario nacional, así como en la importancia de impartir esos cursos a funcionarios de salud de alto nivel, para así llegar a quienes tienen poder de decisión y, por lo tanto, pueden lograr cambios efectivos.

El Subcomité también examinó un informe sobre la función de la OPS y la OMS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing. Gran parte del debate de este tema se centró en la necesidad de la OPS y de los países de traducir en planes y actividades concretos las recomendaciones de la Plataforma de Acción aprobada en la Conferencia. Se estimó que debía alentarse a los países a formular planes de acción, no sólo para abordar problemas y necesidades de salud concretos de las mujeres, sino también para facultar a éstas e incorporarlas plenamente en el proceso de desarrollo.

Otro tema considerado por el Subcomité fue una actualización sobre lo que se está haciendo en la Región para evaluar la calidad de la atención con una perspectiva de género. Se presentaron al Subcomité dos ponencias sobre este tema. La primera se

refería a un proyecto de investigación del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo con miras a determinar cómo los conceptos sobre el género influyen en la calidad de la atención médica prestada a hombres y a mujeres. El Subcomité observó, entre otras cosas, que los problemas de comunicación en la relación proveedor-paciente revelados por el estudio ponían de manifiesto la necesidad de impartir adiestramiento en materia de género a los proveedores de atención de salud, tanto los que ya ejercían como los que estaban en formación, para sensibilizarlos. En la segunda ponencia se describió un estudio realizado en Chile sobre las repercusiones de la reforma del sector y la introducción de un sistema privado de seguro de salud sobre el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria prestada a las mujeres. El Subcomité consideró que la experiencia chilena aclaraba mucho el debate de la reforma sanitaria y destacó que dicho debate debía considerar la salud de las mujeres y su acceso a los servicios.

El Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo también aprobó el reglamento interno para sus reuniones y elaboró sus propios términos de referencia para someterlos a la consideración y aprobación del Comité Ejecutivo. Todo lo referente a las deliberaciones del Subcomité en su 16.ª reunión, así como una lista completa de sus recomendaciones al Comité Ejecutivo, figura en el informe final correspondiente.

Durante el debate del Comité Ejecutivo que siguió a la presentación del informe del Subcomité, el Director señaló que el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo estaba firmemente establecido como un programa ordinario de cooperación técnica de

la Organización y quizá ya no necesitara la vigilancia de un subcomité especial. En consecuencia, propuso que el Comité considerara la conveniencia de aplazar la próxima reunión del Subcomité hasta 1998, fecha en que el propio Subcomité debería considerar si era necesario mantener tal mecanismo de vigilancia para un área programática específica. Señaló además que la decisión de suspender las reuniones o fijar un ciclo de reuniones bienales se traduciría en considerables ahorros económicos. El Comité acordó no decidir nada respecto a la existencia del Subcomité o a su forma de funcionamiento sin consultar primero con sus miembros actuales. El Comité estimó que la justificación de la propuesta de cambios hecha por el Director era válida; con todo, también consideró que era esencial preservar un foro para el debate de los asuntos relacionados con la salud de las mujeres y el desarrollo. Se pidió al Director que consultara con los Gobiernos Miembros que integraban el Subcomité en cuanto a las funciones y atribuciones de éste, y que informara sobre el asunto al Comité Ejecutivo en su 119.ª Reunión, inmediatamente después de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo.

En su resolución CE118.R8, el Comité aceptó la recomendación del Comité Permanente de Organizaciones no Gubernamentales de que la OPS establezca relaciones oficiales con los consejos regionales para América del Norte, Central y del Sur, de la Federación Internacional de la Diabetes; con la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores; y con

la Coalición Nacional de Organizaciones que prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (Estados Unidos de América).

Respecto a la política de los programas considerados por el Comité Ejecutivo pero no transmitidos a la XXXIX Reunión del Consejo, el Comité examinó un informe sobre la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS). El Dr. López Acuña, Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, comunicó al Comité que, después de consultar con los países en cuanto a sus necesidades concretas de cooperación técnica en relación con el Plan, la Secretaría está estimulando las actividades de preinversión destinadas a fortalecer la capacidad de los países para concebir proyectos de inversión y movilizar recursos para la inversión en los sectores de la salud y el ambiente. La Secretaría ha identificado cuatro áreas principales de actividad en las cuales se espera que la cooperación técnica de la Organización tenga las mayores repercusiones en cuanto a promover la inversión: 1) análisis sectoriales con objeto de determinar las áreas prioritarias para la inversión en los países; 2) elaboración de planes maestros para la inversión en ambiente y salud; 3) formulación de proyectos de inversión, y 4) desarrollo institucional para planificación, gestión y evaluación de proyectos de inversión. Entre 1992 y 1995 se llevaron a cabo más de 40 operaciones de preinversión, movilizándose aproximadamente \$12 millones en recursos. La Secretaría también fomenta las alianzas estratégicas con organismos clave multilaterales y bilaterales, así como organizaciones no gubernamentales (ONG), con

el fin de movilizar el apoyo necesario para lograr las metas de inversión establecidas en conformidad con el PIAS.

El Dr. López Acuña también informó de que se había decidido que la Secretaría Ejecutiva del PIAS se incorporase en la estructura ordinaria de la Organización. La Secretaría Ejecutiva era una unidad especial formada dentro de la Secretaría de la OPS, poco después de la aprobación del Plan, con la finalidad de coordinar las actividades correspondientes de los diversos programas y divisiones. Sin embargo, como el Plan estaba bien encaminado, las funciones de la Secretaría Ejecutiva relacionadas con la inversión en el sector de la salud habían quedado a cargo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Las relativas a la inversión en proyectos ambientales se habían encomendado a la División de Salud y Ambiente. En el debate de este tema, el Comité Ejecutivo recalcó la importancia de la sostenibilidad. Consideró esencial formar los recursos humanos necesarios y fortalecer la capacidad nacional para mantener los logros alcanzados con el Plan en los sectores de la salud y el ambiente. También se recalcó la estrecha relación entre el PIAS y las iniciativas de reforma sanitaria, así como entre las condiciones de salud y los problemas ambientales. Se señaló que los esfuerzos de los países para llevar a cabo los proyectos de inversión en los sectores de la salud y el ambiente son obstaculizados por la falta de capacidad nacional para diseñar proyectos eficaces y movilizar la financiación que necesitan. Se subrayó el valor de las actividades de preinversión de la OPS para apoyar a los países en esta área. El Director instó a los países a solicitar el apoyo técnico de

la OPS para preparar y negociar proyectos de inversión en los sectores de la salud y el ambiente, y para velar por que el sector de la salud participe en la etapa más temprana posible cuando se formulen esos proyectos.

El Comité Ejecutivo también estudió un informe sobre los progresos logrados en seis años de una iniciativa de la OPS destinada a promover mayor cooperación entre los gobiernos y las ONG. La Sra. Kate Dickson, de la Oficina de Relaciones Externas de la OPS, resumió el contenido del documento sobre este tema preparado por la Secretaría, con los criterios generales elaborados por la OPS para guiar a los países en la identificación de ONG que puedan ser socios adecuados para establecer relaciones de trabajo eficaces; también se analizaban los factores que facilitan u obstaculizan las asociaciones fructíferas y se describían varias actividades colaborativas emprendidas por los diversos programas de la OPS con las ONG desde 1991. El Comité Ejecutivo elogió a la OPS por su liderazgo al facilitar las relaciones entre los gobiernos y las ONG. Reconoció que las ONG tienen capacidades únicas y pueden ser aliados valiosos de los gobiernos en el empeño de éstos por lograr metas de salud nacionales, y alentó a la Organización a que intensificara sus esfuerzos para ayudar a aumentar las relaciones de trabajo eficaces entre el gobierno y los sectores no gubernamentales. No obstante, varios representantes recalcaron la necesidad de ser cautelosos al establecer relaciones con las ONG. Se señaló que las ONG tienen sus propios intereses y prioridades, que quizás no coinciden forzosamente con los fijados por los gobiernos; en consecuencia, los países deben reglamentar de alguna manera las actividades de las ONG para procurar que sus

objetivos y métodos sean aceptables para los gobiernos. Se recalcó también que la OPS ha desempeñado una función central en muchos países mediante la promoción del diálogo entre los gobiernos y las ONG y mejorando la capacidad de éstos para negociar con aquéllas. El Director aseguró al Comité que la OPS nunca consideraría a las ONG como una alternativa a los gobiernos, y recalcó que la Organización está empeñada en facilitar las relaciones entre las ONG y las entidades gubernamentales, no en socavar la autoridad de los gobiernos.

El Comité Ejecutivo también consideró diversos asuntos administrativos y de política financiera, entre ellos informes sobre el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS, y edificios de las Oficinas de Campo de la OPS. El Sr. Thomas Tracy, Jefe de Administración, reseñó el estado de varias obras de construcción y renovación de oficinas anteriormente aprobadas por el Comité. Se pueden conocer más detalles consultando el Informe Final de la 118.ª Reunión.

Por último, como es costumbre, el Comité Ejecutivo escuchó la intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS y elogió al Director por su disposición a dialogar con el personal y tratar de encontrar soluciones mutuamente aceptables a los problemas planteados por la Asociación. Una descripción más detallada de la ponencia y del debate sobre este tema aparece en el Informe Final de la 118ª Reunión.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) felicita al Comité Ejecutivo por la presentación de tan importante informe y, en particular, por su atinada promoción de un diálogo fecundo entre los gobiernos de los Países Miembros y las ONG y entre aquéllos y éstas con la OPS.

El Dr. PICO (Argentina) se suma a las felicitaciones expresadas por el Representante de Costa Rica.

M. LAUREAU (France) félicite son collègue bolivien et le Secrétariat pour l'excellent compte rendu des 117e et 118e réunions du Comité exécutif. Il indique cependant que la participation des communautés de base aux problèmes de santé, un point essentiel, n'est pas suffisamment ressorti. Apart les femmes, il faut aussi tenir compte des communautés de base qui existent beaucoup dans les pays d'Amérique latine.

D'autre part, il rappelle que, vu les tâches de plus en plus nombreuses confiées aux Directeurs, il voudrait s'assurer que lors de l'examen du point 7 de l'ordre du jour, c'est-à-dire des questions budgétaires, le recouvrement des contributions obligatoires soit suffisant pour que le Directeur exécutif soit en mesure de remplir les obligations qui lui sont imparties. Le manque de moyen ne devrait pas être compensé uniquement par l'appel à des contributions volontaires. Les activités devraient être planifiées non pas en fonction des recettes prévues, mais des contributions attendues.

O Dr. TIMPONI (Brasil) manifestou a aprovação de sua delegação à proposta do Representante da França relacionada com as comunidades de base. Ressaltou que

essas comunidades vêm realizando trabalho essencial e responsável na implementação das políticas governamentais, sem o qual essas políticas poderiam dar a impressão de serem paternalistas. Além disso, solicitou que o texto da intervenção do Dr. Torres Goitia constasse como anexo do relatório da conferência.

El Dr. TORRES-GOITIA (Representante del Comité Ejecutivo) agradece los elogiosos conceptos que contienen las intervenciones de los Representantes de Costa Rica, Argentina, Francia y Brasil, señala que en todas ellas se hace hincapié –muy acertadamente– en la importancia que tiene la participación comunitaria para el desarrollo sostenible de las políticas de salud y reconoce que toda la cuestión entraña serias repercusiones presupuestarias que es preciso considerar detenidamente.

*The session rose at 12:05 p.m.
Se levanta la sesión a las 12.05 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/2
23 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

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

Monday, 23 September 1996, at 2:30 p.m.
Lunes, 23 de septiembre de 1996, a las 2.30 p.m.

President/Presidente:

Dr. Erasmo Vásquez

Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

First Report of the General Committee
Primer Informe de la Comisión General

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencia (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

- Item 3.2:* Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1995
Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1995
- Item 6.2:* Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1994-1995
Tema 6.2: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente a 1994-1995

*The session was called to order at 2:45 p.m.
Se abre la sesión a las 2.45 p.m.*

**FIRST REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN GENERAL**

El RELATOR informa de que la Comisión General, bajo la dirección del Presidente del Consejo Directivo y con la participación de ambos vicepresidentes, el Relator y los representantes de Cuba, los Estados Unidos de América y el Uruguay, celebró su primera reunión el lunes 23 de septiembre de 1996 a las 12.15 p.m. La Comisión General acordó que las horas de trabajo del Consejo Directivo serán de 9.00 a.m. a 12.15 p.m. y de 2.30 a 5.30 p.m. El jueves 26 de septiembre, la sesión de la tarde empezará a las 2.00 p.m. en lugar de a las 2.30 p.m. El orden de consideración de los temas decidido se distribuirá en el documento titulado "Programa de sesiones" (CD39/WP/1). Los idiomas oficiales de trabajo de la reunión serán el español, el francés, el inglés y el portugués. La Comisión General celebrará su próxima reunión el miércoles 25 de septiembre, inmediatamente después de la sesión plenaria de la mañana.

Decision: The first report of the General Committee was adopted.

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

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU, 1995

TEMA 3.2: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA, 1995

Sir George ALLEYNE (Director), presenting the Annual Report of the Director for 1995 (*Official Document 277*), said that at the end of his first year in office, his feeling was one of gratitude to the Member Governments coupled with satisfaction and pride in the staff of PAHO.

After reviewing the functions and policies of the Directing Council, he outlined important aspects of PAHO's work in the preceding year.

1995 marked the mid-year of a decade that had opened with optimism in the Americas about the chances for real human development. The report of the Inter-American Development Bank on the economic climate, which focused on the problems mainly of Latin America and the Caribbean, had noted that the economies of most of the countries of the North were relatively stable. The Region's economic reforms had been put to the test as a result of the currency devaluation in December 1994 in one of the major countries and fears had been raised of an international crisis on the scale of the 1992 debt crisis. Those fears had proved groundless. The regional impact of the crisis was nevertheless dramatic, because it had brought in its wake a reduction in the rate of the Region's economic growth. The majority of the countries in the Region had managed to reduce inflation and to increase the Region's integration in world markets. Total economic growth in the Region fell from the 1994 level; however, the rate of growth,

excluding Argentina and Mexico, was about 4.2%, which was only marginally less than in 1994.

The Region had benefited during 1995 from generally favorable external conditions, partly because the industrial economies had experienced moderate but steady economic growth, and prices of many of the Region's products had remained fairly firm. Long-term interest rates declined after the substantial increase in 1994, and the fears of inflation gradually dissipated in the United States of America while prospects of fiscal consolidation improved. By the end of 1995 lower interest rates had led to lower debt service for the countries and the possibility of increased capital flows from the North to the South.

The crisis at the beginning of 1995 was important because it had highlighted the Region's continued vulnerability to volatile international capital flows. But it had also demonstrated an increased resilience of the economies to such disturbances. In contrast to 1982, when a similar disturbance plunged the Region into a decade-long recession, the 1994 shock had not had lasting effects on the Region.

In 1995, almost every country of the Region had reexamined its institutions, emphasized decentralized decision-making, and moved toward targeting the most needy segments of the population as regards health needs. There was a recognition that, in spite of growth in the early 1990s, there was a backlog of social needs to be addressed—rising unemployment, increasing poverty, and the increasing maldistribution of goods. Those issues continued to be a source of concern throughout 1995.

Another important aspect of human development was the strengthening of the political rights and freedoms so important to the Region. In 1995, the democratic process was firmly entrenched: six governments had changed and all had changed democratically.

On the international political front, one of the major events of 1995 was the fiftieth anniversary of the United Nations. The United Nations General Assembly had held a special session to commemorate that anniversary. The dominant theme had been the reform of the Organization. Many speakers had called for an expansion of the membership of the Security Council and had stressed the need for greater transparency, democratization and accountability, not only in the United Nations itself, but in many of its organs. Speakers had deplored the current financial crisis and had highlighted the need for Member States to pay their dues. The meeting had concluded with the adoption of a declaration calling on the United Nations to redirect its focus toward greater service to humankind, especially to the suffering and the deprived. The declaration recognized their needs as the practical and moral challenge of our time. On several occasions in 1995, that redirection had been identified as global health.

The United Nations Secretary-General had put forward his agenda for development; it emphasized that development could not go forward without peace. That recalled the efforts of the Ministers of Health of Central America and Panama, who had designated health as a bridge for peace. The Secretary-General had referred to the economy as the engine of progress and stated that improved education, health, shelter,

and increased employment would contribute directly to reducing poverty and its consequences. Throughout the discussions, the dominant theme had been the interdependence of nations. That interdependence was very important to the Region. In that connection, he himself would no longer use the expression "donor countries," because all countries were at once givers and receivers.

The discussion on the occasion of the fiftieth anniversary had included a strong call for the administrative and governance reform of the United Nations system and, by extension, the whole international system. The report of the Global Governance Commission had pointed out that the world needed a new vision to galvanize people everywhere to achieve higher-level cooperation in areas of common concern and shared destiny. The Director believed that health was the area in which the new collective vision could be applied.

The angst accompanying United Nations reforms had found expression in many of the agencies and institutions of the United Nations system, including WHO. Nevertheless, in spite of calls for reform, and in spite of criticism, the idea of interconnectedness and interdependence had been thrown into sharp relief in mid-1995 when the Ebola epidemic struck Zaire, focusing the world's attention on emerging diseases. It had attracted public and media interest and WHO had demonstrated its capacity to respond efficiently. On a smaller scale, the outbreaks of dengue in the Region and of leptospirosis in Central America had highlighted the interconnectedness of the world in the health sector.

Any reference to political development must recognize the steady movement toward subregional integration in the Americas. During 1995, the Central American presidents had met twice to design and refine the instruments of integration. The CARICOM countries had put in place many of the mechanisms to strengthen and widen the Caribbean integration movement. The Association of Caribbean States had been formed, and the countries of the Southern Cone, MERCOSUR, had advocated elevating the issue of health to a dominant place in its discussions. In 1995 PAHO had affirmed its support for those movements as a matter of policy.

The Annual Report analyzed the health situation, described PAHO's work under the headings of the strategic and programmatic orientations, evaluated the status of its technical cooperation programs, discussed management of the Secretariat, and outlined some of the major accomplishments of 1995. The Director's introduction reflected the dominant themes of equity and Panamericanism that formed the basis of PAHO's work and found expression in health for all.

It had become untenable to accept rapid economic growth without better distribution of wealth, and social equity had now gained respectability as an economic end. The Director had developed three interpretations of equity in health services that translated as equality of access, equality of utilization, and equality of outcome. The Annual Report outlined some of the main approaches developed in the strategic and programmatic orientations that derived from the goal of equity. The quest for equity was one of the driving forces behind the universal preoccupation with sector reform, not only

in the Americas, but in most of the world. The major thrust of health promotion had been and would continue to be the creation of favorable opportunities within communities, cities, schools, and factories for citizens to mobilize for the purpose of reducing the inequities that make for ill health. There was a need to move toward a world that recognized differences but avoided otherness—there should be no otherness in health.

In 1995, PAHO had started to define a set of core data for health trend assessment. Soon all countries would have a basic set of core data about health situations and those data would be accessible throughout the Americas. The first chapter of the Annual Report discussed inequity in the distribution of resources for health, and inequity in the health status of the population, and provided a methodology that divided the countries according to income status. One manifestation of inequity in health status was that the percentage of newborns with low birth weight in the Region of the Americas closely reflected the degree of inequity prevailing in the countries. While 1995 saw an effort to extend equitable and equal access to some services such as immunization to other health areas, the same gradation of equity in health was reflected in infant mortality rates.

PAHO had committed itself to working toward the consolidation of information systems in the Member States in order to document the impact of health interventions and also to support the development of health policies leading to sustainable human development. When the countries worked in collaboration with international technical

agencies to address health problems, significant improvements could be achieved for population groups at risk.

Under Health and Human Development, the Annual Report described the question of health sector reform. Through the country offices PAHO had provided direct support for 26 national health sector reform processes in the Americas directed toward enhancing equity in the Region. In determining what kinds of health services should be funded, a major event in 1995 had been the meeting on health sector reform, the largest meeting of its kind held in the Region, and a direct follow-up to the Summit of the Americas.

In the area of Health Systems and Services Development, PAHO had helped the countries to reorganize their systems and services as part of health sector reform. Together with the Inter-American Development Bank, PAHO had undertaken a regional health study of the Caribbean to define areas of need and projects to be developed. The area of health systems and services included human resources development. In 1995 PAHO had focused its efforts in human resources development on strengthening the capacity to evaluate the performance of persons already in the service, and helping them to maintain and improve their skills.

The issue of technology and essential drugs had great importance because the pharmaceutical sector was directly affected by the countries' shift towards free market economies. As a result, PAHO's cooperation had been aimed at ensuring that commercial considerations did not take precedence over quality, safety, effectiveness, and availability criteria. A significant aspect of cooperation in this area had been support for

the harmonization of drug regulation emerging from various subregional economic and trade integration initiatives.

PAHO had also sought to strengthen the capacity of the laboratories in the Region to deal with some of the common problems, including disaster preparedness and mitigation. In 1995 PAHO had focused not only on response to disaster, but on the continuum from mitigation to prevention, to development. One of the major developments in 1995 was a collaborative initiative designed to strengthen the countries' capacity in the area of mitigation in order to reduce the vulnerability of health facilities to natural disasters.

Some outstanding results had been achieved in oral health. An impact assessment conducted of Jamaica's national program for salt fluoridation had revealed an overall caries reduction of more than 83%, with 86% of children under 6 years of age reported to be free from caries.

In the area of Health Promotion and Protection, much of the emphasis had been on "healthy municipalities," or healthy spaces. The creation of healthy spaces represented the loci within which the principles of health promotion would be implanted.

Family and population health had been stressed because a new approach had allowed PAHO to implement several lines of action proposed at the World Summit for Children and the Beijing Fourth World Conference on Women. One of the areas to be strengthened was the adolescent health program, a critical element in influencing their health practices.

In 1995, PAHO had also continued to develop conceptual underpinnings for the Food and Nutrition Program, highlighting food security and the correction of malnutrition.

Environmental protection and development had become a major focus of the search for equity. In 1995, PAHO had convened the Pan American Conference on Health and Environment in Sustainable Human Development, mandated by the Summit of the Americas in 1994. The centerpiece of the Conference was the Pan American Charter on Health and Environment in Sustainable Human Development. PAHO was working with the Member States to translate it into action.

In the area of Disease Prevention and Control, PAHO had, in collaboration with UNICEF, developed a joint strategy for the integrated treatment of major childhood diseases. There had been particular emphasis on acute respiratory infections and on emerging and re-emerging diseases. In 1995 PAHO had begun a sustained effort to examine strategies for the prevention and control of the latter.

In 1995 there had been an outbreak of plague in one of the Member States. PAHO had succeeded in mobilizing a not inconsiderable sum of money from the European Community Humanitarian Office to strengthen plague prevention and control activities. As a result of community participation and with PAHO's technical cooperation, the outbreak had been contained and there had been fewer than 100 cases of plague in 1995.

For the fourth year, in 1995 poliomyelitis was absent from the Americas, and in the whole of 1995 there had not been a single case of measles imported into North America from Latin America or the Caribbean Region. In 1995, PAHO had created a new Program on Noncommunicable Diseases in recognition of the importance of that area.

In 1995, PAHO had evaluated technical cooperation in seven of the Member States. The evaluation was designed to demonstrate not only fiscal transparency but also programmatic transparency, and to spotlight national priorities, the major accomplishments of technical cooperation, and the recommendations for future technical cooperation.

The Annual Report also dealt with management and administration. One of the fundamental tenets of the Organization was that it represented a cooperative health enterprise in which the Member States had undertaken to work together to improve the health of all the people of the Americas in the spirit of Panamericanism. A second value, or principle, was that PAHO should champion the search for equity and social justice that found expression in health for all. In terms of action, the staff of the Pan American Health Organization had crafted a definition of the mission of the Organization.

They had stated that its mission was to " . . . cooperate technically with the Member Countries and to stimulate cooperation among them in order that, while

maintaining a healthy environment and charting a course to sustainable human development, the peoples of the Americas may achieve Health for All and by All."

The Secretariat had been restructured in 1995 and the Special Program on Vaccines and Immunization had been added. The Program on Women, Health, and Development had been incorporated into the Division of Health and Human Development. Issues relating to gender inequity and discrimination resulting in ill health were addressed throughout the Report.

Some new management practices had been introduced in an attempt to provide information for PAHO's corporate services, information for technical cooperation, information on health, and to disseminate knowledge of the work of the Organization. PAHO had set up 56 publication centers in the countries of the Region, information programs on the World Wide Web, had strengthened planning and programming, and had made modifications to the AMPES system to make it more responsive. For the first time PAHO had presented a program and budget indicating the results expected from the programs. A new personnel evaluation system had been set up; the area of budget and finance had been streamlined; and activities aimed at increasing the recruitment of women in the Organization had resulted in a situation where 48% of the professional staff in PAHO were women. Lastly, relations with the Staff Association had undergone a marked improvement owing to the responsible attitude and behavior demonstrated by the staff.

The last part of the report summarized the major accomplishments of PAHO's technical cooperation at the country level during 1995. Those accomplishments had been selected for mention by the country office staff and selection criteria had been remarkably uniform from country to country. Accomplishments congruent with the strategic and programmatic orientations of the Organization had been underscored.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) agradece al Director de la OPS la cooperación y la ayuda técnica brindadas a su país por la Organización. Puerto Rico se ha enfrentado a una reforma del sector para ofrecer salud a todos los puertorriqueños, y lo ha hecho en un nuevo contexto sociopolítico caracterizado por la apertura del mercado. Para ello ha adoptado los principios establecidos por la OPS, así como sus metas, entre ellas la equidad, la justicia social, la prevención de las enfermedades, la atención primaria y la participación ciudadana. El Estado se ha vuelto más flexible y ágil, pero sin descuidar la dirección del sector. Dos años después del comienzo de la reforma, hay un millón de puertorriqueños dentro de ese nuevo concepto de salud, resultado que ha sido acogido con gran satisfacción por todos. Es más, próximamente se dará a conocer una evaluación de la calidad y de los resultados, usando el modelo de atención integral o de cuidado dirigido.

Puerto Rico ha venido participando también en las actividades relacionadas con la evaluación de los factores que influyen en la salud maternoinfantil. En lo que respecta a las orientaciones programáticas, se ha integrado en el Programa Regional de Bioética, estableciendo comités en esa materia y haciendo intensos esfuerzos por llevar esos

conocimientos a los médicos jóvenes, así como a los internos y residentes. Además ha promovido la Confederación Antillana de Bioética, integrada por Cuba, Puerto Rico y la República Dominicana, lo que está en armonía con su postulado de que, lo mismo que existe una bioética anglo-sajona y latinoamericana, debe existir también una bioética caribeña.

Puerto Rico está trabajando asimismo con la OPS en las actividades encaminadas a establecer un plan de acción para combatir las enfermedades no transmisibles. Así, tuvo el privilegio de acoger la reunión sobre la diabetes en las Américas. Por otra parte, está tratando de adaptar los conceptos del Proyecto Carmen a sus necesidades sanitarias. Otro factor muy importante es que las orientaciones programáticas de la OPS han sido incorporadas a la política pública del país, y en un futuro próximo se hará una evaluación en lo que respecta al impacto del sistema sanitario puertorriqueño. Las áreas de vacunación, de los centros estratégicos de publicación y de la esquistosomiasis han sido también prioritarias. Puerto Rico, en definitiva, quiere insertarse en la gran tradición panamericana y estar presente en unos momentos históricos en que es esencial la unidad para combatir la pobreza y dar mayor equidad y justicia al sistema.

El Dr. VIDOVIĆH (Paraguay) congratula al Director por su exposición, que revela la realidad actual de la Organización Panamericana de la Salud y permite medir el alcance del esfuerzo hecho para enfrentar los desafíos existentes, así como evaluar los aspectos sociales, económicos y políticos que condicionan los avances del desarrollo humano en todos los países de la Región. El Paraguay ha encontrado en el Director un

alto grado de cooperación técnica para dar continuidad a sus programas de prevención y capacitación gerencial y al proceso de reforma sectorial, que por un lado ha aproximado aún más al país al cumplimiento de sus metas sanitarias y por otro ha afianzado sus propuestas de descentralización y de participación social encaminadas a lograr una mayor equidad en las acciones emprendidas.

El Dr. ORTIZ (México) dice que son los países los que están agradecidos al Director por su solidaridad y, sobre todo, porque enmarca la salud dentro de un concepto de política social y de un reto moral que todos deben asumir. En este sentido el Dr. Alleyne muestra una enorme estatura moral, pues en un mundo en que los sistemas de salud se están reformando con una visión meramente economicista, devuelve el sentido social a la tarea de la Organización, que no es una tarea de economistas sino de los trabajadores de la salud. Así lo hace ver el Director cuando habla de la equidad como instrumento de justicia social que promueve cada vez más el combate contra la pobreza, es decir, la peste más letal padecida por los países latinoamericanos. La Secretaría de Estado de Salud de México da las gracias al Dr. Alleyne por destacar estos conceptos tan necesarios en este mundo de reformas economicistas que tanto deforman las tareas de los países.

El Dr. MUÑOZ (Chile) felicita al Director por su excelente informe anual. Al destacar la equidad como elemento central que debe guiar a los países de la Región en sus procesos de reforma de los sistemas de salud, el informe refleja el acierto de una

Organización dispuesta a asumir el liderazgo de estos procesos tan directamente ligados a la exigencia moral de igualdad y ayuda a los débiles que interpreta el sentir de los trabajadores de salud de la Región. La equidad en salud no sólo debe ser una exigencia en lo que respecta su distribución en la sociedad por las razones antes mencionadas, sino también por el rol que la salud deberá asumir en la aspiración común a una mayor equidad en la distribución del conjunto de los bienes de la sociedad.

En este sentido, es procedente señalar que, en un ambiente de internacionalización y globalización económicas, el rol de la salud y de otros sectores encargados de las políticas sociales en la búsqueda de la equidad social global será cada vez más importante, pues los instrumentos tradicionales de la macroeconomía tendrán efectos más limitados y los países se resistirán a usarlos en la medida en que limiten la competitividad de su economía en el marco de los desafíos que implica la internacionalización. Merece especial mención el capítulo del informe relativo a la distribución de la equidad y la salud en la Región desde la perspectiva de la justicia social.

La decisión de la OPS de estimular el uso de la epidemiología por parte de los países subgestores de salud pública merece todo el respaldo de la delegación de Chile. Finalmente, Chile estima que la parte del informe dedicada al tema de las reformas de salud en la Región no puede ser más que digna de encomio. La Organización debe aportar a estos procesos el sentido humano con sólidos fundamentos teóricos y especial consideración de los aspectos económicos y de participación social que estos procesos exigen. La epidemiología es el vínculo del lenguaje común que requieren los expertos

en ciencias sociales, los economistas y los profesionales de la salud para entenderse y avanzar en un camino común que supere los actuales desencuentros.

El Dr. DOTRES (Cuba) felicita al Director por el informe presentado, que denota profundidad en el análisis y renovadora propuesta. Poner la equidad en el centro de la reunión en curso ha sido oportuno y valiente, pues la consecución de la equidad en materia de salud transita por la equidad social, que indiscutiblemente debe ser uno de los objetivos básicos de los gobiernos de la Región. Sin embargo, en el marco filosófico de la salud y de la equidad, que es el tema que se examina, no se pueden dejar de lado situaciones como las de las poblaciones analfabetas, la situación de la pobreza, que se agudiza cada vez más, la aparición de enfermedades nuevas, y la reaparición de antiguos problemas que parecían resueltos, la baja calidad de los servicios de salud y la falta de atención a las poblaciones marginales e indígenas, todo ello reflejado en las diferencias de esperanza de vida entre países y entre regiones de un mismo país.

La aplicación de las estructuras teóricas del informe al caso de Cuba pone de relieve que en el país la equidad en la distribución de los recursos de salud se ha venido desarrollando de manera significativa en los últimos 30 años. Hay más de 30.000 médicos de la familia (51,8 por 10.000 habitantes), que dan cobertura a más del 97% de la población urbana en general y al 100% de la población rural. En 1994 se dedicó el 7,8% del PIB a la salud. Los 11 millones de cubanos tienen servicios de salud gratuitos, equitativos y accesibles. Es más, dentro de la equidad en el estado de salud de la población se han mantenido los buenos resultados obtenidos con el programa de

inmunizaciones, lo que ha permitido erradicar la poliomielitis, la difteria, el sarampión, el tétanos neonatal y la meningitis tuberculosa. En Cuba no hay paludismo, dengue, ni cólera.

La reducción de las desigualdades sociales han sido el centro mismo de las políticas de la revolución y sus logros son conocidos. El PIB de Cuba correspondiente a 1993 fue de US\$ 1.17 per cápita a precios constantes de 1981. De acuerdo con estos datos, el país estaría, en el cuadro 1-1 de la página 3 del análisis de la situación de salud del informe, ubicado en el grupo 4 y en el lugar 37 si los países se ordenaran de mayor a menor. Resultará paradójico para algunos que un país en esta situación presente los resultados mencionados, pero ello ocurre porque en el modelo cubano existe una equidad redistributiva real.

La época actual está marcada por la escasez de recursos de todo tipo, sobre todo financieros, que se observa en la mayoría de los países y en la propia Organización, situación que se ve agravada en el caso de Cuba, por tener un limitado acceso a los fondos extrapresupuestarios y ninguno a los fondos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Por ello, la cooperación técnica es un componente vital, que debe ser celosamente evaluado, pero es preciso revisar también los mecanismos de la cooperación técnica entre países para hacerlos más oportunos y ágiles en relación con las necesidades reales de los procesos de reforma sanitaria de los países. Cuba estima pues, que la ausencia de un sistema de salud estatal que dirija, con la participación de la comunidad, la doctrina de la salud para hacerla más equitativa, así como la falta de

voluntad y de legislaciones que acompañen el objetivo de la equidad en materia de salud son los aspectos sobre los que es necesario reflexionar y actuar en el futuro próximo.

*The session was suspended at 3:45 p.m. and resumed at 4:10 p.m.
Se suspende la sesión a las 3.45 p.m. y se reanuda a las 4.10 p.m.*

El Dr. CAMINO (Perú) dice que el Informe, si bien es más breve que el de otros años, refleja con mucha claridad los resultados que se han obtenido sobre la base de las prioridades nacionales de prestación de cooperación técnica en salud. La equidad, tema central del Informe, es el pilar sobre el que puede alcanzarse la meta de salud para todos.

Para el Perú, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar sigue siendo de gran importancia. En los últimos años, dicho programa ha multiplicado la difusión de información y la prestación de servicios de planificación familiar a la población. En esta labor se ha concedido prioridad a la atención de las personas que carecen de medios para acceder a esos servicios. La tasa de fecundidad que en 1990 era de 3,4 hijos por mujer, ha descendido a 2,9 en 1995. Asimismo, se han puesto métodos anticonceptivos al alcance de las familias más pobres, el grupo de población en el cual la multiparidad y los embarazos de alto riesgo contribuían en mayor medida a las altas tasas de mortalidad materna registradas.

El ascenso de la producción de anticonceptivos ha sido la consecuencia natural del aumento de la demanda por parte de la población. Esto ha sido resultado, a su vez, de las campañas de información llevadas a cabo y del esfuerzo del Gobierno por equipar

adecuadamente a los centros de salud y de aumentar la coordinación con otras instituciones del sector salud.

Como componente importante de la respuesta al colapso funcional en que se encontraban los servicios de salud del Perú, a partir de 1994 el Ministerio de Salud realizó algunas intervenciones, como programas y proyectos de gasto e inversión, destinadas a aumentar la capacidad resolutive de los servicios de salud. Asimismo, se ha intentado solucionar el deterioro observado en los servicios de salud en la década de los ochenta por medio de las acciones habituales del sector y de proyectos adicionales que han sido financiados con fondos del tesoro público y de la cooperación internacional.

En el marco del proceso de modernización del Estado, el Ministerio de Salud ha formulado los principios que deben regir la reforma del sector. Estos principios se han reflejado en las directrices de las políticas de salud elaboradas para el período 1995-2000 como resultado de un proceso político de consulta, del consenso social alcanzado y de la estrecha colaboración de la OPS.

Las directrices políticas mencionadas son las siguientes: garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y de atención individual, otorgando prioridad a los sectores más pobres y vulnerables; modernizar el sector salud; reestructurarlo en función de una mayor accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención; prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud, y promover condiciones y estilos de vida saludables. Como experiencia destacable en este proceso, cabe mencionar el fortalecimiento de la capacidad organizativa de la población, que en la actualidad cuenta

con comités locales de administración de salud, por medio de los cuales la población participa en la gestión de los servicios de salud. Actualmente, unos 500 centros de salud se gestionan bajo esta modalidad.

Por último, los logros mencionados no pueden hacer perder de vista los retos que plantea el futuro. Es menester señalar que el mejoramiento de los promedios de los indicadores a nivel nacional no traduce en modo alguno las notables diferencias entre las zonas más y menos desarrolladas del país. Por ello, el acceso universal a los servicios de salud sigue siendo una prioridad que concentra los esfuerzos, las estrategias y los recursos del gobierno.

M. AISTON (Canada) rappelle que l'OPS est confrontée à un contexte budgétaire difficile. Il estime que le Directeur a fait preuve d'un leadership exceptionnel en prenant des décisions qui ont eu un impact positif sur le personnel qui constitue la principale ressource de l'Organisation.

Le Canada constate avec plaisir que l'avenir de l'OMS sera discuté au cours de cette réunion. Lors de la dernière Assemblée mondiale de la santé, le Ministre canadien de la santé, l'honorable David Dingwall, a exhorté l'OMS à mettre l'accent sur l'adoption de programmes efficaces dans des secteurs prioritaires et à améliorer sa gestion, notamment en faisant preuve de transparence. Il lui a aussi demandé de faire montre de leadership en éliminant les doubles emplois au sein des organismes internationaux, de tenir compte, dans son mode de fonctionnement, de ses contraintes

financières et de celles de ses Etats membres. Ces messages demeurent plus que jamais valables et vitaux.

Continuing in English, he referred to the huge challenges confronting the Americas cited in the Annual Report, including the resurgence of dengue and cholera, the persistence of health inequities, violence, and, of particular concern to Canada, the increasing use of tobacco, which was preventable. The use of tobacco would entail huge costs to the health systems and economies of all countries, and PAHO needed to be in the forefront of the struggle to intercept and reverse this epidemic. He applauded the position taken by the countries of the Region at the recent World Health Assembly on the elaboration of an international convention on tobacco and urged PAHO to show leadership in that endeavor.

He congratulated the Director for focusing on the issue of health equity in his report, which was at the center of discussions on health reform in many countries. As such, it would not only reduce the effects of inequity but would be a force for greater social cohesion. PAHO's work in health reform, particularly its conference on the subject, had been a model of cooperation and collaboration among institutions, including the World Bank and the Inter-American Development Bank.

Dr. MAGÃO (Portugal) manifestou que não basta cuidar dos doentes; é urgente prevenir a doença. Disse que os problemas de saúde não têm a ver apenas com os abusos da sociedade de consumo mas têm também profunda ligação com a pobreza, que tem aumentado. Concluiu declarando que as doenças de comportamento exigem um

processo educativo que transmita os valores que orientam a consciência, a inteligência e a vontade.

The Hon. Samuel AYMER (Antigua and Barbuda) pointed out that the report should help to keep the countries motivated to strengthen and develop their health services.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador) dice que las grandes desigualdades que afectan a los países de la Región han sido provocadas por un sistema economicista que ha omitido el desarrollo social de los pueblos. Frente a esta situación no se vislumbran soluciones inmediatas si no se llevan a cabo acciones enérgicas, basadas en la solidaridad y encaminadas a la búsqueda de la equidad. El nuevo Gobierno, que tomó posesión hace seis semanas, ha podido constatar que durante los seis últimos años se había producido un deterioro de las condiciones de salud de la población del Ecuador. Durante ese período aumentaron notablemente la morbi-mortalidad infantil y materna, la tuberculosis y otras enfermedades como la rabia, el cólera o la malaria.

Por todo ello, el Gobierno ha basado sus medidas en la planificación sostenible, que a su vez está basada en principios de equidad y solidaridad universal. En este marco se está promoviendo la atención básica de los servicios de salud. Uno de los elementos esenciales de estas nuevas medidas es la colaboración técnica que brinda la OPS en el campo de la epidemiología.

Otro tema al que está prestando especial atención el Gobierno es el de la reforma del sector salud. A pesar de la cooperación técnica que ha prestado la OPS en este terreno, para llevar a cabo la reforma será preciso superar el escollo que representan las negociaciones del Gobierno con las entidades prestamistas. Entre otras cosas, se deberá renegociar la deuda contraída por el Gobierno en el pasado.

El Dr. SOLARI (Uruguay) señala que el Informe resume los resultados del primer año de trabajo del Director al frente de la Organización. Comparte la preocupación manifestada por todos los países en relación con la equidad, tanto en lo que hace referencia a las necesidades de salud de distintos sectores de la población como en lo relativo a la asignación de recursos a los servicios de salud.

Recomienda que se profundice en las experiencias concretas de los países que hayan permitido mejorar la asignación de recursos, así como reducir la desigualdad social y mejorar el análisis de las diferencias observadas en las condiciones de salud en función de la clase social, los distintos grupos de población y el género. La importancia de estos análisis estriba en que la información que pueden brindar es cardinal para que los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales —tanto nacionales como internacionales— puedan mejorar la canalización de sus esfuerzos y recursos. Por último, la adopción y utilización indiscriminadas de tecnologías médicas en los países de la Región no mejoran la efectividad ni la eficiencia de la prestación de servicios, sino que alejan a los países de las cuotas de equidad deseadas.

El Dr. TORRES (Bolivia) manifiesta que el Director ha tenido la firmeza y la valentía de abordar un tema de capital importancia para el desarrollo social de los países de América Latina. El concepto de equidad trasciende la esfera de los servicios de salud y va a la par del concepto de desarrollo social de los pueblos. En Bolivia, al aceptar estos principios, se ha logrado fundamentar las acciones en el concepto del desarrollo humano, que está estrechamente vinculado con el de equidad. La equidad no solo ha de entenderse desde su vertiente redistributiva, sino como la oportunidad que todos deben tener de acceder al desarrollo. Después de tres años de mandato, el Gobierno boliviano puede demostrar que dicha visión está ejerciendo efectos positivos, como lo ilustra la oportunidad que se ha dado a las mujeres y niños bolivianos de acceder a un seguro social y universal de maternidad y niñez. La integración de las acciones de salud en el sector social también ha dado oportunidad a la población boliviana que vive más alejada de los núcleos urbanos de formular soluciones integrales a sus problemas de salud. En síntesis, la equidad debe catalizar los procesos de reforma del sector salud.

Respaldando los comentarios del Director, señala que la cooperación internacional permitirá a corto plazo que los países extraigan enseñanzas de los logros alcanzados y de los errores en que han incurrido otros países.

El debate mantenido en torno a la equidad debe contar con el apoyo de los altos mandatarios de los países de la Región y analizarse en todas las reuniones en que se aborde el tema del desarrollo social.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) da lectura al siguiente párrafo, extraído de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas: "Nuestra Región no se siente nada orgullosa de su fama con respecto a la grave inequidad social, y cada vez más los líderes regionales están dirigiendo su atención hacia la reducción de dicha inequidad. Si es de esperar un cierto grado de alivio económico en el futuro, nuestra mayor preocupación en la OPS es la inversión que habrá que hacer en el sector salud para reducir las inequidades por medio de la reorganización de los sistemas y servicios de salud, para que puedan prestar atención justa y equitativa a toda la población".

A continuación, indica que Costa Rica comparte la opinión del Director en relación con la necesidad de reformar las Naciones Unidas. Del mismo modo que se está reformando el sector salud de los países, será preciso introducir reformas en los organismos internacionales, con objeto de adaptar la cooperación que prestan a sus necesidades de salud.

Respaldando las ideas expresadas por el Director, afirma que no debe hablarse de países donantes y receptores sino de dependencia entre los países, y que la equidad es la mejor muestra de dicha interdependencia.

Le Dr. LASSEGUE (Haiti) félicite le Directeur de l'OPS pour la clarté et la justesse de son rapport et pour son engagement envers la recherche de l'équité dans le domaine de la santé. Les axes programmatiques du nouveau plan de santé haïtien recourent les chapitres du rapport présenté par le Directeur et insistent sur les notions

d'équité, de justice sociale, de solidarité avec, comme moyen opérationnel, la décentralisation et la recherche de la participation communautaire.

Le Ministère de la santé d'Haïti lance actuellement une réforme et une restructuration de son système de santé en priorisant dans une première phase la déconcentration des services et dans un second temps la décentralisation des interventions. A court terme, les priorités articulent premièrement, le renforcement institutionnel, deuxièmement la réhabilitation des infrastructures sanitaires avec un accent particulier sur l'accueil des patients et les conditions de vie en périphéries des personnels de santé, troisièmement la formation du personnel en santé communautaire et enfin la formation continue.

Au sein de ces priorités, la coopération avec les organisations multilatérales et bilatérales de santé est appelée à se développer dans le cadre d'une coordination plus structurée et mieux orientée. Les relations avec l'OPS devront donc connaître un développement particulier.

El Sr. HOLMES (Colombia) destaca tanto la función de cooperación interagencial desempeñada por la Organización, como la ayuda que ha prestado a Colombia en la reforma sectorial, mediante la asistencia técnica directa, la difusión de información y las actividades de investigación, así como con su cooperación en los procesos de consenso intrainstitucional e interagenciales. La conformación y consolidación de grupos multidisciplinarios de asistencia directa a los países constituye una estrategia fundamental.

Las actividades de estos grupos han de llevarse a cabo como una cooperación horizontal que garantice su aplicación instrumental en los procesos de reforma de los países.

En este sentido, la consolidación de la red interamericana propuesta por la OPS permitirá transferir tecnologías de unos países a otros, mediante la oferta efectiva de publicaciones, investigaciones e inventarios de investigadores, todos de gran utilidad para la progresión de las diferentes reformas del sector salud. La creación de comisiones permanentes de expertos, que resuelvan continuamente los problemas que vayan surgiendo a medida que se llevan a cabo las reformas, deberá ser el pilar fundamental en que descansen las aplicaciones instrumentadas señaladas.

Colombia enfrenta el reto que supone la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000, y lo está haciendo a través de la puesta en práctica de diversas y complejas estrategias, como la ampliación de un sistema general de seguridad social y la descentralización financiera y administrativa del sistema de salud. Por último, en el país se han seguido cabalmente las pautas definidas en la Cumbre de las Américas, que han brindado la oportunidad de reestablecer la cooperación efectiva multilateral y bilateral para alcanzar la meta de salud para todos.

El Dr. PICO (Argentina) felicita al Director por su excelente, concreto y profundo informe. El documento *En busca de la equidad*, constituye un importante y valioso aporte para mejorar el trabajo de la Organización y del sector salud de los países de las Américas.

Considera muy útil el análisis hecho de la situación de salud y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, que ha sido realizado con originalidad, con una actitud sistémica, con un profundo respeto por la realidad y con un moderno enfoque epidemiológico. También considera de gran interés el enfoque del documento en relación con la evaluación de la cooperación técnica y de los principales logros alcanzados. Valora mucho el énfasis puesto por el Dr. Alleyne en la vocación de servicio para poner a la Organización al servicio de los Estados Miembros y, por lo tanto, de la población de la Región en su conjunto y, asimismo, la forma en que se promueve el liderazgo de los ministerios de salud frente a los cambios, en busca de equidad, solidaridad y justicia social.

Los oradores que lo han precedido en el uso de la palabra han coincidido casi totalmente en la necesidad de avanzar en busca de la equidad pero, por su parte, quisiera señalar también que los cambios deben ser estructurales y no solo programáticos, y en ellos se debe prestar especial atención a mejorar la eficiencia, la calidad y el uso racional de los recursos para poder dar más y mejor salud a toda la población. Frente a unos recursos escasos y al problema de la globalización, resulta imprescindible orientar todos los esfuerzos a mejorar el proceso técnico-administrativo en la gestión, no solo de la organización sino del sector salud en su conjunto. En este sentido, ve con gran satisfacción la firme voluntad del Director de seguir trabajando con el objetivo puesto en el futuro inmediato de la Organización. Se debe apoyar firmemente el fortalecimiento institucional y la cooperación técnica vertical, pero promover y apoyar también la

cooperación técnica horizontal entre países que tienen las mismas necesidades y tal vez las mismas posibilidades de ser más útiles al racionalizar su cooperación.

El Dr. RINCÓN (Venezuela) une su voz a la de los representantes de otros países para felicitar al Director por su magnífico informe y por los logros alcanzados en su gestión.

El Gobierno de Venezuela, no obstante las serias dificultades macroeconómicas que ha vivido el país y que se van resolviendo, está llevando adelante un plan para reformar el sistema de salud que cuenta con las orientaciones del Presidente de la República y con las orientaciones estratégicas de la OPS para lograr la salud en el desarrollo humano con todos sus componentes: políticas para erradicar la pobreza, bioética y desarrollo de la seguridad social y de la tecnología biomédica; el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, privilegiando la asistencia primaria y el robustecimiento de la red ambulatoria; la promoción y la protección de la salud fundamentada en la educación popular y, de acuerdo con el Ministerio de Educación, la formación desde la época preescolar para prevenir la enfermedad; la protección y el desarrollo ambiental, con énfasis en el acceso al agua potable y al tratamiento de las escretas; y la prevención y control de las enfermedades utilizando como eje al médico de familia y estableciendo la municipalización de la salud con el apoyo de la OPS. Hay ya 15 municipios en donde se concentran el esfuerzo público y el papel de las comunidades para mejorar la salud y la calidad de vida.

Por último, alienta al Director para que continúe esas directrices y estrategias, en donde la equidad tiene un papel central.

El Dr. PÉREZ (Observador, España) agradece al Director la presentación de su informe anual, detallado y claro, que constituirá un punto de referencia obligado para toda la actividad sanitaria en la Región. España tiene entre sus prioridades preocuparse y ocuparse de la buena salud de Iberoamérica. Es cierto que sus medios son limitados, pero quiere aprovechar la oportunidad para rendir público reconocimiento a todos aquellos cuyo entusiasmo y entrega permiten hacer frente a todas o casi todas las crisis, entre los que figura principalmente la OPS, a la que España seguirá brindando todo su apoyo.

M. LAUREAU (France) remercie le Dr Alleyne de son courageux exposé qui, derrière la notion d'équité, se réfère en fait à une véritable réforme de la société. Ces réformes de société n'ont pas forcément eu lieu partout, c'est le moins que l'on puisse dire, en Amérique latine.

Il souligne que le Dr Alleyne sait très bien qu'une population, quand elle est saine, est un facteur de développement et que, par conséquent, on peut réfuter les arguments des économies co-centristes en expliquant précisément que le facteur santé de la population est un facteur positif pour la production. En effet, la Banque interaméricaine de développement travaille de plus en plus sur les thèmes de l'égalité sociale, de lutte contre la pauvreté. En ce qui concerne les Caraïbes, un groupe

consultatif a soulevé les problèmes de santé, notamment de santé primaire et d'infrastructure dans cette zone qui relève de l'OPS. A cette occasion, le Dr Alleyne avait présenté un rapport extrêmement fouillé sur les différentes interventions qui seraient nécessaires dans cette zone. L'OPS n'est pas seule, elle est assistée d'institutions financières qui peuvent multiplier son action, car, grâce au Dr Alleyne, des propositions concrètes sont faites, ce qui donne un effet catalysateur à l'intervention de l'OPS.

La transparence et la coopération inter-institutionnelle sont fondamentales pour tenter d'aller plus loin que les simples moyens dont dispose l'OPS.

The DIRECTOR thanked the members of the Directing Council for their support, which he understood to mean that PAHO was on the right track. On the subject of interinstitutional collaboration, he referred to recent discussions with the Inter-American Development Bank to identify areas of cooperation with the Bank. The two institutions were committed to developing a specific plan for collaboration, and one of the projects would focus on the relationship between investment and health and economic growth. His thesis was that investment in health would in fact reduce the unequal distribution of income in a country. In addition to PAHO and the Inter-American Development Bank, the joint study involved the participation of the Economic and Social Council for Latin America and the Caribbean.

El PRESIDENTE dice que el informe del Director demuestra una fina sensibilidad social y un profundo espíritu de justicia, así como una vocación incansable de cooperación. Por ello, en nombre del Consejo Directivo y de los pueblos en él representados, expresa su gratitud al Dr. Alleyne.

ITEM 6.2: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1994-1995

TEMA 6.2: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTE A 1994-1995

El Dr. TORRES (Representante, Comité Ejecutivo) dice que, en la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en el mes de junio, el Sr. Mark Matthews, Jefe del Departamento de Presupuesto y Finanzas, esbozó el contenido del Informe Financiero del Director para 1994-1995, el cual indica que la OPS mantuvo un crecimiento moderado de los programas durante el bienio. Observó que la Organización concluyó el bienio con un déficit operativo de aproximadamente US\$12 millones, lo que se debía principalmente a una insuficiencia en la recaudación de las cuotas y, en particular, a que no se recibió el pago correspondiente al cuarto trimestre de la cuota de 1995 del mayor contribuyente de la Organización. El Sr. Matthews explicó que, de conformidad con las Reglas Financieras de la OPS, cualquiera de estos déficit se cubriría con un adelanto del Fondo de Trabajo. Sin embargo, el monto del déficit fue mayor que el saldo no comprometido de este Fondo y, como resultado, la Organización tuvo que financiar la insuficiencia mediante adelantos internos. El Fondo de Trabajo tendrá que ser reconstituido, ya sea con excedentes de operación o posiblemente con una cuota suplementaria.

En cuanto a los centros panamericanos, el Sr. Matthews informó de que el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) concluyeron el año 1995 con déficit acumulados considerables, que fueron financiados por la OPS. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

(INCAP), por el contrario, concluyó el año con un excedente relacionado directamente con un aumento sustancial en la recaudación de las cuotas pagadas al Instituto, así como con los esfuerzos de su personal.

El Comité Ejecutivo escuchó también al Sr. David Woodward, quien presentó el Informe del Auditor Externo en nombre de Sir John Bourn, Contralor e Interventor General del Reino Unido y Auditor Externo de la OPS. El Sr. Woodward indicó al Comité que el Auditor Externo se había formado una opinión sin reservas de que los estados financieros de la Organización y los del INCAP presentaban una imagen exacta de su situación financiera y de los resultados de sus operaciones en 1994-1995 y en 1995, respectivamente. La situación financiera de la OPS se debilitó algo en 1994-1995, debido en gran parte a la insuficiencia de los pagos de cuotas previstos. No obstante, el Auditor Externo señaló que otros factores habían contribuido también al déficit, siendo uno de los principales la situación financiera de los centros panamericanos. Examinó los cuatro centros más grandes y encontró que, aunque había habido mejoría en algunos casos, los centros, por lo general, solo sobrevivían gracias al apoyo financiero de la OPS.

El Auditor Externo consideró también el funcionamiento del sistema de gestión financiera computarizado de la Organización (FAMIS), que se implantó a fines del bienio 1992-1993. Se mostró complacido con el progreso significativo de la OPS durante 1994-1995 el subsanar muchos de los defectos y problemas fundamentales que habían surgido durante las etapas iniciales de la aplicación del sistema, pero opinó que aún cabía

efectuar mejoras para lograr la máxima eficiencia. En particular, recomendó que la Organización integrara todos los sistemas subsidiarios de contabilidad en el FAMIS y tomara medidas para mejorar la fiabilidad de algunos informes financieros.

En el debate del Comité Ejecutivo que siguió a la presentación de los informes, el Representante de los Estados Unidos dijo que su delegación lamentaba que la falta de pago de la cuota asignada a su país para el cuarto trimestre hubiese causado en parte el déficit que experimentó la Organización al concluir el bienio.

El Comité expresó preocupación por el aumento de la carga financiera que los centros panamericanos representaban para la Organización. Se hizo hincapié en que no debía permitirse que los centros pusieran en peligro la situación financiera de la OPS u obstaculizaran su capacidad para financiar los programas ordinarios. Debía buscarse alguna forma de que los centros fueran más autosuficientes económicamente. También se recalcó que, para que la Organización no gastase más de lo necesario, necesitaba saber muy bien cuáles eran sus prioridades programáticas. El Comité subrayó que dichas prioridades debían reflejar los puntos fuertes singulares de la OPS y responder a las necesidades de los Estados Miembros, aunque obviamente la Organización no podía satisfacer todas las necesidades de todos los países. Finalmente, se señaló que, como en años anteriores, la cantidad de ingresos varios recibidos había sido mayor que lo previsto. Se exhortó a la Secretaría a hacer todo lo posible para calcular esos ingresos varios con exactitud, pues su cuantía influían directamente en el monto de las cuotas asignadas a los países.

En respuesta a las inquietudes del Comité en cuanto a los centros panamericanos, el Director señaló que éstos forman parte integral de la Organización. No quisiera que nadie se quedara con la impresión de que los centros están separados de la Organización o de que, al emplear la OPS sus recursos para financiar a los centros, está utilizando dinero del programa de cooperación técnica. Con todo, aseguró al Comité que la Secretaría estaba instando a los gobiernos a que pagaran sus contribuciones a los centros y seguía vigilando la situación financiera y viabilidad de éstos.

En cuanto al asunto de los ingresos varios, el Sr. Matthews explicó que la cantidad efectivamente recaudada había sido mayor que la prevista porque las tasas de interés habían subido, lo cual había aumentado el rendimiento en las inversiones de la Organización. A causa de las tasas de interés y de otros factores que escapaban a la voluntad de la OPS, resultaba difícil predecir a cuánto ascenderían los ingresos varios.

El Comité aprobó la resolución CE118.R4, en la que se señala la disminución en la tasa de recaudación de las cuotas de la Organización, del CAREC y del CFNI, y se insta a los Gobiernos Miembros a abonar cuanto antes sus cuotas pendientes. En la resolución se señala también el mejoramiento de la situación del INCAP y se reconocen los esfuerzos de los gobiernos miembros del INCAP en este sentido, así como los del Director para mantener a la Organización en una situación financiera firme.

M. LAUREAU (France) estime que la phrase "Nous notons avec préoccupation que plusieurs des pays qui payent des sommes importantes n'avaient pas versé la totalité de leurs contributions pour 1995" qui figure au paragraphe 5 du rapport financier est

importante parce qu'au point 7.2 de l'ordre du jour, on parle de recettes prévisibles. Il serait très dangereux de sortir du principe qui consiste à payer la contribution obligatoire soit pour réduire le programme, la solution la plus facile mais en même temps dangereuse pour l'avenir de l'Organisation, soit pour y suppléer par des contributions volontaires, ce qui serait la négation même du système de coresponsabilité institutionnelle que crée l'obligation de payer des contributions pour le budget régulier. Le budget régulier et les activités financées par celui-ci doivent être financés par les contributions obligatoires. M. Laureau voudrait donc avoir des renseignements sur l'état du règlement des arriérés pour 1995 de l'un des plus importants contributeurs.

Mr. BOYER (United States of America), responding to the concern expressed by the Representative of France with regard to quota contributions for 1995, said that the United States of America had completed its payment for 1995 and had made the first three payments corresponding to 1996.

He went on to express some concern that the External Auditor had referred repeatedly in his report to the weakening financial position of PAHO during the biennium 1994-1995. In addition to the shortfall in the collection of quota assessments, there were other contributing elements, most notably the settlement of \$6.3 million paid to former CEPANZO staff. Moreover, the Auditor had pointed out that PAHO had helped to keep the Pan American Centers operational by dipping into funds in its regular budget: the buildup of arrears at CFNI and CAREC was threatening their financial viability, INPPAZ was not operating with its own funds, and PANAFTOSA had a net deficit

because vaccine sales did not offset the cost of producing them. He asked PAHO to develop a plan for dealing with the financial problems of these centers and present it to the Member States.

Citing the Auditor's comment about a project in collaboration with the Inter-American Development Bank in which the Bank had refused to pay approximately \$600,000 because of a dispute, Mr. Boyer asked if any progress had been made to resolve the problem.

He suggested that future PAHO budgeting be based on the income that realistically can be expected from the Member States, taking into account difficulties that some of the countries might be having to pay at the full level of their assessments. This would mean identifying the tasks that PAHO really needed to do and focusing on those areas in which it had a unique contribution to make, reflecting the priorities set by the Directing Council and the WHO Executive Board. He hoped that serious consideration could be given to Dr. Nakajima's proposal to convene the World Health Assembly and the meetings of the Regional Committees every other year, and that all concerned would think together about better ways to use limited resources and keep PAHO and WHO in good financial condition.

O Dr. TIMPONI (Brasil) foi de opinião que a Organização deve ajustar a implementação de sua programação ao montante que recebe dos países e que o seu orçamento é bastante reduzido em comparação com as necessidades do Continente. Disse

também que a dificuldade de pagamento dos países é uma realidade que deve ser levada em consideração.

The DIRECTOR asked the Chief of Budget and Finance to address the question of the receivable from the Inter-American Development Bank.

Mr. MATTHEWS (Chief, Budget and Finance) confirmed that there had been a long-standing dispute with the Inter-American Development Bank regarding a receivable from a polio eradication project but reported that a settlement had been reached whereby PAHO would recover approximately half the amount in question—namely, \$313,000—from the Bank.

The DIRECTOR thanked the members of the Directing Council for their comments on the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor and said that an effort would certainly be made to find ways to operate more efficiently.

With regard to the Centers, he was pleased to report that CFNI and CAREC had speeded up their collection of quota contributions in the past year and he was therefore optimistic about their financial situation—while remaining sensitive to the need to keep it under examination.

He did have some difficulty with the idea of programming in accordance with anticipated or expected income. It would not be feasible for an organization to divine what was likely to happen in terms of income and then program at that level. Rather the practice of PAHO should be to fix its program budget to meet the needs of executing its

activities and adjust expenditure, if necessary, as those activities progressed. This was a general principle in organizations.

The Hon. Gail TEIXEIRA (Guyana), noting that her Government was also very concerned about the outstanding quota contributions, pointed out that many countries with large accumulated arrears were making efforts to pay, but that their progress was not reflected because they continued to show arrears for the most recent year. She pointed out that six countries owed PAHO a total of \$85 million, which was more than the entire budget to be considered. She felt it was important to work out rescheduling of payments in order to catch up on the arrears. That would help to increase the cash flow.

With regard to CAREC and CFNI, she indicated that the CARICOM Ministers of Health were examining these institutions and seeking ways to strengthen them and increase their financial sustainability. She felt that they were running on a better footing financially than before. These institutions were critical and necessary for the preservation of the social and health status of the Caribbean area.

El PRESIDENTE pide al Relator que, teniendo en cuenta la observaciones hechas por los distintos oradores, elabore un proyecto de resolución.

*The session rose at 5:40 p.m.
Se levanta la sesión a las 5.40 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/3
24 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

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

Tuesday, 24 September 1996, at 9:00 a.m.
Martes, 24 de septiembre de 1996, a las 9.00 a.m.

President/Presidente: Dr. Erasmo Vásquez Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

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

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

Item 5.1: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1998-1999

Tema 5.1: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999

Second Report of the Committee on Credentials
Segundo informe de la Comisión de Credenciales

Item 3.3: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bolivia, Canada, and Uruguay

Tema 3.3: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay

Item 2.6: Selection of One Member Government from the Region of the Americas to the Management Advisory Committee on the WHO Action Program on Essential Drugs

Tema 2.6: Selección de un Gobierno Miembro de la Región de las Américas para integrar el Comité Asesor de Gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS

Item 2.7: Selection of One Member Government Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for food Protection and Zoonoses (INPPAZ)

Tema 2.7: Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar a un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)

*The meeting was called to order at 9:10 a.m.
Se abre la sesión a las 9.10 a.m.*

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

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la reunión del Comité en junio de 1996, el Sr. Mark Matthews, Jefe del Departamento de Presupuesto y Finanzas, informó que ocho Gobiernos Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas para 1996 y nueve habían hecho pagos parciales; estas recaudaciones representaban 14% de las cuotas de dicho año, una cifra inferior a la recaudada en 1995 hasta la misma fecha, pero mayor que la correspondiente a 1994. Veintidós Gobiernos Miembros no habían hecho ningún pago de las cuotas de 1996. En el momento de la reunión del Comité Ejecutivo, seis gobiernos —Bolivia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Suriname y Venezuela— estaban atrasados en el pago de sus cuotas a tal punto que pudieran estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS en la XXXIX Reunión del Consejo Directivo. El Representante de Venezuela informó al Comité que su país se proponía abonar en junio una parte de la cuota correspondiente a 1996 y estaba haciendo todo lo posible por cumplir sus obligaciones.

El Comité Ejecutivo instó a todos los países a cumplir sus compromisos financieros con la Organización. Varios representantes elogiaron al Grupo de Trabajo establecido en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, por haber hecho mención especial de los

países que habían cumplido sus obligaciones a pesar de la situación económica sumamente difícil que atravesaban. El Comité exhortó a que en el futuro el Grupo de Trabajo siga esta práctica.

En la resolución CE118.R3 aprobada por el Comité Ejecutivo se agradece a los Gobiernos Miembros que han efectuado pagos correspondientes a 1996 y se insta a los demás Gobiernos Miembros a pagar sus cuotas pendientes lo más pronto posible. También se recomienda que las restricciones al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Gobiernos Miembros que, para la fecha de apertura de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, no hayan efectuado pagos sustanciales relativos a las cuotas.

Mr. MATTHEWS (PAHO) drew the Council's attention to Document CD39/21, Add. I, which contained the most recent information on assessments and payments, and noted that as of 1 January 1996 total arrearage of contributions due for years prior to 1996 amounted to \$49,204,772. Payments on those arrears received from 1 January to 13 September 1996 totaled \$32,858,551, reducing total arrearage to \$16,346,221 as of 13 September. Since that date, a payment of \$72,628 had been received from Guatemala, which had reduced total arrearage for years prior to 1996 to \$16,273,593.

Collections of contributions toward 1996 assessments stood at \$39,924,640, including contributions totaling \$52,000 from Guyana and Paraguay, which had been received since the document was published. Those collections amounted to 49% of quota assessments for 1996. The corresponding percentage of collection at the same time in

the 1994-1995 biennium had been 25%. Together, collections for 1996 and prior years totaled \$72,852,000 for the biennium and comprised some 89% of the 1996 assessed level of contributions. As of 24 September, six Member Governments had not made any quota payments to the Organization in 1996.

Article 6.B of the PAHO Constitution provided that any Member Government that was in arrears in an amount exceeding the sum of its annual payments for two full years prior to the current year would be subject to suspension of its voting privileges, unless the Directing Council was satisfied that the Government's failure to pay was due to conditions beyond its control. Hence, any Member Government with an outstanding assessment balance dating from 1993 was subject to the provisions of Article 6.B. As of the opening of the XXXIX Meeting, four Member States—Bolivia, Cuba, Guatemala, and Venezuela—were potentially subject to those provisions.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) presented the report of the Working Party appointed to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution (Document CD39/21, Add. II). The report reviewed the arrearage status of the four countries subject to the provisions of Article 6.B, and noted their efforts to settle their arrears under deferred payment plans. The Working Party had carefully analyzed the payment situations of those countries, taking into account the recommendations of the 118th Meeting of the Executive Committee as expressed in Resolution CE118.R3 and giving due regard to the current economic circumstances faced by the Member States.

The Working Party also recognized the importance of timely receipt of quota payments for timely implementation of the programs approved by the Directing Council.

Bearing in mind the aforementioned considerations, the Working Party had decided to recommend that the voting privileges of Bolivia, Cuba, and Guatemala not be suspended because all three countries had demonstrated a serious commitment to liquidating their arrears and paying their quota contributions for 1996. In regard to Venezuela, whose voting privileges had been suspended at the XXXVIII Meeting of the Directing Council in 1995, in view of the country's recent payments for years prior to 1996 and its stated intention of making full payment by 31 December 1996 of the entire \$11,017,131 balance it owed to the Organization, the Working Party recommended that Venezuela's voting privileges be restored.

The Working Party wished to commend those Member States that had made a special effort to meet their quota commitments as early as possible during the calendar year. At the same time, recognizing that difficult economic situations had obliged some countries to make deferred payment arrangements, the Working Party felt strongly that such arrangements, once accepted, should be considered firm commitments, not subject to modification except to accelerate the liquidation of arrears at the earliest possible moment. Finally, the Working Party recommended that the Directing Council adopt the resolution contained in Document CD39/21, Add. II.

Mr. HERRAN-LIMA (Canada) said that despite the undeniable progress made in 1996, Canada remained concerned about the financial constraints facing PAHO as a

result of the accumulation of arrears and late payment of quotas. Fulfillment of obligations by all member countries was essential to the effective functioning of the Organization. Canada endorsed the Director's view, expressed the previous day, that the Organization's programming should not be held hostage to the unfortunate fact that not all Member States paid their contributions in full and on time. Canada was therefore completely supportive of the application of measures aimed at ensuring prompt and full payment of quota contributions. The Directing Council might even consider measures other than suspension of voting privileges that might provide an incentive to Member Governments to pay more promptly. One such incentive which had been adopted by both the Organization of American States (OAS) and the Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture (IICA) was to provide a rebate of a certain percentage for early payment of quotas.

M. LAUREAU (France) partage totalement l'avis du Canada. Il a pu lui-même constaté que les directeurs d'organismes sont gênés dans leur action si les recettes sont imprévisibles. Donc, il n'est absolument pas question d'essayer de continuer à tolérer une accumulation d'arriérés qui dépassent maintenant le total de l'année budgétaire.

Bien que la tentation soit grande de faire des exceptions, il estime que celles-ci devraient être limitées au maximum. Aujourd'hui, il n'y a que huit Etats Membres qui payent régulièrement leurs contributions, ce qui crée une situation assez mauvaise. Même s'il ne propose pas de renforcer les sanctions, il en appelle à ceux qui ont des arriérés, y compris ceux qui d'ailleurs doivent payer des contributions, à faire le

maximum pour aider l'OPS à remplir ses fonctions, surtout lorsqu'elle a la chance d'avoir un excellent Directeur exécutif.

La Dra. RIVAS (Uruguay) está de acuerdo con lo manifestado por los oradores que la han precedido, pero cree que éstos deben tener en cuenta que los países deudores lo son en contra de su voluntad, llevados por las circunstancias económicas que les impiden hacer frente a necesidades imperiosas y no sólo en el sector de la salud.

Es cierto que la Organización ha de contar con los fondos previstos para poder planificar correctamente las actividades, pero también es verdad que, dadas las circunstancias, se debe tener consideración especial con los países atrasados en el pago de las cuotas.

El Dr. MONTIEL (Nicaragua) señala que, a pesar de los esfuerzos realizados por Nicaragua para reducir su deuda, el brote de leptospirosis de 1995 y los estragos del Huracán César en 1996 han impedido aumentar los fondos de reserva para pagar atrasos. Es más, se ha podido hacer frente a situaciones epidémicas gracias al inestimable apoyo logístico y económico de la OPS. No obstante, en los planes del Ministro de Salud está la cancelación de las cuotas en 1997.

The DIRECTOR said that the countries had made what he considered a heroic effort to pay their quotas, as evidenced by the fact that payment of quotas outstanding stood at 49%, as compared to 25% at the same time in the previous biennium. There had been concerted efforts by national authorities at all levels of government to help

ensure that the countries satisfied their quota obligations to the Organization. He wished to congratulate the countries that had made a positive effort to meet their obligations and, in the spirit of the Working Party's report, to encourage those that had not done so to make full payment as soon as possible. In regard to the comments of the Canadian delegation, he would give serious consideration to the possibility of providing additional incentives to those countries that made early payment of their quota contributions. That option might be examined at some future meeting of the Subcommittee on Planning and Programming.

El PRESIDENTE, en virtud del Artículo 33 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, pide al Relator que lea el proyecto de resolución correspondiente.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD39/21 and Add. I) and the concern expressed by the 118th Meeting of the Executive Committee with respect to the status of the collection of quota contributions;

Noting from the report of the Working Party on the application of Article 6.B (Document CD39/21, Add. II) that a payment plan has been received from Venezuela; and

Further noting that Bolivia, Cuba, Guatemala, and Venezuela have outstanding quota amounts in excess of two full years of assessments and are subject to the application of Article 6.B of the Constitution,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD39/21 and Add. I).
2. To express appreciation to those Member Governments that have already made payments in 1996, and to urge all Member Governments in arrears to meet their financial obligations to the Organization in an expeditious manner.
3. To congratulate Barbados, Canada, El Salvador, France, Guyana, Honduras, the Netherlands, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, and Suriname for their successful payment efforts in fully meeting their quota obligations through 1996.
4. To compliment Jamaica and Cuba for their payment efforts to reduce quota arrearages for prior years.
5. To request the Director to notify Venezuela that its voting privileges are restored at this XXXIX Meeting of the Directing Council, based upon its formal written commitment to pay its full quota arrearage by 31 December 1996.
6. To request the Director:
 - (a) To continue to monitor the implementation of special payment agreements made by Member Governments in arrears for the payment of prior years' quota assessments;
 - (b) To advise the Executive Committee of Member Governments' compliance with their quota payment commitments;
 - (c) To report to the XL Meeting of the Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 1997 and prior years.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CD39/21 y Add. I) y la preocupación expresada durante la 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo con respecto al estado que guarda la recaudación de las cuotas;

Observando que, según el informe presentado por el Grupo de Trabajo sobre la Aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (documento CD39/21, Add. II), Venezuela ha presentado un plan de pago, y

Tomando nota además de que Bolivia, Cuba, Guatemala y Venezuela tienen atrasos de más de dos años completos en el pago de sus cuotas y están sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CD39/21 y Add. I).
2. Agradecer a los Gobiernos Miembros que ya han efectuado pagos en 1996, e instar a todos los Gobiernos Miembros con atrasos en sus cuotas a que cumplan de manera expedita sus compromisos financieros con la Organización.
3. Felicitar a Barbados, Canadá, El Salvador, Francia, Guyana, Honduras, Países Bajos, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y Suriname por haber logrado liquidar totalmente sus cuotas durante 1996.
4. Felicitar a Jamaica y Cuba por el empeño que han puesto en reducir el atraso en sus cuotas de años anteriores.
5. Solicitar al Director que notifique a Venezuela que sus privilegios de voto quedan restablecidos en esta XXXIX Reunión del Consejo Directivo, sobre la base de su compromiso oficial por escrito de liquidar la totalidad de sus cuotas atrasadas a más tardar el 31 de diciembre de 1996.
6. Solicitar al Director:
 - a) Que continúe vigilando la puesta en práctica de los convenios especiales hechos por los Gobiernos Miembros con relación al pago de sus cuotas atrasadas de años anteriores;
 - b) Que informe al Comité Ejecutivo sobre el cumplimiento por los Gobiernos Miembros de sus compromisos de pago de las cuotas;
 - c) Que informe a la XL Reunión del Consejo Directivo acerca del estado que guarda la recaudación de las cuotas correspondientes a 1997 y años anteriores.

Mr. BOYER (United States of America) said that he wished to set the record straight on the payment situation of the United States, in light of the comments of the

Representative of France, who had seemed to imply that the United States was behind in its payments to PAHO. The United States had no arrears to PAHO for years prior to 1996; hence, it was in no way subject to the provisions of Article 6.B of the PAHO Constitution. Moreover, it had already paid almost three-fourths of its quota assessment for 1996.

Referring to the proposed resolution, he said that his delegation's understanding of Article 6.B of PAHO Constitution was that the voting privileges of countries in arrears for more than two years prior to the current year were automatically suspended, unless the Directing Council took specific action to restore those privileges. Operative paragraph 5 of the proposed resolution would restore the voting privileges of Venezuela, but not those of the other three countries subject to application of Article 6.B. If the resolution were adopted, would the other three countries retain their voting privileges?

Dr. BRANDLING-BENNETT (Deputy Director, PAHO) said that the Working Party had drafted the proposed resolution with the understanding that Bolivia, Cuba, and Guatemala had previously had their voting privileges restored, and therefore no further specific action by the Council was required in order for those countries to retain the right to vote.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela), refiriéndose a la pregunta del Representante de los Estados Unidos de América, entiende que, de los cuatro países expuestos a la supresión del derecho de voto en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo, sólo se le

suprimió a Venezuela, ya que los otros tres propusieron planes de pago. Por lo tanto, es lógico que Venezuela recupere su derecho de voto al presentar igualmente un plan de pago. Es decir, no hay contradicción en los dos párrafos de la resolución sometida a aprobación.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 5.1 PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE
WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE
AMERICAS FOR THE FINANCIAL PERIOD 1998-1999

TEMA 5.1: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGIÓN DE
LAS AMÉRICAS PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1998-1999

Mr. USNICK (PAHO) noted that, because of the schedule of budget review by the Governing Bodies of WHO, the proposal before the Directing Council contained only the WHO regular portion of the PAHO/WHO regular program budget. The WHO portion represented approximately 32% of the combined budget. The Council, functioning as the WHO Regional Committee for the Americas, was required to review the provisional draft of the Program Budget of WHO for the Region of the Americas for the financial period 1998-1999, and make recommendations to the Director-General of WHO. The Regional proposal would then become part of the global proposal to be presented to the WHO Executive Board in January 1997 and to the World Health Assembly in May 1997. The combined PAHO/WHO budget for 1998-1999 would be presented to the PAHO Governing Bodies during 1997.

The Director-General's instructions to the regions, like the instructions of the previous year, had allowed for no nominal growth over the 1994-1995 budget. The 1998-1999 biennium would be the third biennium in which WHO regular budget allocations to the regions had remained the same in nominal terms, a trend which reflected the financial constraints facing WHO. The PAHO Office of Budget estimated that the 1998-1999 budget would thus be reduced by approximately \$6.5 million in real terms with respect to the 1996-1997 level.

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en su 118.^a Reunión el Comité Ejecutivo examinó el anteproyecto del presupuesto por programas de la OMS para la Región de las Américas. El Sr. Michael Usnick, Jefe de Presupuesto, recordó al Comité que el Consejo Directivo debía formular en la XXXIX Reunión recomendaciones al Director General de la OMS en cuanto al proyecto de presupuesto ordinario por programas para las Américas correspondiente al ejercicio 1998-1999. El Consejo Ejecutivo de la OMS revisará el proyecto de presupuesto mundial en enero de 1997 y hará sus recomendaciones a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997; entonces se tomará la decisión definitiva con respecto a la cantidad que la Región de las Américas recibirá de la OMS para el presupuesto de 1998-1999. Posteriormente, el presupuesto ordinario por programas combinado de la OPS/OMS se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en 1997.

El Sr. Usnick también señaló que las pautas de presupuesto y planificación emitidas por el Director General de la OMS para el bienio 1998-1999 disponían un

crecimiento nulo de los programas en general en relación con el presupuesto de 1996-1997, lo que en sí mismo no permitía ningún aumento nominal del presupuesto de 1994-1995. La Oficina de Presupuesto calculaba que, en consecuencia, el presupuesto por programas de la OMS para la Región correspondiente a 1998-1999 representaría una reducción real de \$6,5 millones con respecto al de 1996-1997.

Según lo solicitado por el Subcomité de Planificación y Programación, el documento del presupuesto presentado al Comité Ejecutivo contenía un desglose más detallado de los gastos por programas. El Comité expresó satisfacción con este cambio y sugirió que una comparación de las cifras del nuevo presupuesto con los gastos reales del presupuesto actual también habría dado al Comité una mejor comprensión de cómo se estaba gastando el dinero.

El Representante de los Estados Unidos de América recordó que en la reunión del Subcomité de Planificación y Programación de marzo de 1996 su delegación había informado de que la contribución de ese país a la OMS para el año civil 1995 podría disminuir hasta el 40% del monto asignado, lo que disminuiría considerablemente la suma que la OPS podría esperar de la OMS. Felizmente, el déficit solo había sido de 7%. Con todo, el Representante dijo que, habida cuenta de que los Estados Unidos de América estaban empeñados en lograr un presupuesto nacional equilibrado, las cantidades de ese país para las organizaciones del sistema de la Naciones Unidas podrían disminuir en 1996 y años subsiguientes. También señaló que su Gobierno seguiría negociando con

la OMS para que ésta redujera su presupuesto, y como resultado de ello la cantidad que la OPS espera de la OMS también se reduciría.

En la resolución CE118.R5 aprobada por el Comité Ejecutivo sobre este tema se recomienda que el Consejo Directivo apruebe la solicitud tentativa a la OMS de \$79.794.000 para el ejercicio económico 1998-1999.

M. LAUREAU (France) désire mieux comprendre la différence entre ce que serait le budget avec une croissance réelle correspondant à différents facteurs et la croissance nominale zéro sur laquelle il insiste. Il aimerait savoir le taux d'inflation utilisé pour déterminer l'augmentation des coûts qui permettrait de justifier la différence entre la croissance réelle et la croissance nominale zéro. Il a aussi noté que parmi les priorités dans le cadre de cette restriction budgétaire, puisque croissance nominale zéro équivaut à restriction budgétaire, les secteurs promotion et protection de la santé et le secteur du contrôle des maladies affichaient une baisse qui est préoccupante pour le gouvernement français.

Mr. HERRAN-LIMA (Canada) said that his country was pleased to note that the provisional draft of the program budget of WHO for the Americas for 1998-1999 contained no cost increases over the 1996-1997 period. Canada, like many other countries in the Region, was experiencing a difficult period of financial austerity. Consequently, it appreciated the recognition of the financial constraints facing Member States that was implicit in the draft program budget. His delegation urged WHO also to

carefully examine its programs with a view to identifying activities that were peripheral to existing priorities and that might therefore be a source of further savings.

Mr. BOYER (United States of America) said that his delegation appreciated the explanations provided in the document regarding how the budget had been developed and how the instructions of the Director-General had been implemented. His delegation was very pleased that the budget document prepared by the Secretariat (Document CD39/11) included a more detailed breakdown of program spending than the budget format requested by WHO, which contained only 19 program headings. The United States of America had emphasized to WHO staff that it objected to that form of budget presentation because it was not transparent and did not give the Member States enough information to enable them to analyze, on a global basis, budgetary allocations and shifts in priorities. In regard to priorities, it was difficult to see from Document CD39/11 how resources had been shifted to the highest priority areas, pursuant to recommendations of the WHO Executive Board. His delegation hoped that the combined PAHO/WHO budget to be examined by the Governing Bodies in 1997 would give a clearer idea of how resources had been shifted toward those priorities. The fact that some other regional committees had failed to refocus resources on the most pressing problems was perhaps due to the fact that the instructions from WHO Headquarters had given them authority to construct a budget based on the same level as the previous budget, with the expectation that cost increases would be added later.

The United States of America had been emphasizing for several years that the Organization's budget must be tied to realistic expectations of income, and it had been compelled to vote against approval of the PAHO budget during the 1995 Meeting of the Directing Council because it had felt that the budget exceeded expected levels of income. His delegation hoped that the alert it had given the previous year with regard to potential problems with United States' payments to international organizations would lead PAHO to proceed cautiously with implementation of the current budget, so that it did not end the biennium in deficit as it had in 1994-1995. The effort to achieve a balanced budget currently underway in the United States of America would undoubtedly entail reductions in the funds available for payments of the country's assessed contributions to all international organizations. His delegation sincerely regretted that WHO and PAHO programs might suffer as a result, but it felt obliged to make it clear that the United States of America would probably not be able to meet its quota obligations if they remained at current levels. The United States of America would therefore oppose any increases for inflation or exchange rate fluctuations if an effort were made to add them to the WHO budget at a later stage.

El Dr. CALDERÓN (Puerto Rico) considera que de todas las intervenciones se deduce que se viven días de estrecheces económicas y no se vislumbran perspectivas mejores en un futuro cercano. Ahora bien, puesto que la salud es un bien social, todos los individuos deben asumir su parte de responsabilidad. Hay que encontrar otras fuentes de financiamiento en el sector privado, abandonando el paradigma de que el único

responsable de la salud es el sector público. No hay que tener miedo a la simbiosis de los dos sectores, pues ya pasó la época en que sólo se podía recurrir a los organismos internacionales.

Mr. USNICK (PAHO), responding to the questions of the Representative of France, reiterated that his office estimated that in real terms the WHO portion of the PAHO budget for 1998-1999 would be reduced by \$6.5 million. He was unsure of the exact figures on inflationary increases and possible exchange rate losses, but he would provide the Representative with that information at a later time. With regard to Mr. Boyer's comments on shifting of resources to the highest-priority areas, he noted that there had been shifts between country programs and interregional programs. He assured the Council that, although the financial constraints faced by Member States unquestionably made budgeting more difficult, the Secretariat would make every attempt to ensure payment of arrearages and would also administer the funds it did receive from Member Governments in the most efficient and effective way.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) apoya la argumentación del Representante de los Estados Unidos de América en el sentido de promover la labor que realizan los países con la Organización. Es preciso que los representantes de la OPS difundan en congresos, convenciones y reuniones nacionales de todo tipo que es necesario pagar la cuotas, pues esos fondos se reinvierten después en planes de salud nacionales y regionales, con el último fin de hacer desaparecer la inequidad, la pobreza y la miseria.

Dr. NAKAJIMA (Director-General, WHO), responding to the representative of France, said that the WHO Internal Management Group and Global Program Council had decided to prepare the 1998-1999 program budget on the basis of zero real growth. That program budget would be presented to the Executive Board, which would certainly wish to modify its content, and subsequently to the World Health Assembly in 1997, which would need to consider increases to compensate for inflation and exchange rate fluctuations. It should be remembered that for the 1996-1997 budget, the Assembly had called for zero cost increase and had accepted a nominal increase for dollar exchange rate fluctuation. In real terms, the 1996-1997 program budget had decreased, although it had shown nominal growth compared to 1994-1995. Based on that experience, the most probable scenario was that the World Health Assembly would not approve increases to offset inflation and dollar exchange rate fluctuation, and the result would be a significant decrease in the program budget.

The question of transparency in the preparation of the program budget had been the subject of much discussion by the Executive Board and World Health Assembly when the 1996-1997 budget was considered. Certain delegations, including Canada, had supported the idea of so-called strategic budgeting, which made use of the less detailed two-digit classification system. A compromise had been reached in which the WHO program budget had been prepared using the two-digit program classification, but a detailed plan of action had also been prepared and made available to Member States upon request. Several Governments had requested and received the detailed information.

Those steps had been taken to streamline the presentation of the budget to the Assembly and respond to the recommendation that the program budget be more "user friendly."

The level of spending of country programs might need to be readjusted during implementation in response to emerging health problems. Such actions were reflected in the PAHO's Financial Report of the Director and Report of the External Auditor.

Regarding the comment made the day before that WHO should prepare its budget based on its anticipated income, he pointed out that even national governments were unable to do that. But while a Government could resort to external borrowing to offset its deficit, WHO could not, and had to borrow internally once the Working Capital Fund was exhausted. However, such internal borrowing had always been quickly repaid. While that solution was not ideal, it was the most pragmatic way to proceed with the implementation of WHO's program, particularly at the country level.

It was almost certain that income from regular budget contributions would continue to fall. For that reason, he had called for "new partnerships" to determine how WHO could collaborate not only with NGOs but with other components of civil society. New partnerships would rely on self-help and capacity-building, as exemplified by the mobilization of substantial internal funds in several South American countries to fight Chagas' disease and in China to fight polio. If true global priority programs were identified, he was certain that the countries would shift their own resources to respond to them and that the international community would also respond. The WHO budget was becoming a sort of catalyst that stimulated further mobilization of resources. WHO was

not looking to external budgetary contributions to replace its regular budget contributions, but needed to use the latter to generate additional input for the implementation of priority programs, particularly at the country level.

The entire Organization needed to look at restructuring to save financial resources. As he had mentioned the day before, two areas where savings might be realized were WHO's Governing Bodies and administration. Budget cuts in the latter area might entail additional force reductions, but that painful exercise might prove necessary in order to maintain or increase resources to the country programs. If further nominal budget reductions occurred, the sacrifice of some inter-country programs might be required.

An issue which representatives had not raised was that of the fiscal conservatism demonstrated in the allocation of the 1996-1997 budget to each Region. The budget had been redistributed on the "equal misery" principle. A \$3 million deficit had existed in the American Region, owing to inflation, and the deficit in the African Region had been some \$9 million. WHO had reallocated those amounts to those regions, necessitating almost 120 post cuts at Headquarters. Full and effective implementation of priority programs at the country level might force Regional Directors to face similar decisions, and expenditures on inter-country programs such as Regional Centers might be affected. He hoped the Regional Directors would produce innovative ideas and work closely with each other to try to maintain WHO's contribution to priority programs at the country level.

He thanked the countries of the Americas for their timely contributions to WHO's regular budget, including the largest contributor, whose contribution for 1995 was almost complete. He realized that, in return for that support, WHO must continue to work efficiently and effectively to improve people's well-being.

El Dr. SAMAYOA (Honduras) dice que el panorama trazado por el Director General de la OMS es patético e induce a la reflexión. Los países de las Américas procuran con ahínco que haya una menor dependencia de los pueblos respecto de los gobiernos y de los gobiernos respecto de los organismos internacionales, a fin de no depender tanto de los intereses de los grandes grupos económicos. Es preciso, sin embargo, obtener suficientes recursos financieros, aunque sea de fuentes distintas de las actuales, para seguir trabajando cada vez más intensamente en pro de la salud, porque la enfermedad es precursora de la miseria y la miseria puede destruir el mundo.

El Dr. TORRES (Bolivia) entiende que el presupuesto de la OMS para la Región de las Américas debe considerarse en el marco de la financiación de todo el sistema de las Naciones Unidas. En efecto, es imprescindible reducir los gastos dispendiosos que no redundan en beneficios reales para los pueblos y lograr así que todo el sistema sea más eficiente, sobre todo en relación con temas tan fundamentales como la salud, el saneamiento del medio y la educación.

El PRESIDENTE pide al Relator que dé lectura al proyecto de resolución contenido en el documento CD39/11.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered Document CD39/11 and the tentative request to the World Health Organization for US\$ 79,794,000 without cost increases for the Region of the Americas for the financial period 1998-1999; and

Noting the recommendation of the 118th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for US\$ 79,794,000 without cost increases for the Region of the Americas for the financial period 1998-1999, for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly in 1997.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD39/11 y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de US\$ 79.794.000, sin aumentos de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999, y

Tomando nota de la recomendación de la 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Pedir al Director que transmita al Director General de la OMS la solicitud de US\$ 79.794.000, sin aumentos de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999, con el fin de que sea considerada por el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud en 1997.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

*The session was suspended at 10:50 a.m. and resumed at 11:20 a.m.
Se suspende la sesión a las 10.30 a.m. y se reanuda a las 11.20 a.m.*

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

El Dr. PICO (Presidente de la Comisión de Credenciales) informa que la Comisión, nombrada en la primera sesión plenaria e integrada por los Representantes de Antigua y Barbuda, Argentina y Guatemala, de conformidad con el Artículo 27 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, celebró su segunda reunión el 24 de septiembre a las 10.45 a.m. La Comisión examinó las credenciales entregadas al Director de la OPS en cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 16 y 17 del mencionado Reglamento Interno, y comprobó que las pertenecientes a tres Gobiernos Miembros —Belice, Haití y Nicaragua— fueron presentadas en buena y debida forma, por lo que la Comisión reconoce su validez.

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

Decisión: Se aprueba el segundo informe de la Comisión de Credenciales

ITEM 3.3: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE EXPIRATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF BOLIVIA, CANADA AND URUGUAY

TEMA 3.3: ELECCIÓN DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITÉ EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TÉRMINO EL MANDATO DE BOLIVIA, CANADÁ Y URUGUAY

El PRESIDENTE señala a la atención de los Representantes el Documento CD39/6 sobre la elección de los nuevos miembros del Comité Ejecutivo.

The SECRETARY, referring to Document CD39/6, reminded the Council that the nine members of the Executive Committee were elected by the Pan American Sanitary Conference or the Council for overlapping periods of three years. He read the Rules of Procedures relevant to the conduct of elections (Rules 54, 55, 50, and 49, in that order) and summarized the eligibility of the different categories of governments to vote and to serve on the Executive Committee, namely: that Participating Governments could vote but were not eligible to serve; that Associate Members could not vote or serve; and that the outgoing members of the Committee could not be reelected for at least one full year.

El PRESIDENTE designa como escrutadores al Sr. José Herran-Lima (Canadá) y al Dr. Alix Lassègue (Haití) y les invita a ocupar su puesto en la Mesa Directiva. A continuación invita a los representantes a presentar candidaturas.

El Dr. PICO (Argentina) propone la candidatura de Paraguay.

El Dr. MONTIEL (Nicaragua) propone la candidatura de Panamá.

El Dr. MUÑOZ (Chile) propone la candidatura de Colombia.

El Dr. SOLARI (Uruguay) apoya las tres candidaturas propuestas y agradece la confianza dispensada a su propio país durante la duración de su mandato.

M. LAUREAU (France) appuie la candidature de la Colombie.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) apoya las candidaturas de Colombia, Panamá y Paraguay y propone que los tres Estados Miembros propuestos sean declarados electos sin necesidad de votación, habida cuenta de que su número coincide con el de puestos que deben ser cubiertos.

The SECRETARY said that it was presently the opinion of the Secretariat, based on the advice of its legal counsel, that Rule 48 of the Rules of Procedure did not require that a vote be taken if there were only three candidates for the three available positions on the Executive Committee. Thus, the Council might wish to proceed as the Representative of Costa Rica had suggested and consider the candidates elected without the formality of casting ballots.

El Dr. TORRES (Bolivia) apoya las candidaturas de Colombia, Panamá y Paraguay, y respalda la propuesta del Representante de Costa Rica de que las tres sean proclamadas por aclamación. Deja asimismo constancia del agradecimiento de su gobierno por la colaboración recibida de todos los países de las Américas mientras duró su mandato en el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE entiende que tras las explicaciones dadas por la Secretaría y habiendo pleno consenso al respecto, puede dejarse de lado la tradicional votación secreta y proclamar integrantes del Comité Ejecutivo a Colombia, Panamá y Paraguay. Pide al Relator que presente la resolución correspondiente.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

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

Considering that the Governments of Colombia, Panama, and Paraguay were elected to serve on the Executive Committee upon the expiration of the periods of office of Bolivia, Canada, and Uruguay,

RESOLVES:

1. To declare the Governments of Colombia, Panama, and Paraguay elected to membership on the Executive Committee for a period of three years.
2. To thank the Governments of Bolivia, Canada, and Uruguay for the services rendered to the Organization during the past three years by their representatives on the Executive Committee.

LA XXXIX REUNIÓN 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 de Colombia, Panamá y Paraguay fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, Canadá y Uruguay,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a los Gobiernos de Colombia, Panamá y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a los Gobiernos de Bolivia, Canadá y Uruguay los servicios prestados a la Organización por sus representantes en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El Sr. HOLMES (Colombia) agradece la designación de su país como miembro del Comité Ejecutivo y reitera su firme voluntad de trabajar con ahínco para contribuir al logro de los objetivos de la OPS.

El Dr. VIDOVICH (Paraguay) agradece asimismo que se haya dado a su país la oportunidad de incorporarse en el Comité Ejecutivo después de casi dos decenios de ausencia y se compromete a realizar los máximos esfuerzos por combatir la pobreza, la ignorancia y las enfermedades que afectan a la Región.

La Dra. MORENO DE RIVERA (Panamá) también agradece la confianza dispensada a su país y se compromete a trabajar para optimizar el gasto en salud y contribuir a que la equidad en materia de salud sea una realidad en todos y cada uno de los pueblos de las Américas.

ITEM 2.6: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT FROM THE REGION OF THE AMERICAS TO THE MANAGEMENT ADVISORY COMMITTEE OF THE WHO ACTION PROGRAM ON ESSENTIAL DRUGS
TEMA 2.6: SELECCIÓN DE UN GOBIERNO MIEMBRO DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA INTEGRAR EL COMITÉ ASESOR DE GESTIÓN DEL PROGRAMA SOBRE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS

El PRESIDENTE señala a la atención de los Miembros del Consejo el Documento CD39/3.

The SECRETARY stated that, as outlined in Document CD39/3, the Management Advisory Committee had been established in order to provide a format for discussion on

managerial and policy issues for the WHO Action Program on Essential Drugs. The terms of reference of the committee could be found in Annex A of the document. The Regional Committee for the Americas selected two of the 12 regional members for staggered three-year terms. The current members from the Americas were Chile and Mexico, as illustrated in Annex B. The term of Mexico being due to expire at the end of 1996, it was the Regional Committee's responsibility to elect a replacement to serve from 1 January 1997 to 31 December 1999.

Hon. Samuel AYMER (Antigua and Barbuda) nominated Barbados to the committee, pointing to that country's experience in the development of drug policy and the fact that it was the site of a WHO Collaborating Center in the area of essential drugs.

El Dr. SOLARI (Uruguay) dice que el gobierno de su país había manifestado hace meses su interés por trabajar en el Comité Asesor de Gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS, como también lo ha hecho Bolivia. Teniendo en cuenta la importante labor que en el campo de la salud lleva a cabo este país hermano, Uruguay retira su candidatura, agradece las numerosas adhesiones recibidas y propone a Bolivia para integrar el Comité Asesor.

Hon. Theresa MOXEY-INGRAHAM (Bahamas) seconded the nomination of Barbados, whose essential drug program had been a useful example to other small countries in the Caribbean.

Hon. Ruben CAMPOS (Belize) joined in supporting the nomination of Barbados.

El Dr. PICO (Argentina) apoya la candidatura de Bolivia.

Mr. AISTON (Canada) supported the nomination of Barbados to the Management Advisory Committee and noted that the Caribbean subregion had not been represented on that committee for some time.

El Sr. HOMES (Colombia) apoya la candidatura de Bolivia.

El Dr. RAMIREZ (Ecuador) respalda la candidatura de Bolivia.

El Sr. CAMINO (Perú) apoya la candidatura de Bolivia.

El Dr. VIDOVICH (Paraguay) suma su apoyo a la candidatura de Bolivia.

Hon. Gail TEIXEIRA (Guyana) expressed support for the nomination of Barbados and re-emphasized the point made by the Representative of Canada.

Hon. George BRIGGS (Jamaica) also supported the nomination of Barbados and suggested that the matter be put to a vote.

The SECRETARY reviewed the procedure for voting by secret ballot and called the roll of the Member and Participating Governments in English alphabetical order.

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

*Number of ballots cast: 37
Número de boletas depositadas: 37*

*Number of invalid ballots: 1
Número de boletas inválidas: 1*

*Number of valid ballots: 36
Número de boletas válidas: 36*

*Required majority: 19
Mayoría necesaria: 19*

*Number of votes obtained:
Número de votos obtenidos:*

Barbados: 22

Bolivia: 13

Uruguay: 1

Decision: Having obtained the required majority, Barbados was elected Member Government from the Region of the Americas to the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Essential Drugs.

Decisión: Al haber obtenido la mayoría necesaria, Barbados queda elegido Gobierno Miembro de la Región de las Américas para integrar el Comité Asesor de Gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) thanked the countries that had nominated, supported, and voted for her country and assured the Council that Barbados would do its utmost to fulfill its duties on the Management Advisory Committee.

El Dr. TORRES (Bolivia) felicita a la representación de Barbados por la elección de su país y se compromete a colaborar con ella en pro de la salud de toda la Región de las Américas.

El PRESIDENTE dice que no hay necesidad de aprobar una resolución y que el resultado de la votación quedará consignado en las actas y en el informe final de la Reunión.

ITEM 2.7: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT ENTITLED TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO THE INTERNATIONAL COORDINATION COUNCIL OF THE PAN AMERICAN INSTITUTE FOR FOOD PROTECTION AND ZOOSES (INPPAZ)

TEMA 2.7: SELECCIÓN DE UN GOBIERNO MIEMBRO FACULTADO PARA DESIGNAR A UN REPRESENTANTE PARA INTEGRAR EL CONSEJO DE COORDINACIÓN INTERNACIONAL DEL INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ)

The SECRETARY, calling attention to Document CD39/4, stated that the Council should elect one Member Government to replace Guyana on the International Coordination Council (ICC) of INPPAZ for a three-year term beginning 1 January 1997 and ending 31 December 1999. The composition of the ICC since 1993 was shown in Annex B of the document.

El PRESIDENTE invita a los miembros del Consejo a presentar candidaturas.

El Dr. TORRES (Bolivia) propone al Uruguay como Gobierno Miembro facultado para designar a un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional de INPPAZ.

El Dr. PICO (Argentina) apoya la candidatura del Uruguay.

El PRESIDENTE considera que, habiéndose presentado una sola y única candidatura, no hay necesidad de someterla a votación. Ante la aquiescencia general, la da por aprobada.

Decision: Uruguay was elected to designate a representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses.

Decisión: Uruguay queda elegido para designar a un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis.

El Sr. SOLARI (Uruguay) agradece la confianza depositada en su país por el Consejo y señala que su representación confía en contribuir con su trabajo al fortalecimiento del INPPAZ, mejorando la seguridad biológica y química de los alimentos y combatiendo las zoonosis.

Dr. TIWARI (Guyana) thanked the Council for having allowed Guyana to serve on the ICC and congratulated Uruguay on its unanimous selection.

El PRESIDENTE dice que no es preciso aprobar un proyecto de resolución sobre el tema y que la decisión constará en el acta y en el informe final de la Reunión.

*The session rose at 12:25 p.m.
Se levantó la sesión a las 12.25 p.m.*

directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting

regional committee



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/4
24 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
SPANISH

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

Tuesday, 24 September 1996, at 2:30 p.m.
Martes, 24 de septiembre de 1996, a las 2.30 p.m.

President/Presidente: Dr. Erasmo Vásquez Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

Item 3.4: Process for the Review of WHO's Vision, Mission, and Constitutional Functions

Tema 3.4: Proceso para el examen de la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencia (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

Item 4.1: Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1996

Tema 4.1: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1996

The session was called to order at 2:40 p.m.

Se abre la sesión a las 2.40 p.m.

ITEM 3.4: PROCESS FOR THE REVIEW OF WHO'S VISION, MISSION, AND CONSTITUTIONAL FUNCTIONS

TEMA 3.4: PROCESO PARA EL EXAMEN DE LA VISIÓN, LA MISIÓN Y LAS FUNCIONES CONSTITUCIONALES DE LA OMS

The DIRECTOR presented Document CD39/7, which had been prepared pursuant to a suggestion made by Canada at the previous meeting of the Directing Council. The document was designed to elicit the opinion and recommendations of the Members with regard to the review of the Constitution of the World Health Organization being undertaken by the WHO Executive Board. In May 1995 the World Health Assembly had requested the Director-General to elaborate a new global health policy and redefine the Organization's mission, as well as the meaning of technical cooperation in relation to that policy. The Executive Board, at its ninety-seventh session in January 1996, had established a special group of six members to examine the WHO Constitution, taking into account the Organization's mission and functions. The special group was to meet in October.

He outlined three interrelated steps in carrying out this task: establishing a global health policy; determining how the Organization might best craft the mission that would make the new policy operative; and examining the Constitution from the point of view of, first, whether it had inhibited anything the Organization should or might have done, and, second, whether it should be amended in light of the new health policy.

With reference to the document before the Council, he felt strongly that the leadership of WHO, in establishing global standards, should not depend solely on constitutional provisions and that the Organization's leadership in the field of health would be accepted only to the extent that it displayed its technical competence and was recognized on its merit.

Within the Pan American Health Organization an effort was already under way to define technical cooperation and to render it more effective. He considered that the functions of WHO, as stated in the Constitution, were already broad enough to encompass current and future activities. He viewed with some alarm the idea of limiting the actions of the Organization by introducing too much specificity in the Constitution. He would prefer to see its functions set out as general fields of activity.

Reviewing the contents of Document CD39/7, he emphasized the position taken by the Secretariat to the effect that all the existing regional arrangements were still valid, particularly in the case of a previously created body such as the Pan American Health Organization. The subject of a global health policy had been examined at a conference held in Uruguay earlier in the year. He felt that acceptance of a clearly articulated vision should precede the elaboration of an organization's mission.

The points raised in the discussion of this item would be collected and consolidated for presentation in October to the special group of the Executive Board. In particular, he hoped to elicit comments on whether or not the current Constitution had

inhibited the functioning of WHO and whether or not it would need to be amended in order to ensure the success of the new global health policy.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) dice que es preciso empezar con los retos del siglo XXI, que, como meta, sería un siglo de valoración ética de todo el proceder del ser humano y de adopción del concepto de equidad plena, tanto social como en la salud y en la democracia, para todos y por todos. La visión de la OPS y la OMS se ha de enmarcar en ese contexto. No se trata de replantear el futuro de estas organizaciones, sino de buscar el apoyo local y mundial necesario para conseguir esa meta porque, después de todo, la cuestión de la vida y la salud en la sociedad es una cuestión esencialmente política. La primera tarea que se ha de acometer es pues la de convencer a los gobiernos de que tienen que promover esa equidad plena, en los términos citados.

Mr. AISTON (Canada) emphasized that the future of WHO was of immediate importance to all the countries as they attempted to deal with health issues. Health problems recognized no boundaries and appeared to be increasingly complex and incapable of solution by one country acting alone. He saw the role of WHO as vital to Canada's national interest.

It was essential to deal with the substance of WHO's work before dealing with the constitutional definition of its functions. Consequently, it was premature to discuss constitutional questions before the philosophy, the role, and the mission of the

Organization had been defined. His Delegation had selected a number of factors that must characterize the mission of WHO.

The first was excellence in normative functions. As countries industrialized and increased their exports, they would rely increasingly on WHO norms and standards—standards of safety and quality, operational standards, ethical criteria, nomenclature, etc. WHO's unique accomplishments in standards-setting were irreplaceable and must remain unquestioned, useful, and practical. This area of activity needed to be clarified, strengthened, and expanded.

The second factor was the design of collective solutions to collective problems. It was recognized increasingly that national actions must be complemented by international actions, including global surveillance, information exchange, rapid intervention, research, consensus-building, global public health policy, and conventions.

The third factor was specialized technical cooperation with Member States. WHO's role was to help with needs assessments, adaptation of solutions, capacity-building, evaluation, resource mobilization, and aid management—not to assume responsibility for project management as such or the transfer of financial means. WHO's mission in the area of technical cooperation should be as specialized and unique as possible, with efforts concentrated in areas where it had a recognized comparative advantage in terms of technical and scientific competence. Conversely, the health activities of other United Nations agencies and funds should be guided by the policies and programs of WHO. Unless the Member States tailored their expectations to the mandate

of WHO as a specialized agency, reaffirmed their commitment to the fundamental values of the Constitution, and recognized their financial, technical, and political obligations toward the Organization, the reform of WHO would fail.

The fourth factor was program management, which was currently being addressed by the reform process. It must reflect the Common System as much as possible, with clear and focused priorities, transparent evaluation mechanisms, and identification of partners and cooperation.

The fifth requirement was emphasis on a client-oriented approach within a well-defined mandate. WHO must continue to be capable of responding to the needs of its Members within a well-defined framework of services that recognized collectively adopted priorities and the technical strengths of the Organization. In responding to requests for assistance, WHO would serve best when it identified the best source of expertise, funding mechanisms, or development approaches rather than trying to do those tasks alone. Health development should be based on capacity-building and strengthening of the health system rather than on solving individual problems. Issues of lower priority should be addressed by Collaborating Centers, NGOs, or other WHO partners.

Finally, the sixth factor was effective and responsible management. The Organization was accountable to its Member States and must provide information that reflected modern and transparent budget and management practices. Budget proposals would be better received if they recognized global and national fiscal realities. In articulating its own financial needs, WHO must take into account the effects of economic

adjustments being implemented in its Member States. It must take the lead in eliminating overlap and duplication of mandates. Canada intended to follow closely WHO budgetary reform, the implementation of the unified UN accounting system, and the development of a new personnel management policy based on a clearly defined concept of merit and on transparency, consistency and fairness, in compliance with clearly stated policy.

He hoped there would be a lively debate on those issues not only in the Directing Council but in WHO, leading to a strong and vital Organization capable of carrying its Member States into the next century.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) dice que las Naciones Unidas, en general, y la Organización Mundial de la Salud, en particular, fueron creadas en una época determinada para unos fines determinados, y que si bien es posible que tales fines sigan siendo válidos, no cabe duda de que han experimentado cambios de cantidad y calidad con el tiempo. Es más, han acaecido muchas cosas en todo el mundo desde que las instituciones de las Naciones Unidas fueron creadas y hoy el mundo es otro. Han cambiado también y siguen cambiando los países, porque todos quieren modernizarse, especialmente en el campo de la salud, que en última instancia significa vidas humanas. Esto se aprecia en los esfuerzos que hacen, en mayor o menor grado y de acuerdo con sus posibilidades económicas, por reformar sus sistemas de salud. Cambian, pues, el mundo y los países. Sin embargo, las organizaciones no cambian, empezando por la OMS, donde es evidente que algo anda mal pues no cumple las funciones para las que fue creada, ya sea por una mala administración o por falta de capacidad de adaptación,

o bien porque, con el tiempo, sus funciones han cambiado. En cualquier caso, se ha producido un desfase entre la acción de la OMS y las necesidades de casi todos los países del mundo y es preciso hacer algo, pues la Organización es patrimonio de todos.

M. LAUREAU (France) pense aussi qu'il faut adapter les missions de l'OMS au nouveau défi de l'heure et que cette phase de définition des missions est plus importante que les discussions des structures. Cependant, il faut d'abord discuter des missions de l'OMS, de son organisation, de sa constitution et de son organisation, en fonction des missions qui auront été définies.

M. Laureau souligne qu'il faut tenir compte d'un certain nombre d'éléments nouveaux, de facteurs nouveaux affectant la santé au niveau mondial, à savoir: l'incidence de la dégradation de l'environnement sur la santé, le développement du SIDA, le développement des maladies comme celles qui surgissent en Europe autour de la maladie dite de la vache folle, la dégradation des infrastructures de santé publique, la violence qui accompagne l'urbanisation. Tous ces problèmes nécessitent une approche nouvelle de la part de l'OMS, car ce sont des problèmes de fonds. Il est une autre fonction qui paraît tout à fait essentielle, il s'agit de l'alerte épidémiologique et de réaction rapide aux urgences médicales créées par les conflits ou par les événements extérieurs comme les ouragans et les autres accidents atmosphériques.

L'urgence sanitaire mérite dans le cadre de l'OMS un intérêt tout particulier, même si cette question est en partie couverte par le HCR, le CECR, etc. L'OMS et l'OPS, qui peuvent jouer un rôle extrêmement dynamique dans la définition des nouvelles

tâches de l'organisation mondiale, devraient se mobiliser autour de la découverte de ces thèmes fondamentaux pour arriver à une définition des nouvelles missions de l'OMS adaptées aux problèmes d'aujourd'hui et pas à ceux qui datent de 25 ou 30 ans.

M. Laureau se demande si, sur une base de volontariat, un groupe de travail ne pourrait pas être constitué pour établir une liste des missions que devrait assumer l'OMS dans le cadre des circonstances actuelles et prévisibles.

Mr. BOYER (United States of America) referred to the prescription outlined by the Delegation of Canada and especially supported the first item on the list, namely the normative role of WHO. He also concurred with the Delegation of France in granting priority to new and emerging infectious diseases. While agreeing that the Constitution should not be at the top of the list of areas for reform, he felt that the Constitution could not be ignored and he therefore supported the Executive Board's effort to establish a working group to review its terms. While he did not necessarily agree with the content of Document CD39/7, he felt that it raised a number of good points which would lead to much debate. He was intrigued with the idea put forward by the Representative of France to consider having a group within the Region examine the vision, structure, and ultimately, the Constitution of WHO. Such a group should not conflict with the special group established by the Executive Board, but the Director of PAHO, in consultation with the Director-General of WHO and other Regional Directors, might develop a common framework for a more concerted contribution to recommendations for changes within WHO.

El Dr. MUÑOZ (Chile) dice que el tema que se examina es crucial para el futuro de la OPS y de la OMS en su conjunto. Se trata de un tema demasiado trascendente como para agotarlo en la reunión en curso, pero es muy importante que se examine. Para ello, y como paso previo que estaría en consonancia con lo que el informe del Director denomina "visión", es necesario redefinir el escenario en que se movería el tema de la salud en el futuro tanto en el mundo como en la Región. Esta tarea es fundamental para abordar la redefinición de la misión de la OMS y los cambios constitucionales y de estructura que implique.

Por las razones señaladas por el representante del Canadá y otros oradores, es preciso revisar incluso las definiciones que todos consideran básicas, incluida la de salud, con la perspectiva de elaborar un discurso universal con capacidad de convocatoria a nivel del conjunto de la humanidad. Esto puede parecer ambicioso, pero no es menos cierto que allí radica probablemente la mayor insuficiencia actual de la OMS y que el mundo necesita una OMS y una OPS fuertes.

A la hora de examinar los temas que podrían conformar el escenario citado, sería menester cuestionar y redefinir varios asuntos, empezando por la estrategia de salud para todos para el año 2000. No se trata de cuestionarla integralmente sino de determinar hasta qué punto sigue siendo válida y cómo unos servicios de salud integrales pueden contribuir al logro de este objetivo. Es importante también redefinir el sentido que hoy tienen las demandas sociales en torno a la salud, qué rol ocupa la salud en las preocupaciones ciudadanas, cuáles son las características de esas demandas en las

distintas regiones y de qué manera se relacionan entre sí en un mundo que tiende a globalizarse cada vez más. También es importante preguntarse a qué pueden aspirar hoy razonablemente las personas en materia salud y hasta qué punto es posible pedir a la medicina que responda a las aspiraciones sanitarias crecientes del hombre contemporáneo. Elaborar un discurso que obligue a las personas a mirar con realismo sus propias responsabilidades ante una demanda de esa naturaleza y las limitaciones de la humanidad y la tecnología para responder a ella es crucial cuando se enfrenta un debate de tal trascendencia. También es fundamental volver a pensar en el principio de que la salud es un bien que tiene valor en sí, lo que la convierte en la aspiración social y humana más importante y relevante.

La salud debe enmarcarse en un discurso que tenga resonancia más allá de los trabajadores de la salud de manera que se vincule al desarrollo. En ese sentido, hay que replantearse el rol de la OMS y el de la salud en relación con el deterioro del medio ambiente. También es necesario cuestionar la concepción actual de la promoción y la prevención, así como la validez de los modelos de prevención primaria, secundaria y terciaria para el conjunto del quehacer sanitario, y redefinir las relaciones entre la salud y la economía. Por otra parte, a la hora de fijar prioridades, sería preciso determinar qué participación promover para que los trabajadores de la salud y los beneficiarios de sus servicios definan en qué medida es factible atender a la demanda, lo que exige precisar quiénes serán los agentes de salud del siglo XXI. Además, hay que volver a

plantear el tema de las comunicaciones y la forma en que influyen en la demanda en materia de salud en el mundo contemporáneo.

Por último, Chile está de acuerdo en que es posible abordar algunos temas constitucionales sin necesidad de terminar el debate conceptual. Sin embargo, opina que los cambios constitucionales y de organización de mayor trascendencia deberían introducirse al término del período de dos años fijado para el proceso de revisión de la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS. En este sentido, Chile apoya la propuesta de crear un grupo encargado de elaborar un programa que permita a la OPS participar en este debate mundial y contribuir a que la OMS siga siendo válida.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que la OMS atraviesa un momento crítico. Con todo, una organización que es capaz de mirar a su interior y de examinarse a sí misma —como ocurre en el caso de la OMS— es una organización que aprende, que está viva. En cualquier caso, el proceso de definir y revisar la misión de la OMS no tiene nada de trascendente. Al contrario, es enteramente natural pues el cambio y la transformación son permanentes en toda organización. Venezuela celebra, pues, que existan grupos de trabajo a lo ancho y largo de la Región, porque garantizan una participación real en esa tarea, lo que resulta tanto más importante cuando se busca ampliar su marco de referencia.

Cada época y cada período, sea anual, bienal o quinquenal, exige objetivos claros. En consecuencia, el proceso de revisión de la misión de la OMS debería ser una costumbre, pues de lo contrario la organización se convertiría en una entelequia. Todos

los países de la Región son responsables de lo que ocurre en el seno de la OMS, ya sea a nivel general o bien en lo particular y específico. Por ello, tienen el deber de entenderse y de buscar soluciones a los problemas existentes, sobre todo en una época de cambios y de aparición de nuevos actores sociales, que exigen adoptar rápidamente nuevos modos de actuación, no solo a nivel de los organismos mundiales, como la OMS, o regionales, como la OPS, sino también al de los países, en particular si se tiene en cuenta la enorme fragmentación del mundo y del trabajo, lo que reduce su eficacia.

Venezuela reconoce que cada organización tiene un pasado y una historia, y reconoce también que una organización puede adoptar nuevas formas de actuar en función de cómo entienda un momento histórico determinado, todo lo cual se ha de analizar en forma precisa. Empero, la tarea de evaluación ha de acometerse con ponderaciones, con medidas, con logros e impactos, pues representa la única manera de determinar acertadamente cómo orientar a la Organización en función de la realidad del momento. Entre otras cosas, ello supone sustituir los esquemas simples relacionados con la globalización por una unidad en el respeto de la diversidad.

El Dr. MAZZA (Argentina) dice que la Constitución no es el elemento sustancial de cambio que debe existir dentro de la OMS, sin perjuicio de que pueda ser reformada. No cabe duda de que es necesario tener claridad sobre los objetivos, misiones y funciones de la Organización, que lógicamente tendrán mucho que ver con lo planteado por la delegación de Chile. Con todo, la Organización debe encarar su proceso de reforma muy rápidamente, teniendo en cuenta el rápido descenso de su capacidad para cumplir las

funciones que se le han encomendado, por una parte, y el deterioro de su situación en el seno de las Naciones Unidas, por otra.

La Organización debe, pues, reestructurarse globalmente. En este sentido, cabe hacer referencia al Documento CD39/9, en donde se indica que la distinción entre las así llamadas funciones normativas y la de cooperación técnica se ha vuelto muy difusa. Al respecto, la Argentina estima que esa distinción debe ser claramente establecida para que las funciones y las misiones puedan agruparse dentro de los campos directivo y de coordinación. Opina, además, que en cualquier cambio futuro que se estudie en esta materia no ha de haber ninguna duda de que en materia normativa, coordinación, conducción de la investigación o centralización de la información en esa área de actividad, la Organización Mundial de la Salud y sus entidades regionales deben ser el elemento central dentro del conjunto de organizaciones de las Naciones Unidas. Al respecto, el orador recuerda que en su momento la Argentina hizo notar que consideraba en este sentido un déficit el que temas estrictamente sanitarios, como el del SIDA, fueran compartidos difusamente con entidades internacionales ajenas al sector de la salud. La situación es totalmente diferente tratándose de las actividades de cooperación técnica. En los últimos años, tanto la Organización como sus entidades regionales han sido en alguna medida desplazadas del campo de la cooperación por otras que han ocupado mayor espacio. En este sentido, puede pensarse en una participación conjunta, pero se ha de cuidar el rol que corresponde a esta organización específica de los gobiernos para el sector salud. Este, entre muchos otros, es uno de los puntos que se han de definir

claramente antes de encarar la reforma de la Constitución o de cualquier otro elemento normativo porque, a través de los decenios, la OMS no ha sido objeto de una reestructuración integral que le permitiera adaptarse a los tiempos. Esto plantea la cuestión del redimensionamiento que la Organización y sus entidades regionales necesitan para adecuarse al momento histórico, así como para emplear sus recursos eficazmente y desempeñar la función rectora y normatizadora que le incumbe. Esto implica una actualización desde el punto de vista de la tecnología y la metodología, así como de la estructura general.

El planteamiento hecho por la delegación de los Estados Unidos de América en cuanto a la constitución de un grupo de trabajo a nivel regional es fundamental. Es más, deberían existir grupos de trabajo en todas las regiones que integran la Organización.

El Dr. DOTRES (Cuba) señala que no cabe duda de que los cambios que han ocurrido en el mundo en estos 50 años, y más aún en los últimos, son de tal naturaleza que permiten plantear la necesidad de revisar la constitución y, consecuentemente, sus reglamentos internos, a fin de conocer si es necesario adaptar los textos legales de la Organización a las nuevas condiciones. Este es un punto medular, y la elaboración de una nueva política sanitaria mundial pasa necesariamente por redefinir la misión y las funciones de la Organización, como se acordó durante la Asamblea Mundial de la Salud de 1995. Tal parece que los principios y la finalidad de la Organización pueden permanecer invariables. Acaso sea necesario, a la luz del desarrollo científico-técnico y de los extraordinarios avances y descubrimientos logrados en este campo, introducir

algunos principios que sustenten el valor social, humano y ético de la salud y de la medicina, así como subrayar la necesidad de que la Organización asuma ese reto.

Está convencido de que una revisión exhaustiva de la misión, la constitución y los reglamentos internos debe contar ante todo con el reconocimiento de la necesidad de describir claramente las funciones que ha de desempeñar la Organización al iniciarse el tercer milenio. Para ello, hay que partir de algunos principios orientadores fundamentales como el de una mayor democratización de los Órganos Directivos, las Asambleas, el Consejo Ejecutivo y demás comisiones, y el fortalecimiento del papel de esos órganos directivos sobre el aparato administrativo; y, como el de que los acuerdos sean realmente el resultado del debate y de la decisión de los Estados Miembros y no de la Secretaría. Por otro lado, debe lograrse la descentralización en un doble componente: el geopolítico y el epidemiológico. Deben establecerse las áreas o zonas descentralizadas que permitan lograr con mayor efectividad los objetivos de la Organización y una participación más activa de los Estados en la toma de decisiones. En la Región han de resolverse la mayor parte de los problemas, realizarse los análisis y tomarse las decisiones pertinentes. Para ello, la Secretaría debería verse obligada a presentar con tiempo y rigor los documentos y las recomendaciones para su posterior aprobación. Con mayor razón e importancia, el Consejo Ejecutivo debe jugar un papel directivo y de control más preponderante sobre la Secretaría y la Organización. El documento que analiza ayuda pero no permite tomar una posición sobre elementos tan esenciales como

los Órganos Directivos de la OMS y sus funciones. Está plenamente de acuerdo con la creación del grupo de trabajo.

*The session was suspended at 3:50 p.m. and resumed at 4:20 p.m.
Se suspende la sesión a las 3.50 p.m. y se reanuda a las 4.20 p.m.*

El Dr. ORTIZ (México) dice que la salud debe verse hoy día desde una perspectiva internacional, tal como se contempla en el reciente informe de la OMS. Por ello, México ha fortalecido más que nunca la vigilancia epidemiológica en las fronteras con Belice, Estados Unidos de América y Guatemala.

Si no existieran la OMS ni la OPS, se tendrían que crear. No obstante, esas instituciones fueron ya creadas hace muchos años, y hoy se vive una época de revoluciones científicas e intelectuales y, por ende, de rupturas paradigmáticas. En la actualidad se asiste a uno de los cambios epistemológicos más profundos que haya conocido la humanidad. Por tanto, la modificación de los conceptos que corren parejos al de la salud debe producirse bajo esta nueva óptica, en el marco del paradigma que encarna la era de la información.

Asimismo habrán de redefinirse las políticas sociales en la Región. En este sentido, México se suma a la propuesta del Canadá y de los Estados Unidos de América de revisar la Constitución de la OMS y a la de Cuba, según la cual es preciso aumentar la participación de los Estados Miembros en esa tarea.

Hon. Ruben CAMPOS (Belize) said that the topics of reform, modernization, priority-setting, and realistic budgeting had been widely discussed over the previous five years. It was generally agreed that PAHO had been exemplary in priority-setting, budget preparation, and project implementation. However, many dramatic changes had since taken place in the Region and as a result the countries had been asked to review developments with a view to adapting to the new economic changes. Integration and globalization could only occur in the context of a review of the vision, mission, and constitutional processes guiding the Member States of the Organization.

His Delegation agreed with the Representatives of Canada and the United States of America that it was essential to form a group within the Region to develop new strategies for dealing with health matters in the future—strategies which might be implemented in collaboration with other United Nations bodies or NGOs, contributing to better health by improving living conditions and providing funding. The ideas expressed within PAHO needed to be presented to WHO to enable WHO to set appropriate budgetary priorities. Although globalization was taking place, there was a dire need for new funds throughout the Region. In considering reform and modernization the Region could look at ways of pooling resources with a view to ensure development an effective health program, its mission being to the fulfillment of the basic needs of humanity.

La Dra. MORENO (Panamá) dice que las palabras que mejor pueden definir este fin de siglo son cambio, reforma y modernización en todos los ámbitos del quehacer

humano. Por consiguiente, los países de la Región deben asumir el compromiso de reformar y modernizar integralmente el Estado y los organismos internacionales. En este contexto ha de enmarcarse la necesidad de revisar la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS, e incluso las de la OPS.

En Panamá se están acometiendo acciones destinadas a modernizar y reformar el Estado y dirigidas a todas las esferas del desarrollo humano. En el campo de la salud, dichas acciones se han centrado en la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y la regulación de la atención de salud. Esta última función ha de ser el instrumento que permita alcanzar la equidad en el seno de las economías de libre mercado.

Por añadidura, la revisión de la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS debe contemplar también la jerarquización de las funciones de vigilancia epidemiológica y regulación mencionadas, no solo en lo que atañe a la protección de alimentos y medicamentos sino, asimismo, a la gestión de los servicios de salud. También es preciso mejorar la acreditación de los servicios de salud para lo cual es cardinal contar con la cooperación internacional. La creación de ese grupo especial contribuirá sustancialmente a reorientar y jerarquizar las funciones de las OMS, lo que favorecerá la inserción de los países de la Región, sobre todo de los menos desarrollados, en los procesos de cambio y reforma mundial que caracterizan este fin de siglo.

La Dra. RIVAS (Uruguay) señala que buena parte de los cambios y acciones llevados a cabo en los países en los últimos años los han situado de nuevo en el punto de partida. Ello puede atribuirse a la incapacidad para convencer a la población de la

importancia que reviste la salud. América no ha de considerarse ya como Tercer Mundo, pues los países de la Región han acumulado sus propias experiencias y superado muchas dificultades. La formación del grupo especial es de capital importancia para examinar a fondo los problemas mencionados. Sin embargo, debe evitarse a toda costa que las acciones que se emprendan finalicen donde se habían iniciado.

El Dr. TORRES (Bolivia) indica que los valores materiales han acotado el campo de acción de la salud pública al desempeño de funciones fundamentalmente gerenciales en detrimento de la búsqueda de soluciones a los problemas derivados del binomio salud-enfermedad. Las tareas de gestión son importantes, al igual que la asignación racional de unos recursos escasos, pero también lo es el análisis y el mejoramiento de los indicadores de salud, en los que los programas de salud no están ejerciendo los efectos deseados. La OPS ha identificado un concepto capaz de aglutinar los esfuerzos destinados a redefinir la misión de la OMS: la renovación de la meta de salud para todos en el año 2000.

El orador comparte plenamente las ideas vertidas por la representante del Uruguay y señala que en la Región se ha avanzado mucho, en países concretos, en materia de cooperación internacional encaminada a la solución de problemas de salud. Estos avances, y las experiencias acumuladas, deben nutrir la revisión de la visión y la misión de la OMS y de la OPS. Asimismo, la OMS ha de servir de instancia rectora de las actividades que lleven a cabo en materia de salud otros organismos de las Naciones

Unidas, y lograr que el tema de la salud ocupe un lugar destacado en las reuniones de dichas instituciones.

Es sorprendente que los salubristas comiencen a hablar de atención de los servicios de salud. Esto es así porque se ha olvidado que salud no es ausencia de enfermedad. Salud es desarrollo humano, educación, vivienda, agua potable, alcantarillado. Se ha centrado la atención en determinados avances médicos y tecnológicos, pero cabe preguntarse cuántos de ellos alcanzan a la población que realmente los necesita.

La reflexión en estos temas y el análisis de las experiencias que se han ido acumulando en materia de salud en las Américas servirán de firme punto de apoyo de la redefinición de la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS.

Hon. Stephenson KING (Saint Lucia) recognized the need for redefinition of WHO's mission in response to global changes and welcomed the current initiative to consult the Regional Committees.

WHO, as a member of the United Nations family, was a creature of the governments of the world. Consequently it was the responsibility of Member Governments to redefine the mission of WHO. The new vision needed to be compelling, utopic, and compatible with the visions of other United Nations agencies concerning the betterment of humankind. He therefore urged the widest participation in the consultation process from the grassroots level up to the World Health Assembly.

A dynamic WHO was essential for the safety and health of all the peoples of the world. WHO needed to maintain its leadership role and to serve as an example to all health-related agencies. WHO should continue to play an advocacy role in support of health. In that connection, attention needed to be paid to the determinants of health. There were many possible interpretations of health indicators, and each interpretation reflected the level of development of the particular country. This was a cause for concern, because although all countries desired to improve their health status and health services, application of WHO's resources or interpretation of WHO's mandate should not be prejudicial to national programs for health and health services.

The use of general indicators in determining the needs of a country was a cause for concern. For example, the GNP in his country was heavily influenced by tourism and was not a true measure of need. He hoped that the Organization would ensure through widespread participation of all the parties concerned that equity would be attained.

Hon. Gail TELXEIRA (Guyana) voiced concern that there might be confusion between a change of vision and refinement or strengthening of the present vision of WHO. It was important to distinguish between structural or administrative changes and philosophical changes. Was the Directing Council suggesting a change in the philosophy of WHO?

Even with its perceived weaknesses, the status of WHO should not be underestimated. WHO was still seen by governments, the media, and the people as an

authority on public health. On many issues, WHO gave clout to initiatives in public health. There was no evidence that the Constitution and functions of WHO were inhibiting forward movement.

It should not be forgotten that change was a dynamic process on a continuum. In the evolutionary process of global change and the emergence of new health policies, WHO should be allowed to exercise its present role of advocate and supporter of major initiatives. One of WHO's powerful achievements had been to have stimulated the vision of health for all in the Member States—possibly its major contribution in support of health as a social right.

Responsibility for improving the health status of the people of the Region could not be placed solely on WHO. WHO could not solve many national problems, but it could be expected to be a powerful ally in support of the countries' individual and collective efforts.

El Dr. LÓPEZ (Honduras) dice que la humanidad de hoy es el producto del ayer acumulado y la de mañana será el resultado de lo que se construye hoy. Esto significa que todo proceso es continuo y está exento de cortes y que, por tanto, en el futuro se recogerán los frutos que la OMS ha sembrado y está sembrando en la actualidad. Por ello, en la revisión que se propone es menester realizar un examen minucioso y exhaustivo, así como rescatar las actividades útiles y modificar todo aquello que no sintonice con los tiempos en que se vive.

Coincide con los restantes representantes en la necesidad de crear un grupo especial de trabajo y fortalecer el papel de líder que debe desempeñar la OMS, tanto en las Américas como en las restantes regiones.

La Sra. PRIETO (Paraguay) apoya también la propuesta de creación del grupo de trabajo.

La Dra. AGUIAR (Brasil) cree que, cuando se piensa en reevaluar la misión de la Organización Mundial de la Salud y de sus oficinas regionales, hay que tener en cuenta que esas Organizaciones se crearon para ayudar a los gobiernos a hacer frente a los problemas de salud. Hay dos grupos de problemas de esta clase. Unos son nacionales y su diagnóstico, búsqueda de soluciones, aplicación de esas soluciones, evaluación y nuevo diagnóstico corresponde esencialmente a los gobiernos de los países. En esos problemas, la OMS y la OPS tienen que promover la cooperación técnica con los gobiernos y apoyar los esfuerzos de cooperación técnica entre los países, pero la responsabilidad primaria corresponde a los gobiernos.

Sin embargo, actualmente se vive una época de globalización, una globalización que tiene un efecto muy importante en la situación de salud de los países, y ahí es donde las organizaciones tienen un papel nuevo importantísimo. Se trata de un papel de normalización y regulación que beneficia a todos los países, y por ello es importante reforzar los órganos directivos y a través de ellos la participación de todos los países.

Ningún país puede resolver, aislado, esta clase de problemas sino a un costo altísimo y destinando unos recursos que quizás necesite para otros problemas prioritarios.

Esos problemas globales traen un papel nuevo y mucho más importante para las organizaciones. Son problemas que hay que enfrentar juntos, y una manera de hacerlo es revisar los estatutos de las organizaciones y reforzar la participación de los países en sus órganos directivos. Por otra parte, hay que controlar a las organizaciones y velar por que se cumpla lo decidido en sus consejos directivos, creando un grupo para analizar todos esos aspectos.

Así pues, se debe reforzar el papel de los gobiernos en sus países, el de los gobiernos entre ellos, y el de los gobiernos en los cuerpos directivos, y controlar adecuadamente las organizaciones.

El Dr. LECHTIG (UNICEF) dice que "salud para todos en el año 2000" se ha vuelto un eslogan poco realista y con poca viabilidad política cuando solo faltan cuatro años para esa fecha, y de ahí la necesidad de revisarlo. A nivel conceptual, la salud es esencial para el desarrollo humano, lo que se describe muy bien en el informe anual del Director, *En busca de la equidad*. Lo que hace falta es establecer un vínculo entre el desarrollo humano y la democracia: no hay democracia real sin desarrollo humano.

Sin embargo, tanto desarrollo humano como democracia comienzan en la infancia, y por ello es inmensamente importante aplicar la Convención sobre los derechos del niño, ya ratificada por los cuerpos legislativos de 189 países, no solo como compromiso de gobierno, sino como compromiso del Estado, con lo que se ha convertido en la primera

ley universal de la humanidad. En esa Convención se ratifica el derecho universal a la salud, y se crea un nuevo marco de referencia ético para los países y para todo el sistema de organizaciones de las Naciones Unidas.

A nivel pragmático, existe la necesidad urgente de establecer un equilibrio muy cuidadoso entre los marcos conceptuales y el logro a corto plazo de victorias concretas que beneficien a todos, lo que mejorará la credibilidad de la OMS y aumentará su capacidad de convocatoria y sus posibilidades de avanzar a metas más ambiciosas. En este sentido, deberían tenerse en cuenta las lecciones aprendidas del éxito reciente de la cooperación entre todos los organismos del sistema, lecciones que podrían sintetizarse en tres puntos: formulación de metas cuidadosamente definidas; posición central en el programa político, y movilización social, implicando a todos los actores. Esas lecciones deberían tenerse muy en cuenta a nivel pragmático al examinar la nueva visión de la OMS.

The DIRECTOR thanked the Members of the Directing Council for their very productive discussion on the item. It would be the responsibility of the Secretariat to synthesize the excellent ideas put forward.

Recalling the work done by the special group commissioned by the Executive Board of WHO to examine global change and WHO's response to that change, he pointed out that the work and the reforms already undertaken within WHO needed to be taken into account.

The discussion had also highlighted the need for a clearer definition of terminology, particularly the term "technical cooperation." It was essential that if technical cooperation was a product of PAHO, there should be a general understanding of what the product was.

Any organization ran the risk of losing its credibility. The position of an organization could not be guaranteed by constitutional mandates. Organizations had to earn the right to be heard. PAHO too needed to continue to work to earn its leadership role.

Referring to the working group set up at the initiative of the Government of France, he proposed to transmit the ideas put forward by the Members at the next meeting of the group. The Global Policy Council would be meeting immediately afterwards. He would suggest that there should be discussion of the ideas in other Regions in order to arrive at a common approach. He felt it was desirable, as far as possible, to hold the discussions within the framework of an existing group, such as one of the existing subcommittees of the Executive Committee rather than create a new working group. The results of the deliberations would be transmitted to the Executive Committee and in due course to the Directing Council for further refinement and debate.

El PRESIDENTE, hablando como representante de la República Dominicana, se pronuncia a favor del papel de concertación de los organismos de cooperación internacional como la OMS y la OPS, un papel que debe tratarse, como se ha hecho en la Reunión, con el mayor tacto, a fin de no socavar la autoridad moral de esas

instituciones. La OMS está atravesando un momento difícil, pero hay recursos para reforzarla y los pueblos, actuando con firmeza, son capaces de preservar esa clase de instituciones, que son absolutamente necesarias.

En su calidad de Presidente, señala que las distintas intervenciones quedarán debidamente reflejadas en las actas ya que el tema, por su naturaleza, no exige que se prepare ningún proyecto de resolución.

ITEM 4.2: REPORT OF THE AWARD COMMITTEE OF THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1996
TEMA 4.2: INFORME DEL JURADO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 1996

La Dra. DE GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en su Resolución CE118.R7, el Comité Ejecutivo aceptó la decisión del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración de conferir el premio correspondiente a 1996 a la Sra. Michaela Storr de las Bahamas, por su labor a nivel de la comunidad en el desarrollo de un sistema local de salud integrado y por la introducción de sistemas innovadores para la administración de hospitales. El Comité hizo suya también la recomendación del jurado en el sentido de pedir al Director que examinara los criterios y los procedimientos para presentar los candidatos al premio y solicitarle que la información sobre los candidatos se presente en forma estandarizada para facilitar la comparación de las calificaciones de éstos.

El PRESIDENTE señala que el Premio OPS en Administración data de 1969, cuando la 61.ª Reunión del Comité Ejecutivo aceptó la generosa donación del Dr. Stuart

Portner, ex-Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, para instituir un premio anual con el propósito de contribuir al perfeccionamiento de los sistemas administrativos de los programas de salud, que después fue ampliado para incluir candidaturas de quienes se destacaran positivamente en cualquier campo del sector salud, bien fuera en administración o bien en ejecución de programas. Hasta la fecha, 21 personas se han hecho acreedoras del premio, y este año ha recaído en la persona de la Sra. Michaela Storr de las Bahamas.

La Sra. Storr tiene más de 20 años de experiencia en la administración hospitalaria en las Bahamas. En 1968, fue la primera mujer que recibió adiestramiento formal en la administración de servicios de salud. En 1972, se le asignó como Administradora del Centro de Rehabilitación Sandilands. Luego pasó al Hospital Frank Memorial de Freeport, Gran Bahamas. Desde 1980, ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de un sistema local de salud para la isla, integrando los servicios primarios de salud proporcionados por cinco centros primarios de salud, y cuatro clínicas satélites, también en la isla, y dos clínicas fuera de ella.

Entre 1992 y 1994, junto con el Administrador de los Servicios de Salud para la Comunidad, estuvo a cargo del grupo que tuvo el desarrollo de un estudio en 15 islas para ver la posibilidad de contar con un sistema de salud local. La Sra. Storr ha estado y aún está activamente involucrada en el adiestramiento de personal para la implantación del nuevo sistema. En la actualidad ocupa el cargo de Jefa de Administración

Hospitalaria en el Hospital Princess Margaret, y tiene a su cargo la reorganización del hospital y la creación de una estructura administrativa acorde.

El Jurado del Premio OPS en Administración decidió que los trabajos de la Sra. Storr eran merecedores de reconocimiento y, en forma unánime, la eligió como ganadora del Premio OPS en Administración para 1996.

The DIRECTOR testified to the work of Mrs. Storr in the Bahamas. He had observed the effect of her work at both the central and the peripheral levels. He urged her to insist that the integrated system she had initiated remain in place, and to demonstrate to her colleagues that the system could bring about the kind of equity in health discussed at the second plenary session of the XXXIX Meeting of the Directing Council.

*The President presented the PAHO Award for Administration, 1996,
to Mrs. Michaela Storr of the Bahamas.
El Presidente hace entrega del Premio OPS en Administración, 1996,
a la Sra. Michaela Storr de las Bahamas.*

Mrs. STORR (Winner, PAHO Award for Administration, 1996) said that in the Bahamas, with a population of only 250,000 people on over 700 islands set in 100,000 square miles of ocean, and with a health system consisting of 115 community clinics, one cottage hospital, and two national hospitals, the logistics for providing health care were and would continue to be a major challenge for health care professionals.

Inevitably, primary, secondary, and tertiary health care system administrators had looked for innovative ways to revamp organizational structures and to foster intersectoral integration in order to maximize health resources and ensure universal access.

In the last decade, local health systems had been developed with PAHO assistance. She expressed her gratitude for the opportunity to contribute to those initiatives, and to the Organization for its recognition of her work. She also expressed her indebtedness to those with leadership and support roles within the health care system of the Bahamas.

She pledged to honor the Award by continuing to promote the goal and objectives of the Organization.

Sir Arlington BUTLER (Ambassador, Bahamas) thanked the Organization for the honor bestowed on Mrs. Michaela Storr, of his country.

El PRESIDENTE da las gracias a la Sra. Storr y subraya que el acto solemne celebrado es el reconocimiento de un trabajo dedicado al servicio de un pueblo, y será un ejemplo para todos los presentes.

*The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5.30 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/5

25 September 1996

ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE
SPANISH

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

Wednesday, 25 September 1996, at 9:00 a.m.
Miércoles, 25 de septiembre de 1996, a las 9.00 a.m.

President/Presidente:

Dr. Erasmo Vásquez

Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

Item 5.2: Renewal of the Call for Health for All
Tema 5.2: Renovación de salud para todos

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

*The meeting was called to order at 9:10 a.m.
Se abre la sesión a las 9.10 a.m.*

**ITEM 5.2: RENEWAL OF THE CALL FOR HEALTH FOR ALL
TEMA 5.2: RENOVACION DE SALUD PARA TODOS**

El Dr. TORRES (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la 118.^a Reunión del Comité la Sra. Cristina Puentes-Markides, de la Oficina de Análisis de Planificación Estratégica, presentó la propuesta de la OPS para renovar el compromiso de la Región con la meta de salud para todos. Señaló que la evaluación de los esfuerzos nacionales para lograr dicha meta indica que la crisis económica de los años ochenta perjudicó la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud, piedra angular de la iniciativa de salud para todos, y aumentó la inequidad en materia de salud en toda la Región. La situación sanitaria, social y económica del Continente, en constante proceso de cambio, obliga a la Organización y a los países a reafirmar su compromiso con la meta y elaborar un nuevo enfoque congruente con la época actual.

La Organización empezó a trabajar en 1994 para lograr este objetivo. Durante 1995 se celebraron varias reuniones de grupos tanto interinstitucionales como internos; las discusiones técnicas anuales en la sede de la Organización y en los países también se centraron en la renovación del compromiso de la Región con la meta de salud para todos. Un resultado de estas actividades ha sido el mayor reconocimiento de los nexos que existen entre la iniciativa de salud para todos y la reforma del sector salud.

En el documento preparado por la Secretaría para el Comité Ejecutivo se enumeraron las orientaciones de la política, los objetivos y las estrategias generales para renovar el compromiso de la Organización y de cada país con la meta de salud para todos. Las orientaciones y los objetivos para la Región en su conjunto son muy amplios y se dirigen hacia la búsqueda del acceso equitativo y sostenible a la salud en el sentido más amplio, incluidos los servicios asistenciales y un ambiente sano. Cada país tendrá que definir objetivos concretos acordes a sus necesidades y prioridades particulares. No se han propuesto estrategias específicas, aunque la atención primaria todavía se considera estrategia viable.

Dos criterios deben guiar la definición de las estrategias: primero, deben abordar los problemas prioritarios de salud y procurar mantener o mejorar las ganancias sanitarias ya logradas, aplicando políticas, planes y proyectos factibles desde los puntos de vista técnico, económico, social y cultural; y, segundo, sus principios y componentes deben ser adaptables a diferentes condiciones nacionales y locales.

La Conferencia Regional sobre Tendencias Futuras y Renovación de Salud para Todos, celebrada en Montevideo del 9 al 12 de junio de 1996, reunió a 115 participantes de 17 países de las Américas y de Europa para compartir experiencias de su trabajo en relación con la meta de salud para todos y explorar enfoques que puedan emplearse para futuras tendencias en el ámbito sanitario que influyan en el logro de la salud para todos. Uno de los temas más importantes que surgió de la Conferencia fue la función primordial de la participación popular en el proceso de renovación de la citada meta. Por ello, la

Secretaría ha reordenado las orientaciones de políticas citadas en el documento, asignando la más alta prioridad a la participación popular en la toma de decisiones y al modelo social de prácticas de salud. El Comité Ejecutivo opinó que la propuesta constituía una base firme para iniciativas futuras y felicitó a la Secretaría por su trabajo sobre este complejo e importante tema.

Varios representantes comentaron que la importancia asignada a la participación popular es no sólo apropiada sino esencial, puesto que cada país y cada comunidad han de definir sus propias prioridades nacionales y estrategias específicas para lograr la meta de salud para todos basadas en las situaciones y costumbres locales. El Comité consideró que varios elementos son fundamentales para el éxito de las iniciativas nacionales, entre ellos mejor aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud, adiestramiento e información al personal sanitario, comprensión adecuada de la situación epidemiológica, uso dinámico y creativo de los medios de comunicación masiva, y formulación de metas ambiciosas pero realistas que tengan en cuenta los deseos de la población. Las bases teóricas del documento —equidad, solidaridad y una respuesta ética al reto de lograr un desarrollo sostenible— deben orientar la definición de metas concretas en los países.

Si bien persisten grandes diferencias, muchos países han alcanzado logros extraordinarios hacia la meta de salud para todos, a pesar de la crisis económica de los años ochenta. El Comité indicó que el documento debería insistir más en la importancia de mantener los avances ya logrados, así como destacar las metas cuantificables

orientadas a obtener resultados. Otro concepto que el Comité creyó que debía agregarse al documento es el de optimizar los recursos nacionales para lograr la meta, administrándolos con la máxima eficiencia posible.

El Comité preguntó si los países consideraban el proceso de renovar el compromiso con la meta como un ejercicio para aclarar los principios de la iniciativa de salud para todos en relación con la OMS y la OPS o en relación con ellos mismos. Un representante señaló que la Conferencia celebrada poco antes en el Uruguay había respondido a esa pregunta, dejando claro que los países están trabajando para renovar su propio entusiasmo y su propio compromiso. Los gobiernos estaban volviendo a asignar importancia a las personas, y no a los conceptos estériles de eficiencia y eficacia. Finalmente el Comité recalcó que la reforma sectorial de salud debe considerarse como un mecanismo para lograr la meta de salud para todos.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE118.R10 por la cual recomienda, entre otras cosas, que el Consejo Directivo apruebe una resolución en la que inste a los Gobiernos Miembros a que renueven su compromiso con la meta de salud para todos, y solicite al Director que proporcione la cooperación técnica apropiada para apoyar a los países en este cometido.

El Dr. SAMAYOA (Honduras) dice que su país renueva el compromiso de alcanzar las metas de salud para todos dentro de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas internas, dando prioridad a los problemas de salud que, por su magnitud y gravedad, afectan la calidad de vida de la población. El

Ministerio de Salud Pública ha establecido una comisión, integrada por sus representantes y funcionarios de la OPS, para realizar la tercera evaluación de las metas de salud para todos y las áreas programáticas y estratégicas, de manera que en enero-febrero de 1997 se presenten resultados que valoren la pertinencia de las prioridades definidas por el país. En este contexto se ha diseñado un proceso considerado *sui generis* para el país en cuanto a acceso a servicios de salud, fundamental para reformar y modernizar el sistema. La diferencia entre oferta y demanda, evidenciada en la poca accesibilidad de los servicios, unida a la crisis económica mundial y nacional, obliga a reajustar el sistema hacia una mayor eficiencia. Por eso, la Secretaría de Salud ha decidido modernizar y reformar el sector.

No se pretende adoptar sistemas tipo susceptibles de funcionar en el país, sino buscar un sistema basado en enfermedades existentes, recursos disponibles y condiciones de vida. El máximo acceso posible a los servicios de salud es para la Administración el eje fundamental de la modernización y reforma del sistema. Este proceso se caracteriza por ser histórico, estratégico y finalista, además de participativo, aprendiendo en sucesivas comprobaciones de los errores controlados y explicados y comunicándose las instancias con petición-rendición de cuentas. Hay tres líneas estratégicas: reordenamiento y/o reorganización de la red de servicios de salud tendientes a garantizar los requisitos de eficiencia, eficacia, equidad y participación sociales; recuperación y desarrollo de los equipos humanos del servicio, y sistematización de la participación social en la

planificación, ejecución y vigilancia de las estrategias de ataque reinstitucionales concertadas en los planes de desarrollo local.

Hasta el momento, se ha logrado apoyo de agencias como ASDI (de Suecia), USAID, UNICEF y OPS, mediante proyectos que han introducido el dinamismo necesario en las áreas de salud seleccionadas por su nivel de postergación. Desde marzo de 1994 se ha logrado involucrar 210 municipalidades de las 295 que tiene el país, con más de 3 millones de habitantes (casi 70% de la población de 5,5 millones). Las comunidades participan como eje fundamental a través de las municipalidades, con lo que se va dando a las comunidades la base fundamental, haciéndolas propietarias de la problemática de salud. La Secretaría, a través de las agencias internacionales y países amigos, ha contribuido a definir esta acción de manera que, al derivar hacia las municipalidades y sus distintas comunidades las problemáticas propias, aparecen las problemáticas regionales de varias municipalidades. Se está clasificando a la población según sus condiciones de vida y salud en los sectores de cada municipio, para garantizar la participación social de la ciudadanía en el diagnóstico de sus problemas de salud y sus alternativas de solución en los planes de salud municipal.

Es elocuente y emocionante ver como un alcalde, a veces con muy poca instrucción, expone un plan de salud como si fuera un salubrista, o comprobar que un regidor u otra persona de la corporación municipal ha asimilado la problemática de salud y a veces la ha extendido hasta el sector de educación. Se trata de poner en marcha nuevos modelos de atención de salud, por ejemplo, entregar un paquete básico de

atención de salud basado en las necesidades de las comunidades; desplazamiento de recursos humanos de hospitales y otros establecimientos a unidades con diferente nivel; programas de cirugía móvil simplificada mediante las cuales los médicos de las municipalidades diagnostican qué enfermedades no necesitan ser atendidas en hospitales, pues hay unidades móviles para tratar problemas quirúrgicos en tratamiento ambulatorio.

Así se desarrollan y recuperan recursos humanos en las instituciones y en la sociedad civil, generándose respuestas viables a los municipios en el desempeño de sus funciones, por ejemplo, asesoría técnica para solucionar problemas de salud municipales con eficacia y bajo costo, como un municipio llamado Zacapa en la ubicación de basureros, donde ellos mismos crearon un sistema de tren de aseo con carretas de bueyes, o para el levantamiento topográfico y calidad de agua en una municipalidad de Marcovia, donde el agua y las fuentes de agua fueron motivo de pleito por un tiempo entre las municipalidades. Hoy éstas se reúnen para reforestar las fuentes de agua y protegerlas, lo que, en vez de ser causa de disgusto y discordia, es un motivo de unión para el ambiente de salud de las regiones. Es también el caso de la orientación técnica en el tratamiento profiláctico de la malaria, en áreas turísticas como Amapala, donde ha sido un problema crónico, y en la reducción del número de defunciones de niños por neumonía y de mujeres por causas relacionadas con el embarazo.

En este proceso, todas las municipalidades de determinada región contribuyen a crear un albergue materno, financiando equitativamente su mantenimiento con lo que ya no es propiedad de una municipalidad, sino de todas ellas. Algunas veces han sido

construidas desde el simple arranque hasta las cobijas de las camas, contando con escuelas que orientan a los padres en los tipos de alimentación, o sea que se contribuye a enseñar maneras de vivir y de cuidar a sus hijos mientras la madre espera ir al hospital.

Por todo lo expuesto se ha solicitado apoyo del gobierno para extender el proceso a las áreas de salud y los municipios que faltan, (prácticamente unos 85 municipios), así como para fortalecer el proceso y las instancias de articulación intersectorial con la participación activa y dinámica de otros ministerios e instituciones descentralizadas en el Ministerio de Gobernación, del que dependen las alcaldías, la Asociación de municipalidades de Honduras, y el Instituto de Seguridad Social.

En resumen, gracias a la cooperación internacional, hay mas de 25 áreas de salud distribuidas en las nueve regiones sanitarias viviendo el proceso de transformación del sistema en Honduras, que encauzará al país hacia el logro de la misión institucional a través de la prestación de servicios equitativos, eficaces, eficientes y con participación social.

El Dr. TORRES (Bolivia) considera que el tema es precisamente parte medular de la Organización. En la sesión anterior del Consejo se revisó y analizó el concepto de la nueva visión y la nueva misión de la OMS y a juicio del orador, la OPS ha logrado en 1995 afinar la puntería y abordar un tema con una nueva visión y una nueva misión de la institución, como es éste, el de la salud para todos en su concepto renovado y analítico.

Hay hechos concretos en las Américas que demuestran que se ha avanzado un poco más que las otras Regiones de la OMS: el Programa Ampliado de Inmunizaciones es un éxito en casi todos los países, al igual que la reducción de la mortalidad infantil, y el programa de micronutrientes ha funcionado relativamente bien en la mayoría de ellos. Pero, en cuanto al concepto de participación, se han tomado caminos diferentes lo que se debe analizar teniendo en cuenta las experiencias de los diferentes países. Respecto al compromiso con la salud para todos y la estrategia de atención primaria, Bolivia habla de "participación popular", en vez de "participación social" porque hay una gran diferencia. Cuando se dice participación popular se trata del compromiso de una sociedad organizada para defender y luchar por su salud, por oposición a la participación social, que puede llegar a ser un peligroso colaboracionismo mediatizador de la comunidad sin estructura, sin liderazgo, sin conducción política, para ayudar a que los servicios funcionen bien. El concepto de participación popular representa un compromiso de las instancias de gobierno con el pueblo organizado, y no al revés, no del pueblo con las instancias del sector salud, lo que se ha dado mucho durante mucho tiempo y no ha producido transformación alguna.

Bolivia ha logrado reducir la mortalidad infantil a la mitad de las cifras que tenía en 1983, y lo ha hecho porque los comités populares de salud —organizaciones nacidas de federaciones de juntas de vecinos, sindicatos agrarios, sindicatos campesinos y de la Central Obrera Boliviana— se organizaron en torno a los establecimientos sanitarios y a los centros de salud, hicieron una defensa política de su salud y plantearon a los

diferentes gobiernos desde 1983 que la vacunación era un derecho adquirido, como el salario, las vacaciones o las indemnizaciones.

Esa participación popular es la que verdaderamente transforma los hechos. Participación popular para Bolivia significa una verdadera estructura social que organiza la demanda. Hay ejemplos de ello, pues la Región de las Américas ha sido muy rica en este tipo de experiencias desde que Cuba instaló los Comités de Defensa de la Revolución, que no son otra cosa que organizaciones de barrio que se preocuparon inicialmente de la defensa de su soberanía, pero luego se ocuparon de la educación, el medio ambiente, la salud, la cultura, el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Ese es un ejemplo que Bolivia ha seguido desde 1983. Y hay otros más recientes, en esquemas políticos totalmente diferentes, con compromisos de gestión como el de Chile que al trabajar se compromete y ejecuta y, por lo tanto, se le evalúa y rinde. Estos dos extremos del pasado y del presente han hecho que Bolivia vuelva a creer que la gente organizada tiene mucho que hacer en el tema de salud.

Mucho se habla de que los temas de salud tienen que ser sostenibles porque los Estados han gastado mucho dinero en saco roto, sin ser eficientes. El tema de la sostenibilidad lleva nuevamente al concepto de participación popular. No hay mejor inversión en salud que aquella en la cual la gente, la estructura social, tiene algo que ver y algo que decir y, además algo de que apropiarse. Esa inversión es sostenible en el tiempo y va a generar mayor aporte de otras fuentes y de la propia comunidad. No es que se pase factura a la comunidad, sino que la comunidad con su gobierno deben

responsabilizarse del proceso de transformación. La rentabilidad de un producto no es suficiente para su sostenibilidad; lo que interesa es la duración en el tiempo. Por eso, al hablar de participación popular —la genuina, la real— en el fondo se trata de transformar la "comunidad objeto", la que recibe, la que espera que los gobiernos le den salud, en "comunidad sujeto", la promotora del verdadero cambio y de la verdadera transformación de su realidad.

Todo esto cobra más relieve en la actualidad, cuando por la globalización o la modernización se tiende muchas veces de forma irracional, a empequeñecer el Estado para que éste sea eficiente y ¿cuáles son los sectores que más afectados se ven? Por supuesto, los sectores sociales, porque jamás han sido eficientes según el criterio de algunos sectores económicos demasiado estrictos en cuanto a eficiencia. Si con la descentralización se pretende aliviar la responsabilidad del Estado, Bolivia pone en guardia contra ese proceso porque lo ve muy peligroso.

Para concluir, el orador señala que la descentralización se puede realizar siempre y cuando el proceso de participación popular vaya junto con la descentralización, y el Estado, a través de su gobierno, no pierda la tuición que debe tener en los países en desarrollo, pues en el momento en que se liberalice la salud entre diferentes sectores en un mismo país se producirá una atomización muy peligrosa y muy contraproducente para las grandes mayorías.

El Dr. DOTRES (Cuba) dice que nada es estático y la estrategia de salud para todos ha de tener siempre presentes las experiencias exitosas y los fracasos del proceso

anterior. Es necesario identificar mecanismos prácticos para aplicar la política en los países teniendo presente la gran diversidad de necesidades y prioridades existentes, así como los procesos de reforma, estando alertas para que esos procesos no lleven a "salud para menos". Este aspecto se puso de relieve en la reciente Reunión de Jefas de Enfermeras de la Región, coordinada por la OPS y celebrada en La Habana.

La renovación de la salud para todos no puede ser concebida solamente como un proceso dirigido a los organismos internacionales, sino como un proceso de los países y dirigido al interior de los países, pues éstos son, los protagonistas reales. Cuba, país pequeño y en desarrollo, alcanzó en 1983 las metas de salud para todos en el año 2000 acordadas en Alma-Ata, debido fundamentalmente a tres hechos trascendentales: 1) la voluntad política del gobierno de dar real prioridad a la salud; 2) la implantación de un sistema nacional de salud único, integral, general y descentralizado, basado en la atención primaria y sometido a permanentes reformas, y 3) una gestión de salud pública, en la que desempeñan un importante papel la intersectorialidad y la participación activa de la población. Estos tres factores han sido clave para afrontar la crisis económica, agravada por el embargo económico de los últimos 30 años; es decir, se pueden alcanzar las metas por quiméricas que parezcan.

En Cuba se ha trabajado intensamente en este período para continuar reorientando y fortaleciendo el sistema de salud hacia la atención primaria en su pilar fundamental: el médico y la enfermera de la familia, insistiendo en la prevención y la promoción y desplegando más eficiencia en el sistema de atención y rehabilitación primarias, sin dejar

de atender al desarrollo de la tecnología médica de punta, la investigación médica—tanto en el nivel primario, como en los hospitales e institutos de investigación del país.

Por otra parte, se han establecido consejos de salud tanto nacionales como locales que, coordinados y dirigidos por el sector salud en cada nivel y con la participación de todos los sectores y organizaciones comunitarias, analizan la situación sanitaria en cada sector para realizar las acciones intersectoriales encaminadas a solucionar los problemas que afectan la salud de la población en cada territorio. Conviene resaltar que se ha concebido un proceso de salud hasta el año 2000 muy participativo, técnico y descentralizado, para todos y por todos, que parte de los consejos populares, los municipios, las provincias, la nación para renovar la salud para todos en Cuba dirigidos por los Consejos de Salud a las diferentes instancias donde el liderazgo le corresponde a la salud pública.

Por último, el orador convoca a los presentes al II Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas, que se celebrará en Cuba en junio de 1997, evento también co-auspiciado por la OPS. Será un marco propicio para que directivos y políticos del nivel local de salud, así como técnicos y otros agentes sociales, se reúnan para intercambiar experiencias y consolidar exitosas medidas de salud que permitan alcanzar sino la meta de Alma-Ata, sí "mejor salud en el año 2000".

Hon. Doreen PAUL (Dominica) pointed out that the effort to renew the health for all strategy must be seen in the context of agenda item 3.4, the review of WHO's vision, mission, and constitutional functions, taken up by the Council the previous day. Much

of the debate on that item was applicable to the discussion of how to renew commitment to the goal of health for all. The call for renewal of that commitment afforded countries the opportunity to take stock of past achievements, assess failures, and plan strategies for the future. In her view, the goal of health for all, as well as the quest for equal access to health care and the primary health care strategy, remained as relevant today as they had been at Alma-Ata.

In Dominica, to a great extent the country's health system had been able to meet the demands for health care. Nevertheless, health promotion, reorganization of the health sector, and health infrastructure continued to be priority needs. Moreover, the achievement of health for all was being jeopardized by the resurgence of diseases such as tuberculosis and sporadic outbreaks of epidemics, as well as violence and substance abuse. The health sector's ability to respond was severely compromised by shrinking budgets and environmental problems, which affected Dominica's tourism and agricultural sectors.

Throughout the Caribbean subsector, health status was being affected by fluctuating economic fortunes and fiscal constraints, changing family structures, and evolving epidemiological profiles and demographic factors, such as aging of the population, increasing urbanization, relatively high rates of unemployment, and rising levels of poverty. Health care systems in their present form were generally not equipped to deal with these changing circumstances. Their response capacity was further hampered by inefficient allocation of resources, inadequate human resources, bureaucratic

inertia, and inappropriate institutional arrangements, regulatory frameworks, and management practices. Broad-based health reform efforts, incorporating the support of the private sector and NGOs, were therefore needed in order to make health services sustainable while also maintaining the gains achieved thus far.

The importance of community participation could not be over-emphasized. Strategies borrowed from political campaigns, such as mobilization of the masses through the media, must be employed in order to enlist social participation in achieving the goal of health for all and by all.

Efforts to renew health for all must ensure greater attention to considerations of equity and better targeting of the poor and vulnerable. It was important not to lose sight of the Biblical principle of the strong helping the weak. Each country had a stake in ensuring better health for all its people, irrespective of color or class. The call for health for all must resound not only in the ministries of health but throughout the countries, especially in the corridors of power, inasmuch as the need for resources for health increased daily while access to funds decreased.

She concluded by calling on all delegations to be advocates of a revitalized approach to the concept of health for all, and encouraged the Director to support the governments' efforts by serving as advocate, broker, and entrepreneur.

El Dr. HOLMES (Colombia) señala que, además de las características propias del compromiso con la salud para todos en cuanto a su desarrollo, Colombia definió hace pocos años una estructura institucional nueva que favorece todos los propósitos en el área

de la salud, por cuanto se refiere a descentralizar la participación. Esta nueva estructura institucional vino a vigorizar un esfuerzo que ya estaba en marcha con un propósito colectivo y en ella se define como prioritaria la acción social del Estado en todos sus niveles, se establece la prioridad y la obligatoriedad de asignar recursos en los distintos presupuestos territoriales, se consagra la descentralización y la autonomía territorial, se define el municipio como entidad político-administrativa fundamental de la organización territorial del Estado y se define, con rango constitucional también, una transferencia adicional de recursos de la nación hacia los municipios ampliando además la base de la transferencia. Al establecer metas sociales se señalaron nuevos deberes y responsabilidades para el Estado dentro de la orientación del estado social de derecho y se fijaron distintos mecanismos de participación.

Para renovar la meta de salud para todos, es necesario hacer algunas reflexiones. Cuando dicha meta se planteó, estaba destinada primordialmente a enfermedades infecciosas, en un contexto político diferente al que actualmente presentan los países. En la renovación de la salud para todos hay que tener en cuenta la transición epidemiológica que han sufrido los países de América Latina en los últimos años, con el incremento de las enfermedades no transmisibles y crónicas y la aparición de las enfermedades emergentes. Los problemas de las estrategias planteadas en la reunión de Alma-Ata van más allá de la experiencia de salud para todos y de la atención primaria, por lo que es necesario buscar mecanismos de concertación más efectivos entre todos los sectores comprometidos en el logro de esta meta. No hay duda de que existen grandes

logros de salud pública como el incremento de la esperanza de vida al nacer, la erradicación de la viruela, la certificación de la erradicación de la poliomielitis, ciertos niveles de eliminación del sarampión y el tétanos neonatal, la disminución de la mortalidad infantil y materna, etc., pero también hay que pensar en el flagelo que está afectando ahora y de manera significativa a nuestra población: la violencia en todas sus formas, incluyendo los accidentes de tránsito y de trabajo. Se han de buscar mecanismos de participación activa de otros sectores apropiados a esta problemática.

Se evalúan las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia, Colombia presenta avances notables como la eliminación de tétanos neonatal y el sarampión, la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la elevación de las demás coberturas, por no citar más que algunos. A pesar de ello, persisten altos niveles de mortalidad por causas evitables como la mortalidad por complicaciones directas del embarazo, el parto y el puerperio, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, por lo que es preciso desarrollar proyectos específicos para áreas de riesgo.

Por otra parte, es necesario fortalecer el enfoque intersectorial de la salud con el fin de vigorizar las políticas públicas, el acceso equitativo a los servicios de salud, la participación ciudadana, y la promoción de la salud como agente de cambio que induzca a transformaciones radicales al ser su esencia el desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y de las sociedades. Como estrategia de promoción de la salud se están desarrollando líneas de acción sobre estilos de vida saludables, modalidades de vida y convivencia pacífica para aminorar los problemas de salud mental y las discapacidades.

Se ha de dar también la importancia debida al medio ambiente en el desarrollo de nuevos enfoques, como los de municipios saludables. Otro aporte al desarrollo del medio ambiente es la asignación específica de recursos para agua potable y saneamiento básico a los municipios.

El Dr. MUÑOZ (Chile) estima que, a pesar de los éxitos alcanzados en todo el mundo, y particularmente en la Región, para alcanzar la meta de salud para todos, es el momento de fijarse más en las insuficiencias que en los éxitos, por muy loables y dignos de destacar que éstos sean.

La profundización y el fortalecimiento de la descentralización en salud en América Latina ha permitido avanzar hacia una mayor equidad y solidaridad, mejorando la igualdad de oportunidades, y aumentando la eficiencia de las políticas sociales para una mejor identificación de sus beneficiarios, la focalización de los grupos de alto riesgo, la participación social y el respeto por la dignidad de las personas en relación con el mejoramiento de su calidad de vida.

El compromiso adquirido hace ya algunos años en Alma-Ata, con la atención primaria como estrategia, hoy día encuentra nuevos desafíos; el desarrollo socioeconómico y la transición demográfica de los países tienen una clara influencia en la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Los problemas que las distintas situaciones plantean obligan a generar políticas sanitarias de concepción bio-psicosocial y a ofrecer una atención integral a las personas, es decir, acercar la salud a la gente. En esta concepción se plantea la transformación de las características básicas del modelo de

atención, hacia esta atención integral centrada en las personas, orientada a la promoción de la salud y con enfoque de riesgo, y abierta a la comunidad insistiendo en la calidad de la relación entre los usuarios y los equipos de salud. Con el mismo criterio deberán desarrollarse las tecnologías que permitan adaptar las actividades a las nuevas situaciones epidemiológicas causadas por el envejecimiento de la población. Esta transformación requiere de los proveedores de atención primaria nuevos métodos de gestión para mejorar la capacidad resolutoria, revitalizando el trabajo en redes, tanto asistenciales como sociales, fortaleciendo las instancias de participación y de intersectorialidad y focalizando los recursos en los sectores más necesitados. También es preciso incorporar fórmulas de compromisos de desempeño en la asignación de recursos dirigidos a metas cada vez más claras en términos de resultados.

Estos cambios conllevan un análisis de la situación de salud de cada país y la revisión de las estrategias de intervención empleadas hasta el momento. El desafío que plantean los problemas psicosociales hace necesario incorporar componentes psicológicos y de ciencias sociales en la atención de salud, la prevención y la rehabilitación. Los problemas derivados de la violencia y del consumo de alcohol y drogas, por ejemplo, son los más relevantes para los sistemas de salud.

Los mecanismos intrainstitucionales e interinstitucionales requieren especial atención para facilitar a las personas la solución de sus problemas, es decir que el trabajo en red es esencial para potenciar los recursos, mejorar la capacidad gerencial de los mismos, revertir la centralización del poder, transferir tecnología entre los niveles de

atención y aumentar la cobertura. La revitalización de los sistemas locales es una de las formas más eficaces de reorientar procesos y recursos dentro de las propuestas nacionales de descentralización. La voluntad política se expresa en la implementación y el desarrollo de los procesos de modernización del Estado y del sistema de salud en su conjunto.

En el mismo sentido es fundamental incrementar los esfuerzos para favorecer la mayor articulación entre la atención primaria y el conjunto del sistema de salud en todos sus niveles de complejidad. Hay que avanzar hacia un mayor control del conjunto de las redes de servicio por parte de la atención primaria. Asimismo, debe incrementarse el prestigio que la atención primaria tiene en el sector salud, mejorando su capacidad resolutive, incorporando la tecnología diagnóstica y terapéutica más pertinente y creando un ambiente en el que profesionales y trabajadores de salud encuentren incentivos para su perfeccionamiento y desarrollen la medicina familiar.

Considerando que la estrategia de salud para el año 2000 ha sido ya objeto de tres evaluaciones, la última de ellas en 1994, tendría interés para todos los países de la Región que, en primer lugar, se viese si la aplicación ha logrado los resultados esperados, analizando con detalle los pros y contras del modelo. En segundo lugar, se diesen a conocer en orden de prioridades, aquellas áreas en las cuales los países han mostrado más debilidades y han logrado resultados poco estimulantes o desalentadores. En tercer lugar, se estructurase un modelo de cooperación horizontal en el que los países con mayor desarrollo puedan apoyar a los demás; esta forma de cooperación tiene la

ventaja de que el apoyo viene de asesores que ya han afrontado los mismos problemas y dificultades. En cuarto lugar, se revisarán y formularán las prioridades que la OPS estableció en la estrategia de salud para todos en el año 2000, considerando que desde su puesta en marcha la Región ha experimentado importantes cambios demográficos, políticos, sociales y económicos. Posteriormente, cada país debería a su vez revisar y, si corresponde, reformular sus prioridades, objetivos y estrategias nacionales. Por último, en quinto lugar, cabría desarrollar algún sistema de incentivos para aquellos países que logren avances objetivos en el cumplimiento de sus metas.

Para concluir, volviendo al tema de la visión y la misión de la OMS, Chile estima que en la revalorización de la atención primaria, ahora más claramente vista como clave y pilar del conjunto de los servicios de salud, reside la posibilidad de avanzar hacia la meta de más salud para todos en el año 2000 y más allá del 2000.

La Dra. DE GAMERO (El Salvador) dice que en El Salvador se ha trabajado hacia esta meta y se han conseguido importantes logros pero, como la situación económica no es muy buena, aunque el Presidente de la República ha determinado que salud y educación son prioritarios, no se podrá contar con todo el presupuesto nacional. Además, desde que se firmó la paz, la ayuda externa ha disminuido, pues hay otros países en conflicto que tienen más necesidades.

En una extensión de 21.000 km hay 30 hospitales y 390 centros de salud, pero sigue habiendo desnutrición y enfermedades infecto-contagiosas, y están resurgiendo otras que ya estaban controladas. Como en todo período de posguerra han aumentado los

trastornos provocados por la violencia, y el número de personas que necesitan rehabilitación y reinserción social. Por otra parte, gracias al desarrollo y a la tecnología, la esperanza de vida ha aumentado, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónico-degenerativas. A todo ello se añade la cultura salvadoreña, que es eminentemente de medicina curativa: la mayoría de personal tiene formación curativa y la Facultad de Medicina sigue formando médicos con mentalidad curativa, pues casi nadie cree en la prevención.

Por una mala interpretación de un artículo de la Constitución, de que la salud ha de ser gratuita para los indigentes, la gente piensa que la salud debe ser gratis, y la salud tiene un costo. Muchas personas también consideran que el gobierno ha de seguir siendo paternalista y, como los servicios privados han aumentado de precio, hoy todos pretenden ser indigentes.

Los cambios siempre entusiasman, pero hay muchos entusiasmados por no cambiar. Así, se empezó la reforma o modernización por el propio Ministerio de Salud Pública y por su personal; se ha conservado lo bueno fortaleciendo lo regular y eliminando lo malo. Pero al ver que solos no podemos, estamos poniendo en práctica una estrecha relación con la comunidad y con todos los dedicados a la salud para no duplicar esfuerzos, habiendo logrado municipios saludables en coordinación con los alcaldes y todas las fuerzas vivas de la ciudad. Hay hoy en día escuelas saludables, que se han logrado en coordinación con el Ministerio de Educación, los padres de familia, los maestros y los alumnos. Hay también mercados higiénicos en los que están

involucrados los alcaldes, las usuarias y las propias vendedoras. El último programa que se está finalizando es de cárceles saludables; pues no hay que olvidar a los presos porque, al perder sus derechos, incluso no tienen el de la salud. Se está trabajando en coordinación con el Ministerio de Justicia, las autoridades de la cárcel, el personal administrativo, los vigilantes, y los propios presos.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) dice que así como todo avanza y todo cambia, la salud es uno de esos componentes que debe ir avanzando, cambiando y poniéndose al día con los adelantos que se producen en el mundo.

Recuerda que fue muy placentero que en 1978, en Alma-Ata, se examinara el caso de Costa Rica. Para ese entonces el país había superado las metas que se están planteando, pero no es posible quedarse con los brazos cruzados, y lo que era bueno para 1978 ya no es bueno para ahora. Por eso se llevan adelante programas para brindar atención a toda la población, y en estos momentos todos los costarricenses, e incluso muchos de los 250.000 inmigrantes que viven en su suelo, están cubiertos por el seguro social. El que más ingresos tiene paga un porcentaje mayor; el que tiene menores ingresos paga menos, y el que no tiene ingresos no paga, pero queda cubierto por el Estado. Todos reciben el mismo servicio, con prescindencia del nivel de sus ingresos.

Se han reestructurado todos los sistemas de salud, de manera tal que el Ministerio de Salud pasa a ser el rector de la salud, reservándose la dirección de algunos programas fundamentales, como los de ambiente, control de los alimentos, agua y letrinización, y

la supervisión de los servicios que presta la seguridad social. Existe una seguridad social única, que cubre a todos los costarricenses, y un solo Ministerio de Salud.

Al proceder a la revisión se han implementado nuevos enfoques en la atención de áreas rurales y áreas periurbanas, la atención comunitaria y la atención casa por casa, y a los equipos básicos de atención integral, se les ha sumado la participación de los médicos. Antes eran técnicos y enfermeras. La esperanza de vida al nacer en Costa Rica es de 75 años, y la mortalidad infantil es de 12 por 1.000. Ésto da una idea de la situación. Ahora bien, teniendo en cuenta que preparar profesionales especializados en diferentes campos no es una cosa sencilla y lleva años, y dado que los hospitales de las áreas rurales no tienen la misma cobertura con el mismo nivel y la misma capacidad de personal que hay en las ciudades, se está trabajando con los nuevos adelantos tecnológicos para introducir la telemedicina en todo el país. La red eléctrica y las comunicaciones ya existen y se está adquiriendo el equipo, lo que va a permitir llevar la medicina del más alto nivel a todos los rincones del país.

El orador insiste en que desde los años setenta el programa ha definido muy claramente dos campos de acción: el clásico de atención al enfermo y el no menos clásico, pero más abandonado u olvidado, el de la prevención. Trabajando intensamente se han eliminado las enfermedades que han desaparecido prácticamente en todos los lugares, especialmente el sarampión, después de dos años de no tener casos.

La Dra. MORENO DE RIVERA (Panamá) recuerda que la atención primaria fue diseñada como una estrategia global y no solo como un nivel de complejidad dentro del

sistema de salud. Dice que Panamá ha desarrollado desde 1970 un movimiento de participación social en salud por medio de la conformación de comités de salud en cada una de las comunidades de todo el país. Con ese movimiento se extendieron los servicios de salud a los distintos rincones del territorio nacional, haciendo hincapié en el nivel primario de atención y dándole a la población el derecho de participar en la gestión de la producción social de salud. Desde mucho antes que Alma-Ata, Panamá aplicó este modelo de participación comunitaria, lo que permitió no solo elevar los indicadores positivos de salud de la población y del ambiente a niveles similares a los de los países desarrollados, sino también sostener esos indicadores y mantener una cobertura de la mayoría de la población en la década de los ochenta.

Realmente para lograr la salud para todos es preciso que los países de las Américas no sólo continúen concertando y ampliando la participación de la comunidad en las acciones sanitarias, sino también que distingan claramente que la estrategia debe centrarse en la propia comunidad, que es donde está el centro de la producción social de salud, más que en el sistema de atención. No hay que olvidar que la salud se hace con la gente y no para la gente, y es a través de esa participación social que se pueden incrementar indicadores positivos de salud. Lamentablemente también los modelos tradicionales del sistema de salud han estado centrados en la biología y la enfermedad, lo que ha generado insatisfacción de la demanda al igual que desconfianza en la oferta de servicios públicos. Precisamente es por eso que hay que hablar de equidad pero también de eficiencia y de calidad. Los sistemas de salud deben ser responsables de

lograr equidad en la accesibilidad de servicios a la población, pero a la vez deben alcanzar eficiencia, eficacia y calidad en los modelos de atención de los usuarios. Panamá está haciendo un gran esfuerzo para transformar el modelo de atención biológica y patocéntrico en un verdadero modelo de atención bio-psicosocial donde se atiende no la enfermedad, sino el sentirse mal de la gente, lo que a veces es ignorado por los prestadores de los servicios. Hay que llegar a satisfacer esa demanda con una visión de salud integral, en la que se consideren no sólo los aspectos biológicos o sociales de los seres humanos sino la esencia que determina el ser, la capacidad psíquica, la vida, la conciencia de sí mismo y de su realidad. Se pueden construir esos nuevos modelos con ejemplos, que ya muchos países de las Américas han desarrollado, de medicina familiar o del médico de familia. En Panamá se están construyendo con el nombre de modelo de salud familiar, ambiental y comunitaria, porque el médico no es el único centro de la acción, sino que la salud se construye con todos los miembros del equipo de salud y sobre todo con la participación de la gente.

¿Qué hubiese sido de los países de las Américas si en 1978 no se hubiese adoptado la estrategia de atención primaria de salud? En lo que a Panamá se refiere nunca se hubieran obtenido los niveles de salud que se han logrado, porque precisamente en esa década de los setenta se desarrolló la extensión de la cobertura con el fortalecimiento de toda la red sanitaria y la participación de la comunidad en la producción social de salud.

Reitera que es preciso lograr mayor equidad, no hay duda de ello, tanto en los sistemas de salud como en los modelos de atención, pero no hay que olvidar que también hay que alcanzar eficiencia, y que lamentablemente a veces los sectores públicos no obtienen la eficiencia que se necesita.

La Dra. RIVAS (Uruguay) cree que mucho se ha avanzado, pero los intereses y los problemas involucrados no son los mismos que en Alma-Ata. Quizás las aspiraciones fueron demasiado grandes para poder lograr lo deseado. La hiperespecialización médica, la formación de los recursos humanos, la alta tecnología, la urbanización, la alfabetización, los medios y las vías de comunicación, las nuevas epidemias, los estilos de vida, son temas importantes que hay que tener en cuenta para la renovación de salud para todos. Por otra parte, debe haber un mayor liderazgo del sector de la salud acompañado de otros sectores. Hay que aprender de todo lo que se hizo bien y de lo que se hizo mal. Estimo pertinente citar un breve poema de la gran poetisa uruguaya Juana de Ibarbourou y que dice así: "Porque es puro y fiel mi sentimiento, y en el dolor vivo acompañado, porque a las fieras hubo amordazado, canto a mi azor con lenguas de diamante". Por lo tanto, la postura que hay que tener, el compromiso que hay que tener, empieza primero por uno mismo para poder después exigirles a los demás.

*The session was suspended at 10:45 a.m. and resumed at 11:20 a.m.
Se suspende la sesión a las 10.45 a.m. y se reanuda a las 11.20 a.m.*

Dr. BOUFFORD (United States of America) wished to voice her country's support for efforts to develop a renewed health for all strategy, which was necessitated by the profound changes in the global health situation since the Alma-Ata Conference as well as current financial constraints facing many countries and international organizations. The United States of America strongly supported the acceleration of efforts to develop a new document to more clearly delineate WHO's and PAHO's philosophy and plan of action for health for all, especially the new emphasis on community participation, intersectoral approaches, and the involvement of high-level political leadership to complement health care reform with an emphasis on primary health care. High-level political support for a public health issue, as exemplified by the U.S. President's advocacy of the prevention of smoking, beginning with the prohibition of children's access to tobacco, was important because of the impact it made on the population.

The health for all consultative process was essential in order to enable countries to revitalize their own approaches to improving the health of their populations and to comment on the mission and role of WHO as an instrument for global health. If WHO reforms were to be effective, each country had to provide input on the roles of WHO and PAHO in facilitating country efforts and raising global awareness and advocacy of the importance of health. Another critical element was establishment of a capacity for the evaluation of programs, using realistic indicators of efficiency, effectiveness, and the impact of health investments. A mid-course review of the U.S. national monitoring

system, Healthy People 2000, had recently shown areas of success as well as lost ground, and the country was now trying to reallocate resources to problem areas.

To bring about greater direct involvement of the populations served by health programs, large meetings had been convened around the country of Federal, State, and local health officials, representatives of nongovernmental organizations, and members of the public who were recipients of public health program services. The participants had worked together to define what those programs should do and how their success should be measured. Her Government was convinced that the process, though difficult and time consuming, was the only way to achieve real progress in health and to convince actors outside the health sector to give priority to investments in health. Likewise, the effectiveness of programs of international cooperation in health must be demonstrated in order to sustain all the countries' willingness to invest in the work of WHO and PAHO. Renewal of the health for all process provided an important opportunity to put health at the center of the domestic, regional, and global agendas.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) said that since health care was free at the point of delivery in Barbados, her country was not struggling with such problems as equity, access, and development of user fees and packages of essential services. However, as a developing country with limited resources, it faced the tremendous challenge of continuing to deliver free health care even as the growing prevalence of high-technology procedures increased the costs of care. Thus it was necessary to define exactly what was meant by health and by health for all, which in turn meant defining the

amalgam of social and health care services that would permit people to enjoy good health.

An essential part of that amalgam was good environmental services, because health problems would always persist, no matter how sophisticated the health care system, if basic problems of sanitation, water supply, and solid waste disposal were not solved. In addition, it was essential to strive toward poverty reduction, because poverty militated against good health. The provision of health care services was often determined by the resources available. Instead, it was necessary to look at health needs, estimate the cost of delivering services to address them, and then find the funding to do so. In addition to defining basic needs, it was necessary to move away from curative and tertiary care and to focus more on health promotion and preventive care.

Barbados had recently begun a healthy lifestyle program targeting the entire population in order to convince people that everyone must take responsibility for their own health. The largest newspaper had become involved in disseminating health information through a variety of means. In addition to the media, other social partners should be enlisted as agents of health promotion, including trade unions, churches, social and sporting organizations, and the business sector. To ensure the participation of the latter, businesses must be shown that financial benefit stemming from greater productivity could be derived from promoting health among their work force.

Several shifts of viewpoint were needed in the move toward health promotion. Community health workers and practitioners of family medicine—rather than surgeons

and other tertiary care providers—should be viewed as heroes, because they were the ones who could influence the behavior of individuals in the community. Individuals must come to understand that they could keep themselves from developing certain diseases by adopting healthy lifestyles. Finally, the officials who controlled the economies of the countries must come to view health care as a revenue-generating, rather than revenue-draining, enterprise. The health sector needed to get the message across to political leaders and finance ministers that having a healthy population produced financial benefits, and to convince them to publicly endorse health issues. If they became sensitive to health problems, they would be more willing to devote increased fundings to health and greater emphasis to health promotion, thus avoiding the adverse consequences of lack of resources that were so familiar to the countries of the Region.

Movement toward the goal of health for all was urgently needed, along with the active search for mechanisms to achieve it. Since there would never be enough resources to deal effectively with all disease problems, old and emerging, it was critical to move toward health promotion and disease prevention as part of the strategy for achieving health for all.

El Dr. CALDERON (República Dominicana) dice que si bien comparte el concepto de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, reconoce que esta definición es en cierto modo utópica. Conviene, pues, pensar en la salud como en la relación armónica entre el individuo y su entorno social, el medio ambiente que lo rodea.

En este sentido, la participación comunitaria resulta fundamental para la salud real de los pueblos y, por eso, en la República Dominicana, cuyos indicadores de salud son muy poco satisfactorios tras decenios de falta de aplicación o de aplicación discontinua de programas eficaces, se hace hoy hincapié en la atención primaria, especialmente en el área rural. En este verdadero rescate de la atención primaria de salud se ofrece desayuno en todas las escuelas, se brinda educación para la salud en los centros de enseñanza y en las cárceles y se aprovecha una infraestructura de más de 500 clínicas rurales, que no funcionaban o funcionaban muy mal, para llevar a cabo programas ampliados de inmunización dirigidos, sobretodo, contra la poliomielitis (erradicada desde 1985), la hepatitis B y el *Haemophilus influenzae*, pues las infecciones respiratorias agudas son una de las causas principales de mortalidad infantil.

Por otra parte, en un presupuesto para la salud que muchas veces no alcanza al 1% del producto bruto interno y que es preciso incrementar, al menos se procura racionalizar y hacer más eficientes los gastos.

El Dr. RAMIREZ (Ecuador) señala que el problema de la salud está inmerso en el de la sociedad. En los últimos cuatro años se estableció en el Ecuador un modelo de desarrollo neoliberal con las siguientes características: apertura comercial al exterior, política de ajuste para corregir los desequilibrios macro-económicos, estabilización y reactivación de la economía, políticas sociales encaminadas a proteger y brindar los servicios esenciales a los grupos socioeconómicos de mayor riesgo, modernización y reducción del Estado, contención del déficit fiscal y rápido control de la inflación. Para

ello se bajó enérgicamente el gasto público, se congeló o se redujo el número de funcionarios públicos, se fusionaron o privatizaron empresas públicas y se optimizó el uso de bienes no renovables, tales como los hidrocarburos. Todas estas medidas han influido negativamente en la calidad de vida de la población, agravando problemas ya existentes y generando otros nuevos. Las huelgas de los trabajadores y la radicalización del movimiento indígena, a partir de 1986, son expresiones del descontento popular.

La política de salud del actual gobierno, iniciada hace pocas semanas, comprende la descentralización y el fortalecimiento de los servicios de salud, el desarrollo de los SILOS, la capacitación, la investigación y la adopción de modernos sistemas de administración y gerencia.

La participación comunitaria, que hasta ahora ha sido escasa, ha merecido atención prioritaria, en el marco de una concepción de los servicios básicos de salud y de la atención primaria que se sustenta en la universidad, la solidaridad y la equidad.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) dice que la actual transformación del sistema de salud es la tercera que realiza su país en el curso del siglo XX. La primera reforma, que data del decenio de 1950, se denominó "Manos a la obra" y representó una mejora sustancial tanto de la infraestructura del abastecimiento de agua y la electricidad como de los indicadores generales de salud. La segunda, efectuada en el decenio de 1970, comprendió la racionalización de las derivaciones de pacientes a otros servicios. La presente reforma, que pretende asegurar salud para todos, ofrece una oportunidad para disminuir la falta de equidad que se observa entre los indicadores de salud de los sectores

público y privado y para luchar contra las enfermedades no transmisibles, que han ido en aumento.

En este sentido, sostiene el orador que la equidad no es negociable y que la promoción y la prevención de la salud, así como la atención primaria y la participación social, representan valores éticos que serán fundamentales en un siglo XXI que sin duda pedirá a los representantes de los pueblos de las Américas que rindan cuenta de lo actuado en este decenio en materia de salud.

A Dra. NUNES (Brasil) ressaltou a importância da renovação do compromisso de saúde para todos, a fim de que se viva de forma que o resultado seja saúde e não doença. Mencionou que a renovação desse compromisso implicava mudança nas pessoas que detêm o poder nos nossos países, os quais deveriam ter pelo menos um nível de saúde equivalente ao nível do seu desenvolvimento econômico.

El Dr. MAZZA (Argentina) dice que no quiere enredarse en una discusión semántica con respecto a la definición del tema de la salud, pero que considera conveniente que esta definición sea amplia y entrañe fundamentalmente un objetivo por lograr en un proceso muy dinámico. Aunque haya diferencias locales que es preciso respetar y los organismos internacionales procuren asistir con carácter prioritario a los países con mayores necesidades, lo cierto es que hay una relación muy directa entre el desarrollo armónico de todos los sectores de la economía y el nivel de la salud. En la Argentina se planteó esto hace unos cinco años, al hacer el diagnóstico de situación para

formular las políticas sustantivas que llevarán al cambio. Una de esas políticas consistió en que el sector de la salud trabajara con el conjunto de los sectores de la economía, para poner de relieve el objetivo de la salud, tal como señaló acertadamente que había que hacer la representante de Barbados. Esta es una función ineludible del sector de la salud y en algunos países, no de la Región de las Américas, trabajan funcionarios nacionales destinados exclusivamente a cumplirla.

También es responsabilidad de los ministerios de salud otorgar prioridad a la prevención y a la eficiencia en el área de la atención médica, particularmente en lo que respecta al tratamiento. Aunque se escucha permanentemente la queja, muchas veces fundada, de la escasez de recursos para el sector y, casi siempre, para las tareas de prevención, no hay que olvidar el uso ineficiente que muchas veces se hace de los recursos, particularmente con fines terapéuticos. Por eso hay que hacer hincapié en el tema de la eficiencia. En efecto, ocurre en ocasiones que se asignan al sector de la salud extraordinarios porcentajes del producto bruto interno de un país, que se despilfarra. Es pues imprescindible racionalizar los gastos, aunque haya que hacerlo gradualmente. A veces los cambios inmediatos no pueden producirse, y menos por un simple hecho normativo, pues se requieren cambios culturales e institucionales que tardan años en concretarse. En la Argentina se ha hecho la experiencia en el ámbito de la seguridad social, es decir, en las llamadas "obras sociales", donde sistemáticamente los cambios propuestos fracasaron, incluso bajo gobiernos de tipo dictatorial.

Si se repara en el resto del mundo, puede observarse que se han intentado muchos cambios radicales que no llegaron a concretarse en normas o que, aún concretados no produjeron ningún cambio efectivo. De allí entonces esta idea de gradualidad, aunque con un objetivo muy claro: ganar eficiencia a través de programas sustanciales, como el dirigido a la transformación del hospital público, que en la Argentina significa el 50% de los egresos en relación con las obras sociales y el 100% de los egresos para quienes no tienen otro sistema de cobertura. En la Argentina también era indispensable transformar el modelo de administración hospitalaria, que es una de las causas de que se gasten mal los recursos, especialmente en la medicina de mediana y alta complejidad, con el uso de una tecnología poco apropiada. En este mismo proceso era indispensable reintroducir un fuerte sistema de atención primaria, con la medicina familiar a la cabeza, y modificar la organización de las obras sociales, que se deben reconvertir tanto desde el punto de vista de la administración como de los controles que realiza el Estado. También se ha puesto en marcha un programa de garantía de la calidad, que por primera vez permite trabajar conjuntamente a 165 entidades representativas de profesionales y técnicos, instituciones científicas y gremiales, centros académicos y de enseñanza que elaboran normas para la certificación y recertificación periódica de los recursos humanos y para la habilitación, categorización y acreditación de los distintos establecimientos. Este programa de garantía de calidad se integra en el proceso de transformación general, cuyo objetivo es lograr el máximo de calidad en la atención médica con los menores recursos. Todos estos cambios permiten simultáneamente que la atención primaria

generada dentro de los distintos sistemas se convierta en el eje de una política de prevención y que se disponga de recursos suficientes para otros fines prioritarios.

En otras palabras, se trata hoy de reorganizar un sistema que está en pleno proceso de cambios, tanto en los hospitales o en la seguridad social como en los recursos humanos, de cuya formación son responsables centros universitarios que también deben adecuarse a los nuevos tiempos.

Por último, no es menos importante destacar cuánto se está haciendo en materia de prevención con el programa maternoinfantil, el programa ampliado de inmunizaciones y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, que son las áreas a las que se ha asignado prioridad. Todos estos elementos deben ser considerados a la hora de reevaluar la estrategia de salud para todos, que es fundamental que sea ratificada en todos sus aspectos.

El PRESIDENTE informa que los otros representantes que desean referirse al tema podrán hacer uso de la palabra en la sexta sesión plenaria.

*The session rose at 12:20 p.m.
Se levanta la sesión a las 12.20 p.m.*



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/6
25 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SIXTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA SESIÓN PLENARIA

Wednesday, 25 September 1996, at 2:30 p.m.
Miércoles, 25 de septiembre de 1996, a las 2.30 p.m.

President/Presidente:

Dr. Erasmo Vásquez

Dominican Republic/
República Dominicana

Contents
Índice

Report of the Second Meeting of the General Committee
Informe de la Segunda Reunión de la Comisión General

Item 5.2: Renewal of the Call for Health for All (continued)

Tema 5.2: Renovación de salud para todos (continuación)

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings of the Meeting*.

Nota: Esta acta 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 Servicios de Conferencia (Oficina 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas resumidas de la Reunión*.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

Item 4.1: Report of the Advisory Committee on Health Research
Tema 4.1: Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud

Item 5.3: Progress of Activities in Health Sector Report
Tema 5.3: Progreso de las actividades de reforma del sector salud

*The session was called to order at 2:40 p.m.
Se abre la sesión a las 2.40 p.m.*

**REPORT OF THE SECOND MEETING OF THE GENERAL COMMITTEE
INFORME DE LA SEGUNDA REUNIÓN DE LA COMISIÓN GENERAL**

La RELATORA dice que la Comisión General, bajo la dirección del Presidente del Consejo Directivo y con la participación de ambos Vicepresidentes, el Relator y los representantes de Cuba, los Estados Unidos de América y el Uruguay, celebró su segunda reunión el miércoles 25 de septiembre de 1996, a las 12.15 p.m. En vista de que la reunión del Consejo Directivo llevaba un retraso considerable, la Comisión General acordó que las intervenciones tendrían una duración máxima de cinco minutos, límite que el Presidente impondría rigurosamente. Se concedería la palabra una única vez a cada país cuando se examinasen los distintos temas del programa. Si a pesar de ello no se lograba recuperar el tiempo, el jueves sería preciso celebrar una sesión nocturna. Decidió también que la 119.^a Reunión del Comité Ejecutivo se celebraría el viernes 27 de septiembre, al concluir la Reunión del Consejo, en la sala de conferencia B. La Comisión General celebrará su tercera reunión el jueves 26 de septiembre, a las 12.15 p.m.

Decision: The report of the Second Meeting of the General Committee was adopted.

Decisión: Se aprueba el informe de la Segunda Reunión de la Comisión General.

ITEM 5.2: RENEWAL OF THE CALL FOR HEALTH FOR ALL (*continued*)
TEMA 5.2: RENOVACIÓN DE SALUD PARA TODOS (*continuación*)

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que su país hizo suyas la meta y la estrategia de la salud para todos, que han sido ratificadas en varias reuniones mundiales en la cumbre, porque las considera una doctrina. Al respecto, Venezuela opina que el problema con que se ha tropezado ha sido la comprensión insuficiente de los componentes y principios de esta doctrina, empezando por el principio de la participación comunitaria, que supone devolver la voz a la comunidad, así como la participación de ésta en la planificación, la ejecución, la programación de los presupuestos y la evaluación de los programas.

La meta de la salud para todos, despertó la esperanza e hizo posible la dignidad, que para Venezuela es sinónimo de saber negociar, saber comunicarse y saber construir el ser humano en su diversidad, lo que entraña un proceso permanente basado en la acción. Este no es un problema de tipo epistemológico ni metodológico, sino de actitudes y de comportamiento frente a unos proyectos y programas a nivel de la Región. Las poblaciones de la Región todavía padecen la desigualdad, la miseria y la exclusión social. Esto demuestra que los modelos que han gobernado nuestros países, es decir, la democracia social, la democracia cristiana y el populismo, han fracasado, como ha fracasado también el modelo neoliberal, que impide el fortalecimiento de estos modelos alternativos, legitima y consolida el individualismo, favorece el dogmatismo frente a la reflexión científica, aísla a los innovadores y a los luchadores sociales e impide el

aprovechamiento de la riqueza de experiencia, conocimientos y compromisos de las realidades locales y regionales. Por consiguiente, es necesario que América Latina cambie su agenda, velando por la satisfacción de las necesidades actuales, pero sin perjudicar a las generaciones futuras. En este sentido, Venezuela cree que es preciso utilizar los principios de la atención primaria, entre ellos el de la descentralización, que hoy reivindica y recupera permanentemente.

Ms. SULLIVAN (Observer, International Council of Nurses) expressed appreciation for the Region's support for the World Health Assembly's Resolution WHA49.1, Strengthening Nursing and Midwifery. The support of WHO and the Member States would provide further impetus to nurses throughout the Region as they worked toward the attainment of health for all.

At a time when health care reform was beset with fiscal and other constraints, nurses were uniquely placed to implement the strategy of health for all by delivering cost-effective services worldwide. ICN, in collaboration with WHO, PAHO, and international donor organizations, continued to implement regional training programs to reorient nursing curricula to primary health care in order to meet the challenge of changing needs.

ICN continued to work with national associations to improve the quality of care through regulation of nursing practice. ICN had also developed a Leadership-for-Change project to prepare nurses for leadership and management during the period of health sector reform. Expected outcomes included increased nursing input into health policy,

planning, and management aimed at balancing quality and cost-effectiveness in health services which was vital to the achievement of health targets in the Region.

It was hoped that PAHO and the Member States would invest in the long-term development of the nursing force through training programs and scholarships. They could be assured of ICN support.

El Dr. ANTEZANA (Subdirector General, OMS) dice que el debate sobre el tema que se examina representa una gran contribución al pensamiento sobre las acciones que se están impulsando y que se impulsarán en materia de renovación de la meta de salud para todos. No cabe duda de que Alma Ata revolucionó el pensamiento sobre la salud pública en el mundo. Por supuesto, el cambio no ocurre en un día y se continúan adoptando medidas para que la salud para todos siga siendo una meta fundamental. Con todo, por lo menos dos oradores han dicho que ésta se ha alcanzado ya en sus países. Por otra parte, el compromiso de la Región en materia de salud para todos y el proceso de consulta que se ha puesto en marcha en ella, con la participación de la población para contribuir a la conceptualización global de esa meta y a su logro, demuestra que los países están cumpliendo con su obligación de renovarse en ese sentido. La OMS es consciente de que la responsabilidad primordial de acometer esa tarea recae en los países y en los pueblos, y está decidida a apoyarlos en su empeño.

Hoy, gracias a la tecnología y al trabajo hecho por los países, existe un punto de referencia importante, existen datos y existe una metodología para medir el progreso alcanzado. Así, de ahora en adelante será posible hacer referencia a metas más

concretas, porque se contará con líneas de inicio y de participación de todos los actores. En este sentido cabe destacar, a propósito de la Organización Mundial del Comercio y de las funciones normativas de la OMS en relación con los compromisos adquiridos en el marco de un sistema de comercio mundial abierto, que la Organización está examinando no solamente el comercio de alimentos y medicamentos, sino también el de los servicios de salud y otros elementos relacionados con la aplicación de tecnología en salud, muchas de las cuales podrían representar enormes desafíos y, tal vez, desviaciones de la estrategia de salud para todos.

Por último, cabe destacar también la estrecha colaboración entre la OMS y la región de las Américas que han avanzado muy rápidamente en el proceso de consulta en materia de salud para todos, lo que es muy importante para la OMS. Así, la Reunión de Montevideo hizo aportaciones importantes a la reunión interregional celebrada el pasado mes de agosto. La OMS expresa, pues, su agradecimiento a la OPS y a las autoridades competentes de los países por dichas consultas.

The DIRECTOR said the seriousness of the discussion on the topic was a clear indication that the consultation process was well established in the countries, that health for all was reaffirmed as a valid goal and that primary health care was still regarded as a valid strategy. It was also gratifying to note the more comprehensive acceptance of a concept of health identified in the discussions. He felt it was a major part of PAHO's responsibility to stimulate continuation of that dialogue at the country level with PAHO's technical cooperation.

He reminded the Council that the common framework for the third evaluation of the achievement of health for all had been circulated to the Member States, and expressed the hope that the framework would generate evaluative rather than descriptive analyses and reports. In discharging their responsibility to complete the evaluation, the countries could count on the support of PAHO staff. He urged them to identify national focal points for the application of the common framework and to submit the reports for review by the Regional Committees and the Governing Bodies of WHO.

El PRESIDENTE, hablando en su calidad de Representante de la República Dominicana, dice que, tras ser designado Secretario de Estado de Salud Pública de su país, por iniciativa de la OPS, se celebró allí un taller de análisis estratégico en el que se identificaron once puntos que constituirán las líneas de acción básica de esa Secretaría de Estado. Esto sirvió para convocar a una Asamblea Nacional de la Salud que, tras analizar las líneas de acción, consideró que se trataba de los elementos fundamentales para convocar otra Asamblea a fin de elaborar un proyecto de acuerdo nacional de desarrollo en salud. Esos once puntos se pueden insertar en la estrategia de salud para todos y, por consiguiente, la República Dominicana exhorta a la OPS a hacer lo mismo cada vez que se produzca un cambio de gobierno, porque de esa manera searía posible llegar a acuerdos nacionales de desarrollo en salud y la estrategia de salud para todos correspondería con la realidad. En cualquier caso, la República Dominicana expresa su agradecimiento a la OPS, y en particular a Carlos Walter y a Merlin Fernández, por haber tomado la iniciativa citada.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed Document CD39/12 on renewal of the goal of health for all (HFA); and

Recognizing the critical role of community participation in renewing health for all,

RESOLVES:

1. To take note of Document CD39/12 and of the national and regional efforts geared toward renewal of the goal of HFA and its strategies.
2. To urge the Member Governments to evaluate progress in meeting the goal of HFA and applying the primary health care strategy, with a view to identifying the areas that require priority action and the elements that hinder or facilitate this progress.
3. To recommend that the Member Governments:
 - (a) Renew their commitment to the goal of HFA and its health strategies, within the context of the social, economic, political, environmental, and technological trends that are affecting the health of their populations, environment, and health services;
 - (b) Give priority to the adoption of policies to resolve their health problems in a sustained manner, with a view to steadily improving the quality of life of their populations.
4. To request the Director:
 - (a) To provide the technical cooperation appropriate to support the countries regarding the renewal of the goal of HFA;
 - (b) To promote the mobilization of national and international resources to support renewal of the goal of HFA that target the design and application of appropriate strategies.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD39/12 sobre la renovación de la meta de salud para todos (SPT), y

Reconociendo la función crucial de la participación comunitaria en la renovación de la meta de salud para todos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Documento CD39/12 y de los esfuerzos nacionales y regionales para la renovación de la meta de SPT y de sus estrategias.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que evalúen los progresos realizados hacia el logro de la meta de SPT y la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud, con el fin de identificar áreas de acción prioritaria, así como aquellos elementos que obstaculizan o facilitan dicho progreso.
3. Recomendar a los Gobiernos Miembros:
 - a) Que renueven su compromiso con la meta de SPT y sus estrategias de salud en el contexto de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas que están afectando a la salud de las poblaciones, al ambiente y a los servicios de salud;
 - b) Que den prioridad a la adopción de políticas para resolver sus problemas de salud de manera sostenida, con miras a mejorar constantemente la calidad de vida de su población.
4. Solicitar al Director:
 - a) Que proporcione la cooperación técnica apropiada para apoyar a los países en lo referente a la renovación de la meta de SPT;
 - b) Que promueva la movilización de recursos nacionales e internacionales para apoyar la renovación de la meta de SPT, que se concentren en el diseño y la aplicación de estrategias adecuadas.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

**ITEM 4.1: REPORT OF THE ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH
TEMA 4.1: INFORME DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD**

El Dr. PELLEGRINI (PAHO) dice que en la reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS), celebrada en la Sede de la OPS el pasado mes de julio, se examinaron temas de carácter general sobre situación y tendencias de la investigación en salud en la Región; temas relacionados con la cooperación técnica de la OPS en el campo de la investigación en salud, y temas relativos a la estructura y funcionamiento del Comité.

En relación con los temas de carácter general, la discusión se centró en el análisis de las nuevas tendencias y desafíos para la investigación en salud de la Región, de los nuevos perfiles demográfico-epidemiológicos, los procesos de reforma de los sistemas de salud y del deterioro ambiental. El Comité procuró analizar cuáles serían las formas de organización y financiamiento de la actividad científica en salud, así como los nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos más adecuados para enfrentar dichos problemas. Al respecto, convino en que la definición de políticas y prioridades de investigación que permitiese enfrentar esos desafíos no podría basarse solamente en la iniciativa espontánea de investigadores aislados ni en la decisión centralizada de organismos estatales, sino que deberá descansar en un proceso de consulta y búsqueda de consenso en el que participarán los diversos actores involucrados en la actividad científica.

Otros temas de carácter general examinados fueron: el hecho de que en la Región se estuviera observando una mayor diversidad de fuentes externas e internas de financiamiento de actividades de investigación, así como nuevas modalidades de financiamiento que obligaban a revisar los mecanismos tradicionales de captación y utilización de recursos, y el de las relaciones entre la investigación y la definición de políticas de salud, destacándose la necesidad de conocer de manera más sistemática las barreras y los factores facilitadores de esas relaciones entre investigación, por un lado, y el proceso decisorio de políticas de salud, por otro. Además, se examinaron las nuevas tendencias conceptuales y metodológicas de la investigación en salud, resaltándose la necesidad de superar falsas suposiciones, como las relaciones que supuestamente existían entre el nivel de análisis individual y colectivo, y entre las metodologías cuantitativas y las cualitativas y revalorizar ciertos tipos de investigación, como estudios ecológicos y etnográficos. La conclusión del Comité, en relación con esos temas generales, fue que la OPS debía continuar y reforzar sus actividades de cooperación para apoyar la definición de políticas tanto nacionales como institucionales de investigación y salud, y promover la incorporación de nuevos conceptos y metodologías que permitieran responder a los nuevos desafíos derivados de una situación cada vez más compleja.

En cuanto a las actividades de cooperación de la OPS en materia de investigación, se revisaron los protocolos de dos estudios multicéntricos coordinados y financiados parcialmente por la OPS; uno sobre actitudes y normas culturales relativas a la violencia, y otro sobre las relaciones entre las inversiones en salud y su impacto en el desarrollo

económico. El Comité consideró que la OPS debía asignar una alta prioridad a tales proyectos y recomendó que se reforzara esa modalidad de trabajo, ampliándola a otros temas. Asimismo examinó el documento de evaluación de la calidad de los informes finales de los proyectos apoyados por el Programa de Subvenciones de Investigaciones. Se revisaron 110 informes apoyados por la OPS, se observó una asociación bastante estrecha entre la calidad de la metodología y la calidad general del informe, y el Comité subrayó la necesidad de revisar rigurosamente los aspectos metodológicos de las propuestas presentadas al programa de subvenciones. El CAIS consideró también que era necesario que los criterios de rigor exigidos para los proyectos sometidos a ese programa se adoptaran para los proyectos financiados con recursos de otras fuentes. Durante la reunión, los miembros del CAIS visitaron las divisiones de la OPS y conocieron de cerca y en detalle sus actividades de cooperación en materia de investigaciones, elaboraron informes al respecto y recomendaron que tales visitas se repitieran cada vez que la reunión se celebrara en la Oficina Central. Se revisaron también las actividades de los subcomités del CAIS, es decir el Subcomité de Biotecnología y el Subcomité de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud. Ambos subcomités presentaron planes de acción para los próximos cuatro años. El Comité examinó los planes de acción presentados por los subcomités y recomendó movilizar recursos para ejecutarlos.

Por último, en relación con la estructura y el funcionamiento del CAIS, subrayó que una de sus principales funciones debía ser la de analizar tendencias con miras a

prever problemas futuros y llamar la atención sobre esos problemas. Se reiteró la recomendación de que el Comité debía vincularse más estrechamente a la vida de la Organización, en particular por conducto de los subcomités. Además, recomendó que se mantuviera la periodicidad anual de sus reuniones y el Director de la OPS afirmó que haría todo lo posible para conseguir ese propósito.

El Dr. HOLMES (Colombia) dice que resumirá su exposición para no hablar más de los cinco minutos concedidos, pero que facilitará a la Secretaría la versión íntegra de sus comentarios sobre el tema.

Colombia recibe con satisfacción el informe sobre la orientación de la política de la Organización en materia de ciencia y tecnología en salud que se expresa, entre otros aspectos, en el fortalecimiento del CAIS, pues solamente en la medida que se desarrolle la capacidad de generar nuevos conocimientos y de aprovechar mejor los adelantos tecnológicos se podrán abordar con mejores herramientas los problemas sanitarios de los pueblos de la Región y reducir su dependencia técnica y científica.

Colombia se ha trazado un programa en materia de ciencia y tecnología encaminada a reorientar esta actividad y a alcanzar las metas trazadas en el plan nacional de desarrollo para el cuatrienio. En este campo, el país presenta una situación similar a la del conjunto de países de América Latina, tanto en sus características como en los factores limitantes, muchos de los cuales tienen que ver tanto con razones de orden fiscal como con elementos vinculados a la concepción de la actividad investigadora en materia científica y tecnológica. Por tales razones, Colombia cree que deben fortalecerse las

alianzas entre los investigadores de la Región y desarrollarse las redes de intercambio y cooperación científica entre los países. Identifica entre otros, dentro de los elementos restrictivos para ese desarrollo, la moderada capacidad regional para enfrentar los nuevos retos técnicos y administrativos que surgen del proceso de implantación de la reforma. Los hallazgos hechos mediante la evaluación de los proyectos del Programa de Subvenciones, confirman que es necesario el fortalecimiento técnico y metodológico dirigido a los grupos de estudio e investigadores de sistemas y servicios de salud, para mejorar la calidad de los proyectos de investigación y su impacto. En este contexto, Colombia recomienda que el CAIS identifique líneas de cooperación con los organismos de ciencia y tecnología de la Región para fortalecer la comunicación y el trabajo interdisciplinario entre los grupos de investigadores y los analistas y los centros de decisión de políticas sanitarias, y mejorar la capacidad de interpretación y análisis, así como los impactos de las investigaciones.

Colombia observa con preocupación que el tema de la bioética en el contexto de la ciencia y tecnología en salud no fue tratado durante la última reunión del CAIS, pues opina que es un área que debe tener un tratamiento prioritario. La reforma sectorial obliga a establecer previsiones de carácter bioético que deben ser lideradas por los ministerios de salud, a fin de evitar posibles dificultades a la hora de decidir sobre aspectos distributivos en relación con los servicios de salud y de promover la justicia sanitaria. En el campo de la tecnología biomédica, dadas las características de los procesos de su apropiación por los sistemas de salud, Colombia considera conveniente

que el CAIS promueva la capacidad técnica de los equipos nacionales responsables de esas áreas en materia de investigación sobre temas como la adaptación y adopción de tecnologías, la negociación y la evaluación de tecnología biomédica. Por último, Colombia reitera a la OPS que considera prioritaria el área de la ciencia y la tecnología. En este sentido, su política se encamina a racionalizar y optimizar los recursos asignados a esta estrategia de desarrollo sectorial.

Dr. FONAROFF (United States of America) said her Delegation appreciated PAHO's commitment to health research in the Hemisphere and welcomed the opportunity to discuss health research programs with PAHO staff. Her Delegation commended the Director for promoting health research development throughout PAHO's technical divisions, not just in the Research Coordination unit.

The United States supported the ACHR's recommendations for priority cooperation, particularly for two highly relevant multicenter studies—one on cultural norms and attitudes towards violence, and the other on the relationship between health and economic development. Information generated by such studies could enhance PAHO's technical cooperation and her country's national efforts in a variety of ways. The Fogarty International Center of the NIH had identified environment and health, population and health, and emerging and re-emerging diseases as three priority areas for health research and training. PAHO, ministries of health, and universities in Member States were already engaged in research and training in those areas, as well as in

HIV/AIDS research and training. Her Government looked forward to discussing those areas of mutual interest in more detail.

Her Delegation noted the relevance of the Advisory Committee's recommendations for future agendas, and asked that the Committee give early attention to the role of WHO collaborating centers in promoting research, particularly to building and strengthening the network of collaborating centers in the Hemisphere. The United States had developed a compendium of Department of Health and Human Services centers and would be interested in exploring how they might benefit the programs of Member States and PAHO.

El Dr. DOTRES (Cuba) dice que su Delegación concuerda con la posición del CAIS y, en especial, con lo planteado por el Director, a saber, que la prioridad en el apoyo a las investigaciones no puede estar guiada solamente por la calidad intrínseca de los proyectos, sino también y principalmente por la relevancia de los proyectos de investigación para la solución de los problemas de salud de la Región. Los propósitos que se persiguen requieren, en cada país, una mayor integración entre los dispositivos de investigación y las estructuras de dirección de los sistemas de salud. En su última reunión, el CAIS insistió mucho en el papel de las investigaciones en salud pública y servicios de salud, así como en la interacción con la población. Cuba ha empezado a examinar los materiales de esa reunión a nivel central y en las próximas semanas lo harán también la Escuela de Salud Pública, el Instituto de Higiene y Epidemiología y los

principales centros de educación médica superior, así como el Instituto de Investigación, y las demás instituciones de salud.

En los últimos 35 años, la experiencia de la salud pública cubana se ha expresado concretamente en la mejoría de los indicadores de salud. Ésta debe expresarse en mayor grado en trabajos científicos que analicen las relaciones entre las decisiones de la política de salud y los resultados obtenidos. Sobre la base del análisis hecho en Cuba del informe presentado por el CAIS en Salvador de Bahía, se está trabajando para producir un salto cualitativo en ese sentido. Se plantea además el complejo problema del financiamiento de la investigación científica en salud, incluida la contradicción entre las crecientes necesidades de conocimientos y la disminución de los recursos para las investigaciones. La movilización de recursos es una tecnología en sí misma que es preciso dominar. Las metodologías empleadas tanto por el taller de planeamiento estratégico de investigación en salud organizado por el CAIS como por el Comité de Investigación en Salud de la Organización Mundial de la Salud constituyen punto de partida para un esfuerzo a nivel nacional.

O Dr. TIMPONI (Brasil) ressaltou que, no esforço de pesquisa referente à renovação do compromisso de saúde para todos, se deveria levar em conta a bioética, e apoiou a proposta da Colômbia no sentido de que deve haver uma aliança entre os países para que os resultados das pesquisas se transformem em benefícios para o setor saúde.

La Dra. RODRÍGUEZ (Venezuela) felicita al CAIS por el documento presentado y expresa la esperanza de que puedan concretarse las líneas de investigación que se han planteado, ya que, a pesar de los esfuerzos que han hecho los Ministerios y los centros de formación, así como de las políticas económicas desarrolladas por los países de la Región, el sector de la salud sigue inmerso en una crisis que le impide atender a la mayoría de la población, al tiempo que aumentan las necesidades básicas insatisfechas. Por ello en el contexto de la reforma del sector el Ministerio de Sanidad de Venezuela, se decidió crear una Dirección de Investigación y Educación para atender a una serie de problemas y quejas planteados a lo largo de los años a propósito de la necesidad de vincular el sector de servicios al Centro Formador de Recursos y de Investigación. En este sentido todas las direcciones sectoriales del Ministerio de Sanidad se han empeñado en aumentar los espacios de conceptualización de la salud pública en el marco a que refiere el documento del CAIS, partiendo de la premisa de que el conocimiento y la tecnología deben supeditarse a las necesidades de la población y de que el desarrollo de ambos debe sustentarse en principios éticos, de solidaridad, equidad y efectividad.

Uno de los elementos en que se ha profundizado en las discusiones con los centros de investigación, es el de que la investigación debe convertirse en un ámbito para la acción. En consecuencia, es fundamental identificar los objetos de investigación y vincular la teoría a la práctica, en lo que los centros de investigación de la Región son débiles. Además, la investigación debe centrarse en la solución de los problemas del sector a nivel de servicios y colectividades. En este sentido, la Dirección, creada hace

un año y medio, ha diseñado políticas encaminadas a identificar las carencias en materia de investigación y desarrollo tecnológico y los centros de investigación que desarrollan líneas de investigación capaces de colmarlas; fomentar y llevar a cabo investigaciones sobre daños, servicios de salud y población, que son elementos muy poco desarrollados; fomentar el desarrollo de tecnología en el ámbito de la atención primaria de salud, en relación con los métodos y procedimientos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento; coordinar los mecanismos de financiamiento y cooperación técnica para ejecutar los programas de investigación, y fomentar el desarrollo de actitudes críticas en materia de transferencia de tecnología que es uno de los problemas que plantea el financiamiento multilateral que se suministra actualmente.

Por último, un elemento que se considera importante es el fortalecimiento de la formación metodológica de los investigadores planteado en el documento del CAIS. En los próximos meses el documento va a ser discutido a nivel del Ministerio con las asociaciones de investigación y las de facultades y escuelas de medicina y ciencias de la salud del país.

El Dr. PELLEGRINI (OPS) dice que coincide con lo planteado por el Representante de Colombia en relación con la debilidad de la capacidad regional de investigación en sistemas y servicios de salud. De hecho, un estudio realizado muestra que la investigación en salud pública corresponde al 3% del total de la producción científica en la Región, es decir, una cifra bastante baja respecto a otros tipos de investigación. Además, el 70% de la producción se concentra en dos países, lo cual

traduce la necesidad clara de reforzar, descentralizar y coordinar esfuerzos a través de alianzas entre investigadores e instituciones. Esta estrategia se contempla en el plan de acción del Subcomité de Investigación de Sistemas.

El subcomité del CIAS encargado de estos temas propuso realizar investigaciones, relacionadas con la reforma. Por ello, se ha lanzado una convocatoria para presentar investigaciones sobre la reforma sectorial. También se propone fortalecer la capacidad de investigación y, especialmente, reforzar la infraestructura de los países de la Región en relación con los estudios de posgrado en salud pública.

Asimismo, debe ponerse de relieve la necesidad de movilizar recursos para financiar investigaciones sobre la reforma del sector. En este sentido ha de tenerse en cuenta que los préstamos que conceden el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para las reformas de los países incluyen créditos para llevar a cabo investigaciones.

Por otro lado, el CAIS ha subrayado la premura de mejorar la utilización de sus recursos, ya que algunas veces éstos no se usan para reforzar las investigaciones realizadas a nivel local.

Está de acuerdo en que el tema de la bioética se aborde en la próxima reunión del CAIS, habida cuenta de que cada vez surgen nuevos problemas éticos, como los que afectan a las investigaciones en ingeniería genética. No obstante, este tema se encuentra todavía en ciernes en muchos países, y así lo demuestra el hecho de que algunos no dispongan todavía de comités de ética.

El tema de la evaluación de tecnologías ocupa un lugar cada vez más destacado en todos los países de la Región, sobre todo desde que los Gobiernos han comenzado a regular la adopción y el desarrollo de tecnologías. El Programa de Investigaciones de la OPS, junto con la División de Sistemas y Servicios de Salud, está intentando diseñar un programa de cooperación en este campo.

Está de acuerdo con los comentarios vertidos sobre la red de centros colaboradores. En la actualidad, en la Región existen 250 centros que desempeñan esa función. Estos centros se seleccionaron sobre la base de su excelencia técnica y disponibilidad. El tema se abordará en la próxima reunión del CAIS, dado el potencial que encierran como excelente mecanismo de movilización de recursos y conocimientos.

Coincide plenamente con los comentarios del Representante de Cuba referentes al papel que puede desempeñar el CAIS como puente entre los Gobiernos y la comunidad científica.

Respondiendo a la Representante de Venezuela, dice que en la Región se está observando el fortalecimiento de las entidades coordinadoras e investigadoras, como la que dirige la Dra. Marta Rodríguez, o las unidades de ciencia y tecnología.

The DIRECTOR stated that within the limits of existing resources PAHO would try to make the Advisory Committee's meeting an annual event in order to ensure continuity in its work. PAHO would also strengthen the links with the Global Advisory Committee on Medical Research.

He pointed out that the Advisory Committee was directly responsible to the Director. At future meetings, he would report on which recommendations could be implemented and when.

One of the difficulties he had encountered was involving members of the Committee in the work throughout the process, not just at the meeting. Another challenge was to make the work of the Committee relevant to the problems faced by the countries. He pledged that discussions and recommendations he approved would have direct relevance to those problems.

It should be possible to make better use of the collaborating centers. He hoped to be able to present a positive progress report to that effect at the next Meeting of the Directing Council.

El PRESIDENTE dice que el tema no requiere una resolución y que las distintas intervenciones se reflejarán en las actas.

O Dr. TIMPONI (Brasil) perguntou se o setor privado estaria interessado em participar também com recursos para a ampliação da pesquisa.

El PRESIDENTE dice que la pregunta formulada por el Brasil quedará asimismo recogida en las actas.

*The session was suspended at 3:55 p.m. and resumed at 4:30 p.m.
Se suspende la sesión a las 3.55 p.m. y se reanuda a las 4.30 p.m.*

ITEM 5.3: PROGRESS OF ACTIVITIES IN HEALTH SECTOR REFORM
TEMA 5.3: PROGRESO DE LAS ACTIVIDADES DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

El PRESIDENTE llama a la atención de los Representantes el Documento CD39/13, Rev. 1, y pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema.

El Dr. TORRES (Representante del Comité Ejecutivo) señala que el informe del Comité Ejecutivo sobre el Progreso de las Actividades de Reforma del Sector Salud dice lo siguiente: el Dr. César Vieira, Coordinador del Programa de Políticas y Salud, presentó el documento sobre este tema al Comité Ejecutivo en su reunión de junio del presente año. En éste se describen las actividades emprendidas o planificadas por la Organización Panamericana de la Salud en materia de reforma del sector salud. Esas acciones se clasifican en tres categorías básicas: cooperación con los países, cooperación interinstitucional y coordinación con las actividades internas. El Dr. Vieira informó al Comité que a mediados de 1995 casi todos los países y territorios de las Américas habían emprendido, o estaban por emprender, algún tipo de reforma de sus sistemas de salud. Varios organismos de cooperación están apoyando los esfuerzos de reforma emprendidos en los países. La Organización ha proporcionado diversos tipos de apoyo directo a la mayoría de estos procesos nacionales por conducto de sus oficinas de representación, incluido, entre otras cosas, el auspicio de seminarios y otros foros, asistencia técnica, adiestramiento, y difusión de información técnica y sobre experiencias nacionales de reforma.

La Organización ha trabajado también con instituciones del seguro social en más de una docena de países, y con organizaciones subregionales en Centroamérica y el Área Andina, para que estas instituciones participen activamente en las reformas nacionales.

A pesar de las restricciones presupuestarias, la Organización se propone seguir proporcionando apoyo directo y amplio a los procesos nacionales de reforma sanitaria, de conformidad con varias líneas de trabajo mencionadas en el documento.

Como parte del Comité Interinstitucional sobre Reforma del Sector Salud, la Organización compartió la responsabilidad de organizar la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, celebrada el año pasado conjuntamente con la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo.

Los organismos participantes están trabajando para definir y ejecutar actividades de seguimiento, incluido un esquema de monitoreo de la reforma, ordenado por la Reunión Especial y por la Cumbre de las Américas, esta última, celebrada en Miami en 1994. La Organización está participando también en grupos interinstitucionales creados para apoyar los procesos de reforma de algunos países.

Otra prioridad en el área de la coordinación interinstitucional es la puesta en práctica de la red interamericana sobre reforma del sector salud, establecida también por mandato de la Cumbre y de la Reunión Especial. Dentro de la Organización se ha creado un grupo de trabajo sobre reforma del sector salud para coordinar las actividades de cooperación prestadas por diferentes unidades y para asesorar al Director.

Entre otras actividades, el grupo de trabajo ha preparado un documento que agrupa los mandatos y las políticas de la Organización en el ámbito de la reforma sectorial, para orientar las acciones de la Secretaría.

Los planes para los próximos años requieren ampliar la participación en el grupo de trabajo y en el adiestramiento del personal de la Organización para permitirle responder a los nuevos retos planteados por la reforma sanitaria.

La Secretaría procurará también intercambiar información sobre la reforma del sector con la Sede y las otras oficinas regionales de la Organización Mundial de la Salud, y periódicamente pondrá al corriente a los Cuerpos Directivos sobre los acontecimientos relacionados con el tema.

El Comité Ejecutivo recalcó que la Organización debe seguir siendo líder entre los organismos de cooperación que están apoyando la reforma del sector. Por ser una entidad especializada en el campo sanitario, ésta cuenta con conocimientos y experiencias que le permiten comprender a cabalidad los problemas que la reforma sanitaria pretende aliviar.

La Organización ha entendido también que no puede haber una sola receta para la reforma que funcione en todos los países. El Comité la elogió por no intentar imponer en los países sus ideas de lo que debe incluir la reforma, a diferencia de otras instituciones que sí lo han hecho; por el contrario, ha dado orientación sobre cómo lograr la equidad, la sostenibilidad y las prácticas adecuadas de la salud pública.

El Comité señaló también que la reforma debe reorientar a los países hacia la meta de salud para todos; aunque los aspectos particulares de la reforma varían de un país a otro, la participación popular se considera como un elemento clave y la descentralización como una política fundamental.

El Comité instó a la Organización a que siga facilitando el intercambio de experiencias de reforma entre los países, los mismos que pueden aprender de los éxitos y los fracasos de cada uno. Se recalcó la necesidad fundamental de la Organización de vigilar tanto el proceso como las repercusiones de la reforma en particular, considerando el mandato dado a la Organización por la Cumbre de las Américas.

El Comité tomó nota de que el tema de la reforma sanitaria se tratará también en la próxima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, que se celebrará en diciembre de 1996 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. La Cumbre brindará una oportunidad para consolidar el apoyo político de alto nivel a este movimiento. En la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo sobre este tema, se recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución por la cual inste a los Gobiernos Miembros a que reafirmen su compromiso político con la reforma del sector salud y a que sigan intercambiando experiencias e informen sobre los progresos de los procesos nacionales de reforma. La resolución solicitaría, además, al Director que siga apoyando los procesos nacionales de reforma del sector de salud, mediante el monitoreo y la formación de redes entre otras actividades.

El Dr. DOTRES (Cuba) considera válido el esfuerzo que ha realizado la Organización en las reformas que se llevan a cabo en los países de la Región para propiciar consenso en su apoyo. Este movimiento de reformas en salud se generaliza y está involucrando a diferentes actores. Sin embargo, el asunto ha de analizarse con cuidado pues en ocasiones las propuestas centran su estrategia en líneas de como trasladar a los usuarios todos los gastos del uso de las prestaciones de los servicios sanitarios públicos, ofrecer modelos de seguros para los principales tipos de riesgo, utilizar de forma eficaz los recursos privados y no los del Estado, o descentralizar los servicios sanitarios públicos. En pocas palabras, recortar los presupuestos públicos y privatizar los servicios. Concuera con que es preciso luchar por hacer más eficientes los servicios de salud, pero en ello hay que tener muy en cuenta todos los factores, incluido el impacto social de estas medidas, ya que aumenta la deplorable situación sanitaria de la Región, sobre todo la de los grupos más vulnerables. Nadie quiere privatizar la pobreza. A veces se corre el riesgo de transitar en el proceso salud-enfermedad hacia el polo de la enfermedad con un enfoque eminentemente curativo. La terminología ha ido cambiando: al paciente se le llama "cliente" y a los profesionales de salud "proveedores", lo cual conceptualiza la enfermedad como mercancía, con las implicaciones sanitarias, filosóficas y éticas que ello supone. El médico se convertirá entonces en un hombre de negocios que se anuncia en la prensa, como se hace con la pasta de dientes o con cualquier otro artículo.

Este camino es preocupante, pues no se sabe si llevará a la solución de los problemas más críticos de salud que padecen millones de personas del continente. Cada país está realizando sus reformas, muchos de ellos después de realizar un profundo análisis; otros lo están haciendo muy presionados por factores económicos y sociopolíticos. En Cuba se mantiene el principio de financiamiento total del sistema mediante el presupuesto estatal, garantizando la accesibilidad universal y gratuita de la población aún en la difícil situación económica que el país enfrenta. Este principio se considera una conquista social irrenunciable. En este momento, el proceso de reforma del sector salud en Cuba está dirigido a mantener los logros alcanzados en las condiciones de salud y a mejorarlas.

La reforma, que en Cuba se valora con un enfoque dialéctico, debe dirigirse a mejorar la atención de salud y a hacer realidad las palabras que aparecen en el emblema de la Organización: Por la salud del Nuevo Mundo.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) dice que para reformar los sistemas nacionales de salud y alcanzar la equidad pueden seguirse distintos caminos. En el marco de la reforma en Puerto Rico sobresalen el desequilibrio entre el sector público y el privado, el aumento de la frecuencia de enfermedades no transmisibles y los altos costos del sector salud que actualmente oscilan en alrededor de los US\$ 2.000 millones.

En Puerto Rico, los procesos de reforma se iniciaron hace dos años y siete meses. Hasta la fecha se ha creado una administración del seguro de salud, se han definido las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población (el cliente) y se

dispone de dos modalidades de atención de salud: una con cobertura básica y otra con cobertura extendida. Obviamente, estas nuevas circunstancias exigen definir claramente las funciones que deberá desempeñar el Ministerio de Salud.

Por otro lado, el sistema de prestación de servicios se ha integrado con el modelo de financiamiento, lo cual plantea un reto, habida cuenta de que en otros países, como los Estados Unidos de América, su idoneidad se está poniendo en tela de juicio. En cualquier caso, para poder ejercer un grado de control adecuado de este nuevo sistema, es preciso supervisar de cerca la relación entre el sector público y el privado.

Asimismo, se han transferido al sector privado alrededor del 80% de las instalaciones del Gobierno, y ello ha obligado a redistribuir al personal excedente. Con la reforma también se ha logrado implantar un sistema de vigilancia epidemiológica y otro de mejoramiento de la calidad de la atención. Los resultados obtenidos hasta la fecha han sido excelentes. En 1997 se pretende llevar a cabo una encuesta utilizando un cuestionario de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, con dos objetivos: identificar los efectos de los comportamientos de riesgo para la salud de los puertorriqueños, e incorporar los métodos y sistemas del proyecto CARMEN de la OPS, que conlleva un conjunto de acciones destinadas a la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles.

El Dr. TORRES (Bolivia) dice que su país ha iniciado un proceso de transformaciones profundas que, precisamente, no han partido del sector salud. La reforma sanitaria boliviana es consecuencia de una transformación del Estado y de una

reorganización del Gobierno. Esta reforma del Estado es un verdadero proceso de consolidación de las estructuras administrativas descentralizadas de 311 gobiernos municipales. La estructura municipal ha sido favorecida no solo con una legislación clara, sino con la adjudicación de recursos económicos importantes. Este cambio trascendental de la estructura del Gobierno y del Estado ha creado la necesidad de reformar varios sectores, y entre ellos el sector salud.

Para que la reforma del sistema de salud beneficie a la mayoría de los habitantes de un país, debe existir una verdadera voluntad política que trascienda al sector salud. De lo contrario, la reforma se reduce a una transformación administrativa, ya sea de hospitales o de servicios.

En algunas reformas realizadas fuera de este continente, la descentralización ha sido una verdadera catástrofe para la organización de los servicios sanitarios, pues ha supuesto la desintegración de los programas y la atomización de las políticas. La reforma aumenta la cohesión de las políticas, los programas y las estructuras, lo que confiere al nivel local la capacidad de administrar los servicios. No hay que olvidar que de un centralismo secular se está pasando a un sistema descentralizado, cuyas organizaciones comunitarias carecen de experiencia en administración. Por lo tanto, la descentralización debe realizarse bajo la estricta responsabilidad de los Gobiernos.

La descentralización no es el fin que persigue la reforma; la reforma pretende aumentar la cobertura de los servicios y mejorar las condiciones de vida de la población. Algunos de los mecanismos para lograrla son la descentralización y la gestión adecuada.

Hasta la fecha, la reforma del sistema de salud boliviano ha traído consigo la creación de un seguro nacional de maternidad y niñez, que ofrece cobertura universal a todas las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años que padecen infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas. Asimismo, se han descentralizado los recursos económicos y el poder de decisión, y el Gobierno acaba de crear el seguro nacional de atención a la tercera edad.

Dr. MAYNARD (Trinidad and Tobago) noted that inequities continued to exist in the health sector in her country and that, despite the Government's acceptance of the tenets agreed upon in Alma-Ata, resources had not been adequately redirected to primary health care. The sector was undergoing a comprehensive reform, with emphasis on primary health care and the use of health promotion strategies, the decentralization of health service delivery, and improvement in the quality of services and the development of human resources. This reform program was at the implementation stage and some successes had already been achieved. Despite a change of government following elections in November 1995, there had been no change in policy and the momentum of health sector reform had been maintained. Nevertheless, despite financial support from an international agency, technical support was still required. She welcomed the indication that PAHO would be increasing its emphasis on country-level activities. Especially, her Government was interested in the monitoring and evaluation of health sector reform activities as well as in the analysis of programs in other countries and the

sharing of information on what had worked and what had not. She looked forward to PAHO's continued support.

El Dr. MUÑOZ (Chile) expresa su reconocimiento por el apoyo que la Organización está prestando a los países en la reforma del sector salud, y cuyas principales actividades se resumen en el Documento CD39/13 y en el informe del Comité Ejecutivo. Al mismo tiempo, solicita que la Organización prosiga en este esfuerzo, para lo cual propone lo siguiente: primero, y dado el cambiante escenario en el que se desarrollan los procesos de reforma en cada uno de los países, parece importante actualizar los propósitos, objetivos y metas de la reforma del sector salud. Esta actualización deberá tener una regularidad acorde con el escenario antes mencionado y con sus cambios.

Segundo, también es importante incorporar como estrategia de cambio medidas relacionadas con la erradicación o disminución de la pobreza, el aumento de la equidad, la descentralización del poder y la participación ciudadana.

Tercero, la Organización deberá estimular a los países para definir el papel del Estado en las reformas del sector. Cuarto, es preciso definir ejes de trabajo programático en torno a los cuales se estén estructurando las prioridades generales de cambio en materia de reforma.

Quinto, en cada país se debe formular un cronograma que represente el plan estratégico de reforma del sector salud que se está adoptando. Al respecto, parece importante delimitar las áreas específicas de apoyo técnico para cada uno de los países,

teniendo en cuenta las demandas expresadas por ellos con objeto de formular el programa de trabajo pertinente.

Sexto, se deberá solicitar al grupo de trabajo constituido para este efecto en la Organización que asesore a los Gobiernos en materias específicas y estimule el intercambio permanente de experiencias entre los países de la Región.

Finalmente, habrá que establecer un sistema simple y continuo de seguimiento de la reforma de cada país y de evaluación periódica de los avances logrados.

La Dra. MORENO (Panamá) subraya que el proceso de modernización y reforma del estado nacional, en el que el Gobierno panameño y la sociedad civil tienen un compromiso con este fin de siglo, pasa por un proceso de reformulación de toda las políticas públicas con los objetivos básicos para lograr mayor equidad, eficiencia, eficacia y calidad en la ejecución.

La reforma del sector salud se inscribe en un proceso de modernización y reforma dirigido no solo a la inserción en el mercado mundial sino al logro de mayor equidad y justicia social, y de un verdadero desarrollo humano sostenible de todos los panameños y panameñas.

Con esa visión del Estado y de su misión, la visión integral de la salud humana va mucho más allá de la atención a las personas y se dirige también al ambiente, no solo al ambiente natural sino, asimismo, a ese ambiente social que genera comportamientos dañinos para la salud y para el desarrollo de la democracia y la ciudadanía. Ese concepto integral de la salud pasa por el desarrollo de todas las estrategias de promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de los procesos de salud y enfermedad de las personas y de los procesos del ambiente.

La visión integral de la salud conlleva una visión integral de los seres humanos, una integración e integridad bio-psicosocial, y un ejercicio de producción social de salud con la población, y con todos y cada uno de los sectores que conforman el Estado nacional. Por eso se habla de cogestión y de producción social de salud.

Con esa visión de la salud humana, el proceso de reforma y modernización que se realiza bajo la dirección del Ministerio pero incorporando a todas y cada una de las instituciones que producen salud y analizando los determinantes biológicos, ambientales, naturales y sociales, abarca dos grandes áreas. El área de que tradicionalmente se habla, y en la que quizás los organismos técnicos y financieros han centrado el proceso de reforma, es el área de la atención médica a la población, que es en donde más apoyo se ha recibido en los dos últimos años. Y esa reforma de la atención médica se realiza tratando de lograr un sistema nacional de salud donde estén incluidos los sectores tanto públicos como privados, a fin de alcanzar mayores niveles de equidad pero también de eficiencia y calidad en la atención.

En ese proceso de rehabilitación de la red, no solo ha preocupado en Panamá la infraestructura física, sino también el desarrollo de un sistema de mantenimiento de los equipos biomédicos y, sobre todo, la transformación de los modelos técnicos de la atención. Unos modelos técnicos que no tienen que ver únicamente con la mejora de los niveles de complejidad del sistema nacional de salud, sino con la integración de recursos

del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, y con la profundización en toda una serie de normas técnicas que permitan realmente regular el proceso de atención de enfermedad a la población, incluyendo también los procesos de prevención primaria. En ese cambio de modelo financiero que quizás sea el que más interés ha generado en las cooperaciones, se están buscando modelos de sostenibilidad financiera sin temor a que el sistema público dé acceso a los sectores privados.

La ineficiencia del sistema público es lamentable y por eso se quiere llegar a un sistema en donde se separe muy bien el rol financiador del sistema público del rol proveedor, y se mejore la gestión y la calidad de la atención. Los recursos humanos trabajan en el sector público y en el sector privado, pero tienen menor rendimiento en el primero y un óptimo rendimiento en este último. El sistema público se financia con los impuestos de la nación y con las cotizaciones de los seguros sociales, pero los seguros privados no le entregan ninguna clase de recursos financieros a cambio de la atención que pueden recibir sus asegurados, por lo que hay que introducir modelos de sostenibilidad financiera.

La otra gran área de reforma es la de la promoción, vigilancia y control de la salud pública, y en ella casi no se dispone de apoyo, a excepción del recibido de la Organización Panamericana de la Salud.

Así pues, la reforma no es solo de la atención médica, sino que afecta también a los modelos de vigilancia y atención de la salud pública, porque al entrar al mercado hacen falta medidas sanitarias para importar y exportar productos, y para importar

tecnología, a veces, de altos costos que genera cambios en la bioética y la ética de los recursos humanos.

Hon. Ivonne FRANCIS-GIBSON (Saint Vincent and the Grenadines) stressed that the health care reform process must be viewed as an attempt to bridge the widening gap between supply and demand in health service delivery. Most of the countries were nearing their threshold of health care expenditure, while at the same time an increasingly sophisticated population was demanding more and better services. Her Government regarded health sector reform as a process that harnessed national energies and resources for coordinated action. As such, it was not the preserve of the Government alone but rather a collaborative responsibility of the public and private sector, the NGOs, and the community. Meaningful health sector reform required at least four essential components: (1) re-examination of the philosophy and mission that informed the health service delivery system; (2) translation of that mission into clearly defined strategic and operational plans so as to achieve sustainability; (3) going beyond mere peripheral tinkering with the system to create real systemic and institutional changes; and (4) financing of health care. She gave full support to PAHO's resolve to continue to cooperate with the national reform processes.

Mr. AISTON (Canada) praised PAHO for its leadership and vision in dealing with health sector reform. He believed that the Organization's work had been effective because its approach was based on a firm concept—namely, that of equity. He was

pleased with the future activities described in Document CD39/13, Rev. 1, particularly those that called for sharing information and experiences.

Canada, like other countries, was facing the challenge of providing high-quality care to all its citizens in a context of increasing cost pressures. At the same time, it had to cope with such factors as an aging population, the cost of pharmaceuticals, new technologies, and the remuneration and distribution of health workers. In a country as diversified as Canada, a decentralized approach had proved to be both appropriate and essential. The process was not complete, however, and although there were indications that Canada was on the right track, its full impact could only be assessed in future years.

Concerns about the cost and quality of care were putting pressure on governments to shift services that had once been provided in institutions to the community and even to patients' homes. In Canada, the provinces were reducing the number of acute care beds and, in some cases, entire hospitals were being closed, merged, or replaced by long-term care facilities, community clinics, and home care. The provinces were also adopting measures to ensure that physicians supported this transition, including alternative ways of funding primary care physicians and promoting the role of other practitioners and other forms of patient care. The provinces were also looking to strengthen the primary health care systems through increasing emphasis on prevention and health promotion. Thus, health care issues in Canada were not unlike those being addressed in other countries. The single payer system in Canada had undoubtedly facilitated progress. The only constant was change, and change needed to be dealt with

on the basis of unchanging fundamental principles—in Canada's case, universality, accessibility, and public administration—which were firmly entrenched in the Canadian system.

Ms. DABBS (United States of America) said that PAHO'S leadership was critical in assisting countries to meet their specific goals for health sector reform, and that the Organization could also assist in mobilizing external resources to support national reform experiments by sharing ideas and experiences. It was particularly important that consensus be reached on the definition and parameters being applied to the monitoring process. Interagency working groups might be helpful. Other important areas were research, evaluation, and the assessment of policies and implementation plans. Governments also needed to measure the impact of reform on equity of access. PAHO should emphasize training activities with the Organization to build multidisciplinary teams and shore up its technical expertise in planning, administration, and resource allocation. Collaboration with technical personnel from other agencies could be part of that process. For long-term sustainability, PAHO should focus on activities that target leadership, monitoring and evaluation, information-sharing, and resource mobilization, while the proposed activities might be implemented through external alliances, partnerships and by applying national resources.

El Dr. HOLMES (Colombia) manifiesta que, además de los avances que se han logrado en su país en las dos últimas décadas dentro del nuevo contexto institucional

descentralizador y participativo, con una mayor movilización de recursos hacia los municipios y con la prioridad dada a la inversión social, Colombia viene enfrentando los problemas tradicionales del sector, en cumplimiento de los mandatos de su nueva Constitución, sobre la base de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, y de un desarrollo legal que se ha traducido fundamentalmente en la ley de reforma del sistema integral de seguridad social en materia de pensiones y salud. Los primeros años de vigencia del esquema muestran una evolución notable y positiva, fundamentalmente en cuanto a la oferta de servicios y a su distribución geográfica. Para ello se ha contado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, colaboración que Colombia desea reconocer expresamente.

En cuanto a las políticas, se han aplicado, prácticamente en su totalidad, las contenidas en los documentos sobre el progreso de las actividades de reforma del sector salud; es decir, se ha trabajado intensamente en el proceso de descentralización, en la introducción o ampliación del seguro nacional de salud y en la adopción de esquemas de recuperación de costos en el sector público; se han elaborado paquetes básicos de atención, llamados planes de beneficios; se han preparado estrategias para formas de contratación de prestadores de servicios; se ha fomentado la focalización del gasto público y la autonomía hospitalaria; y, se han adoptado políticas de compra, financiamiento y distribución de medicamentos.

Hay que resaltar la función de cooperación entre organismos de la OPS, que debe privilegiar los objetivos de salud definidos por los países, tratando de lograr el mejor

equilibrio posible con los objetivos de que se ocupan otros organismos. El proceso de reforma de la seguridad social en Colombia es complejo, al igual que en otros países y, por lo tanto, las medidas que se adopten deberán ser autóctonas, para asegurar su éxito.

Desea resaltar también el esfuerzo permanente de la Organización en el apoyo al proceso de reforma en Colombia, mediante asistencia técnica directa, información y actividades de investigación unidas a la cooperación en los procesos intrainstitucionales e interagenciales, y a la consolidación y conformación de grupos multidisciplinarios para la asistencia directa, que constituye una estrategia fundamental. Su desarrollo debe considerarse en términos de una cooperación horizontal que garantice la aplicación instrumental en los procesos de reforma definidos por cada país. El reto es saber cómo hacer las cosas, pues el para qué y el por qué son potestad de los Estados Miembros. La consolidación de la red interamericana propuesta por la Organización permitirá la transferencia de las tecnologías y técnicas de los distintos países, mediante la oferta efectiva de publicaciones e investigaciones, y de un inventario de investigadores que será de gran utilidad para el desarrollo de las diferentes reformas. La creación de comisiones permanentes de expertos que resuelvan de manera continua los problemas de los procesos de reforma en los diferentes países debe ser un pilar de las implantaciones instrumentales. Colombia está enfrentando el reto de lograr la meta de salud por todos y para todos, y lo está haciendo a través de una implantación consistente de estrategias diversas y complejas, como la ampliación del sistema general de seguridad social y la generación de un proceso de centralización financiera y administrativa efectiva.

Los lineamientos definidos en la Cumbre de las Américas se han seguido cabalmente, y han ofrecido la oportunidad para restablecer la cooperación efectiva, tanto multilateral como bilateral, a fin de alcanzar la meta sugerida y plenamente adoptada.

El Dr. ORTIZ (México) felicita a la Organización Panamericana de la Salud por su capacidad para articular los diversos aspectos que atañen a la reforma del cuidado de la salud, y dice que México ha emprendido esa reforma como consecuencia de la necesidad de una nueva política social modernizadora que vaya desde el individuo a la sociedad y desde el nivel federal a los municipios.

Los servicios de salud se han descentralizado totalmente mediante nuevos aspectos gerenciales, financieros y hospitalarios, sin descuidar los logros ya alcanzados, pues es indudable que descentralizar no significa repartir indiscriminadamente. Se han transferido recursos materiales, pero la normatividad y el seguimiento y control de la calidad continúan en el nivel federal; así, por primera vez, la Secretaría de Salud ha asumido un papel rector que antes no tenía.

La Secretaría de Salud ha desarrollado programas para los grupos vulnerables, los más pobres, que en México son diez millones de personas, un paquete básico de salud y el Programa de Municipios Saludables, de acuerdo con los lineamientos de la OPS y la OMS, y también otros muchos programas como el de compra y utilización de medicamentos. En la cooperación internacional, se han concluido convenios con los países fronterizos, los Estados Unidos de América, Guatemala y Belice, que han mostrado una actitud no solo amistosa sino fraterna, en un programa amplio sobre salud

de los migrantes, salud de la mujer, inmunizaciones, lucha contra el tabaquismo y, próximamente, salud de la tercera edad.

México tiene una larga historia de participación popular que data desde las culturas mesoamericanas anteriores al siglo XVI, y esa tradición cultural se expresa hoy en la cobertura del 95 % de la población infantil en los programas de inmunización. Está en marcha la reforma de la seguridad social, y en el primer nivel de la atención se modificarán los esquemas médicos familiares, pues se considera que la verdadera reforma, el instrumento para alcanzar la salud para todos, va desde los conceptos hasta la acción concreta en el terreno médico y desde el individuo hasta la comunidad. En ese sentido integral de una equidad republicana y universal, se ha logrado convocar a todos los mexicanos.

El PRESIDENTE anuncia que, por razones de Estado, debe regresar a su país, por lo que la Presidencia del Consejo corresponderá a uno de los Vicepresidentes elegidos. La República Dominicana estará representada por el Dr. Bruno Calderón.

Su experiencia como Presidente ha sido muy gratificante, y en ella ha podido apreciar plenamente los esfuerzos que se están realizando para que todas las Américas progresen en la búsqueda de la salud.

*The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5.30 p.m.*

directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting

regional committee



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/7
26 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SÉPTIMA SESIÓN PLENARIA

Thursday, 26 September 1996, at 9:10 a.m.
Jueves, 26 de septiembre de 1996, a las 9.10 a.m.

President/Presidente: Dr. Enrique Samayoa Honduras

Contents
Índice

Item 5.3: Progress of Activities in Health Sector Reform (continued)
Tema 5.3: Progreso de las actividades de reforma del sector salud (continuación)

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)
Índice (cont.)

- Item 5.4:*** Progress in the Implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health
- Tema 5.4:*** Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud

The meeting was called to order at 9:10 a.m.

Se abre la sesión a las 9.10 a.m.

**ITEM 5.3: PROGRESS OF ACTIVITIES IN HEALTH SECTOR REFORM
(continued)**

**TEMA 5.3: PROGRESO DE LAS ACTIVIDADES DE REFORMA DEL SECTOR
SALUD (continuación)**

El Dr. RINCÓN (Venezuela) reconoce los esfuerzos realizados por la OPS para hacer frente a los cambios que se producen en los servicios de salud de toda la Región. En el caso de Venezuela, al fracasar tres modelos (el "abierto", de libre acceso y gratuito financiado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con 258 hospitales y 4.000 ambulatorios, el "cerrado", o medicina prepagada, asumido fundamentalmente por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, y el "privado", con 374 clínicas y hospitales, desarrollado gracias a una serie de privilegios y exenciones impositivas), se han realizado cambios importantes en el sistema de salud. Todos ellos están dirigidos por el Ministerio de Sanidad, convertido en órgano rector de salud. La transformación fundamental es el proceso de descentralización, introducido ya en 19 de los 23 estados de la República, que comprende la transferencia de servicios médicos sociales y de saneamiento ambiental, así como de programas sociales, por ejemplo, los del Instituto de Nutrición para alimentación de los escolares, los del PAMI para alimentación de madres embarazadas y lactantes y los del Instituto de los Ancianos (INADER), además de las transferencias de personal, de recursos financieros y de instalaciones físicas y

equipos. Ese proceso de descentralización culminará en 1997, cuando se realice en los últimos estados.

Con ello se habrá conseguido "municipalizar" la salud, mediante acuerdos entre los gobernadores de los estados y los alcaldes de los municipios. El Ministerio quedará como órgano rector para dictar normas, políticas y estrategias y garantizar que en todo el territorio nacional hay concordancia entre los tres poderes (nacional, estatal y municipal) y evitar que en algunos lugares los gobernadores se conviertan en verdaderos reyezuelos que eluden las líneas globales de la política sanitaria nacional.

Es preciso forjar una cultura de la transformación, de la innovación, y del compromiso con los que menos tienen o han sido marginados por sistemas sociales injustos. No sólo se trata de acumular un saber crítico o tecnológico, sino prácticas transformadoras. El proyecto de salud venezolano es político-científico, a la vez que humanista, privilegiando la condición humana, por lo que se requieren nuevas formas de pensar y actuar en materia de salud, fortaleciendo la gestión y el liderazgo del sector público, incorporando al sector privado y al sector productivo, integrando los servicios de salud, aumentando la capacidad decisoria de los ambulatorios, fomentando la promoción y la prevención y reciclando y capacitando personal y, por último, adecuando todos los instrumentos jurídicos legales a las nuevas exigencias de gestión y financiamiento.

La mayoría de los grandes hospitales están regidos por fundaciones o asociaciones públicas donde participan las comunidades organizadas; hay instituciones que tienen

mucha credibilidad en el país, como son la Iglesia y el Ejército, además del sector laboral y los gremios. Todas esas asociaciones constituyen un mecanismo de control social que garantiza un empleo eficaz de los recursos.

El Sr. LÓPEZ (Honduras) destaca el apoyo recibido de la OPS y otros organismos desde el inicio del proceso de reforma. En Honduras el problema fundamental con que se enfrenta el sistema de salud es la falta de equidad en el acceso a servicios apropiados, oportunos y de calidad aceptable, sin contar con que casi un tercio de la población, principalmente la de áreas rurales o urbano-marginales, que vive en condiciones de pobreza extrema, no tiene acceso a estos servicios. Por esa razón el acceso a servicios de salud con requisitos de equidad, eficiencia y eficacia, además de la adecuada participación social, es el eje fundamental de los procesos de modernización y reforma del sector.

Las estrategias básicas para ello están enmarcadas en el proceso global de modernización del Estado, así como en las políticas de salud de la actual administración. En este sentido, el objetivo del proceso de modernización es iniciar reformas políticas y organizativas del sistema que mejoren realmente la eficiencia institucional y la racionalización del gasto público nacional. En el Ministerio de Salud Pública existe consenso sobre la necesidad de fortalecer los mecanismos de control social en la gerencia de los servicios de salud, sin limitarse a la evaluación de resultados, la medición de actividades y la disponibilidad de recursos materiales, para lograr que, a través de una cultura social de diálogo, negociación y concertación, se contribuya al desarrollo de la

sociedad civil y la ciudadanía; ésto se pretende lograr reorganizando el municipio como ordenador y responsable de gestionar y canalizar los recursos para la salud.

Se han descentralizado también desde 1995 los fondos de cooperación externa, tanto técnicos como financieros, entre otros los de la OPS, la USAID y la Unión Europea, que ya no son gestionados por el nivel central del Ministerio, sino por las áreas de salud junto con los sectores regionales, centrales y locales. Con el apoyo del Gobierno del Japón se está haciendo un estudio sobre estrategias y planes para mejorar las condiciones de salud con un enfoque integral, interinstitucional, abarcando toda la problemática de salud a mediano plazo hasta el año 2000, y a largo plazo hasta el año 2010.

Así pues, las perspectivas son las siguientes: la descentralización técnica y financiera del Ministerio continuará recibiendo apoyo para fortalecer la reforma del sector, el desarrollo de recursos humanos se privilegiará en este proceso de reforma, la estrategia de participación social se revisará y se formulará un enfoque integral con otras estrategias, por ejemplo de educación para la salud, recursos humanos y otras áreas.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) dice que en Costa Rica el sistema de servicios de salud es fundamentalmente un sistema solidario donde todos los habitantes tienen que cotizar en relación con sus ingresos. No importa que existan servicios privados —y ese es tal vez el aspecto más importante de la cuestión— pues en la práctica no los hay, ya que todos han de cotizar al sistema de salud. Si alguien tiene muchos recursos puede ir a un servicio privado, a otro país, a una clínica especializada en los Estados Unidos de

América o cualquier lugar del mundo, pero tiene que seguir cotizando exactamente igual para los servicios de salud de Costa Rica, lo que permite poder brindar servicios a toda la población. Quienes no tienen posibilidad de cotizar están asegurados por el Estado son los llamados "indigentes" o los que no tienen acceso en otros países, pero el sistema solidario costarricense permite brindar la misma atención a todos y en todos los casos, desde los más sencillos hasta un trasplante de hígado, de riñón, de corazón, etc.

En cuanto a la atención primaria los equipos básicos que empezaron a funcionar hace más de 20 años con un técnico y una enfermera, ahora tienen además un médico, con lo que se trata de disminuir la afluencia hacia los hospitales, que tienen problemas hasta tal punto graves que en algunos países se ha disminuido, e incluso eliminado, el servicio de emergencias por ser el "coladero" para mucha gente que realmente no necesita atención urgente.

En resumen, aunque hay un servicio que cubre a toda la población por igual, objeto además de constantes mejoras, la falta de especialistas en todas las regiones del país ha hecho que se empiece a trabajar en un sistema de telemedicina, con el fin de suministrar a todos los ciudadanos servicios especializados y educación sobre salud y enfermedad.

Le Dr. LASSEGUE (Haïti) fait savoir que la réforme du secteur de la santé en Haïti entre dans le cadre du mouvement général de la restructuration du Gouvernement du pays dont un point important est la décentralisation des services de santé.

Dans ce contexte, la planification, la programmation, l'implantation, le suivi et l'évaluation des interventions de santé relèvent désormais d'institutions régionales, alors que les fonctions normatives de supervision et de contrôle identifient désormais la mission des structures centrales. La redistribution du pouvoir entre les secteurs central et régional, avec accent sur l'importance de la région, s'accompagne aussi d'une réallocation des ressources budgétaires nécessaires à la mise en place des actions de santé.

Trois points essentiels peuvent être analysés dans le cadre de la restructuration du système de santé en Haïti: Premièrement (1) la mise en place d'un partenariat effectif et évolutif entre les organisations de secteur privé et celles du secteur public, et ce, dans le processus de rationalisation de la carte sanitaire en Haïti. Toutes les institutions sanitaires, qu'elles soient publiques, privées ou mixtes, dans une aire géographique donnée, sont mises en réseau et travaillent en synergie pour la dispensation des services de santé différenciés à la population. C'est ce qui est dénommée une Unité communale de santé. Deuxièmement (2) la redéfinition des relations entre le Ministère et les organisations non gouvernementales. A la lumière de la nouvelle politique de santé, le Ministère a clairement défini le cadre des activités et des interventions des ONG. A partir des conventions entre deux parties, les ressources en personnel de santé et les actions de ces ONG sont prises en compte dans la configuration du nouveau système de santé. Troisièmement (3) les limitations budgétaires imposées au secteur santé et les situations disfonctionnelles héritées des récentes périodes d'instabilité politiques posent

au Ministère des difficultés d'implantation des réformes et exigent une flexibilité au niveau de l'agenda d'exécution de celles-ci.

En tout état de cause, la réforme du système de santé haïtien est un défi que doivent relever et le Ministère et le peuple haïtien. Pour se faire, la participation communautaire et populaire à la mise en place du nouveau système constitue un élément fondamental et un choix stratégique prioritaire. En résumé les éléments suivants: déconcentration des services de santé; décentralisation des actions et des interventions; partenariat entre les secteurs publics et privés; coordination des actions des ONG; et participation communautaire et populaire, constituent des axes fondamentaux de la réforme du système actuellement en cours en Haïti.

La Dra. GAMERO (El Salvador) dice que, a su entender, en todo este proceso de cambio reforma quiere decir eficiencia: eficiencia para aumentar cobertura y para dar calidad y calidez. El sector público no ha sido eficiente y hay que buscar como serlo teniendo en cuenta la realidad económica y social.

Ahora bien, no ha de olvidarse que la salud tiene un costo pero en aras de la solidaridad, quienes pueden pagar han de hacerlo de acuerdo con su situación económica para así compensar a los que no pueden pagar. La salud es responsabilidad de todos y la modernización tiene como elemento principal la participación social. Puesto que los cambios no pueden ser radicales, hay que mantener lo bueno, fortalecer lo regular y eliminar lo malo.

El Dr. PICO (Argentina) agradece al Director y a la Organización el apoyo que brinda a los Estados Miembros en el proceso de reforma del sector. En la Argentina se está desarrollando un profundo proceso de transformación sectorial basado en el hacer del hombre y su familia el eje, objeto y sujeto del quehacer sanitario, defendiendo la dignidad de la persona.

Por eso el orador escuchó ayer con gran satisfacción la exposición de la Ministra de Panamá cuando señaló que salud se hace con la gente y no para la gente; en esa línea de pensamiento se está trabajando en la Argentina. El Ministerio de Salud asume una función directiva para lograr la efectiva articulación y complementación intra y extra sectoriales. La estrategia de cambio se base en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, con el fin de asegurar más y mejor medicina a todos.

Hace cinco años se procedió a una descentralización operativa, lo que lleva a señalar algunos elementos clave. Descentralización si, pero descentralizando las decisiones en el nivel local, donde estén los problemas; muchas veces ha fracasado esta estrategia porque solamente se han descentralizado los problemas, quedando las decisiones en el nivel central. Este último ha de tener exclusivamente función normativa.

Asimismo, se promueve el desarrollo de la atención primaria en todos los componentes del proyecto de reforma, además de las acciones de promoción y protección de la salud con el fin de disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, cuidando la adecuación de los recursos humanos. Es fundamental que, de una vez por todas, los organismos formadores y los organismos utilizadores del recurso hagan proyectos

comunes, porque mientras el sector salud quiere un modelo basado en la atención primaria, las universidades siguen formando personal para sistemas medicalizados, donde prevalece la alta tecnología que, por falta de recursos, no hay en las regiones locales.

Además, la descentralización va acompañada de programación local, con participación de la sociedad en los sistemas locales y la complementación institucional. De este modo, la salud se transforma en un elemento fortalecedor de la democracia participativa. Los cambios iniciados en 1991 son estructurales y profundos y avanzan mediante una planificación estratégica en la que prevalece el bien común sobre los intereses sectoriales.

Hon. Ruben CAMPOS (Belize) reported that his country had been examining new strategies for financing health care, strengthening the health management system, and determining a basic health package. The involvement of the general public and the private sector in that exercise had proved rewarding and demonstrated the public's awareness that every citizen had an important role to play, especially in light of the economic changes in the world. The users of health care had been able to assist the Government in determining their needs, which was very appropriate. Grass-roots participation had also highlighted some past problems, and particularly the importance of streamlining management.

The positive and negative aspects of decentralization had been examined in Belize, and the role of privatization, which was a new focus, required further study. He thanked PAHO for assisting his country in the planning stages of reform.

A byproduct of national health sector reform had been increased subregional integration in terms of providing health care services, as countries tried to make the best use of scarce resources. Each country had to determine what services it could afford to provide, who would pay for them, which services it could produce, and which ones it could purchase at a lower cost. Belize was reviewing such questions with its neighbors Guatemala and Mexico.

Noting that the international lending institutions spent substantial sums on consultancies and that the countries already had a good understanding of their own problems, he suggested that the banks and donor countries should invest more funding in concrete projects to help small countries carry out their programs.

The DIRECTOR thanked the countries for the interest they had expressed in the topic. He wished to emphasize and clarify a point that had been discussed in an earlier session about the need for WHO and PAHO to retain their unique roles as international organizations specialized in health. While PAHO and WHO had to continue to earn their right to occupy that space, it was also the responsibility of the countries to allow the organizations to act as leaders among the international agencies in regard to health-related matters. He was pleased that the Ministers of Health of Chile and Mexico, in arranging discussions of health sector reform, had requested that the participating financial institutions and other partners meet at PAHO, a site that was not only symbolic but appropriate. He asked the countries to involve PAHO at the earliest planning stages in any such discussions.

As several of the representatives had mentioned, health sector reform had demonstrated that genuine and effective inter-agency collaboration could be generated on topics of fundamental interest. He wished to see such collaboration prosper.

The Summit of the Americas (1994) had delegated responsibility to PAHO to report on progress in health sector reform to the next inter-American summit. The Organization would be calling on the countries to continue relaying their experiences to PAHO so that it could both fulfill that commitment and continue to support the countries in their reform efforts. To facilitate discussion and dialogue, perhaps a corps of advisors in health sector reform could be formed, not only to provide information to PAHO but also to assist other countries.

El PRESIDENTE pide al Relator que de lectura al proyecto de resolución contenido en el Documento CD39/13, Rev. 1.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD39/13, "Progress of Activities in Health Sector Reform";

Bearing in mind the Action Plan approved by the 1994 Summit of the Americas and Resolution CD38.R14 of the XXXVIII Meeting of the Directing Council on equitable access to basic health services; and

Considering the inequity in the distribution and utilization of resources still prevailing in the Americas, despite the attention that has been devoted to health sector reform in the Region in recent years,

RESOLVES:

1. To recognize the efforts undertaken by the countries in health sector reform and to acknowledge the bilateral and multilateral cooperation provided, while emphasizing the need for coordination of external support and respect for national autonomy and identity.
2. To urge Member Governments:
 - (a) To reaffirm their political commitment to health sector reform, including population-based public health approaches, as a strategy for making health systems more equitable, efficient, and effective in response to the health needs of the peoples of the Americas;
 - (b) To continue to exchange experiences and report on the progress and problems of the national processes of health sector reform.
3. To request the Director:
 - (a) To continue to cooperate with national processes of health sector reform, through the appropriate regional and country units of the Organization;
 - (b) To proceed with the continuous monitoring of and periodic reporting on progress and problems faced by national processes of health sector reform in the Region;
 - (c) To foster networking—including the evolving inter-American network as called for at the Summit of the Americas—among governments, private sector institutions, nongovernmental organizations, and other interested parties, as a mechanism for exchange of information and expertise on health sector reform.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD39/13, "Progreso de las actividades de reforma del sector de la salud";

Teniendo presente el Plan de Acción aprobado por la Cumbre de las Américas de 1994 y la resolución CD38.R14 de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo sobre el acceso equitativo a los servicios básicos de salud, y

Considerando la inequidad en la distribución y utilización de los recursos que sigue prevaleciendo en las Américas, a pesar de la atención que en años recientes se ha prestado a la reforma del sector de la salud en la Región,

RESUELVE:

1. Reconocer los esfuerzos realizados por los países en materia de reforma del sector de la salud, así como la cooperación bilateral y multilateral que se ha proporcionado, y recalcar al mismo tiempo la necesidad de coordinar el apoyo externo y de respetar la autonomía e identidad nacionales.
2. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que reafirmen su compromiso político con la reforma del sector de la salud, incluidos los enfoques de salud pública basados en la población, como una estrategia para hacer que los sistemas de salud sean más equitativos, eficientes y eficaces en respuesta a las necesidades de salud de los pueblos americanos;
 - b) A que sigan intercambiando experiencias y que informen sobre los progresos realizados y los problemas que surjan en los procesos nacionales de reforma del sector de la salud.
3. Pedir al Director:
 - a) Que continúe cooperando con los procesos nacionales de reforma del sector de la salud por conducto de las dependencias regionales y de país de la Organización que sean adecuadas;
 - b) Que siga adelante con el monitoreo continuo y la notificación periódica sobre los progresos realizados y los problemas que afrontan los procesos nacionales de reforma del sector de la salud en la Región;
 - c) Que fomente la formación de redes —incluida la red interamericana que se está constituyendo por mandato de la Cumbre de las Américas— entre gobiernos, instituciones del sector privado, organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas, como mecanismo para el intercambio de información y conocimientos especializados en materia de reforma del sector de la salud.

Em seguida, sugeriu que fosse incluído no projeto de resolução um parágrafo que refletisse o consenso da Sala em prol do reconhecimento da liderança e do papel de coordenação exercidos pela OPAS, na programação e implementação das atividades do setor da saúde.

El PRESIDENTE comunica que se tendrá en cuenta la modificación propuesta y el nuevo texto se distribuirá ulteriormente.

ITEM 5.4: PROGRESS IN THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL PLAN OF ACTION ON VIOLENCE AND HEALTH

TEMA 5.4: PROGRESO EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN SOBRE VIOLENCIA Y SALUD

El Dr. GUERRERO (OPS), al hacer la presentación del desarrollo del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud, dice que éste se ha llevado a cabo a tenor de lo dispuesto por el Consejo Directivo en 1993 (Resolución CD37.R19). En las líneas más importantes de ese plan, se insta a los gobiernos a comenzar acciones de prevención y reducción de la violencia, tema extraordinariamente difícil de tratar porque existen muchas definiciones y muchas formas de entenderla. Según la OPS, la violencia se puede clasificar según la persona afectada (violencia contra el niño, violencia contra la mujer, violencia contra el anciano), según la naturaleza (sexual, psicológica, e inclusive formas de abandono y negligencia), según el aparente motivo o causa (violencia racial, violencia política) y según el ambiente donde se produce (violencia doméstica, violencia en el lugar de trabajo).

Hay dos formas de violencia a las que conviene referirse de manera especial. En primer lugar, la violencia contra la mujer, muy frecuente y muy difícil de medir, porque incluye componentes psicológicos, de abuso sexual, e incluso agresión física, por lo que prácticamente no hay ningún estudio comparativo en las Américas que permita ver diferencias. Sin embargo, no hay la menor duda de que es un problema frecuente en la

Región. Por ejemplo, estudios en Santiago de Chile muestran que en 25 % de los hogares hay violencia física contra el cónyuge femenino. En segundo lugar, la violencia contra los niños presenta muchas dificultades similares al de la violencia contra la mujer, siendo también extremadamente frecuente, mucho más frecuente que otras formas de violencia. En estudios publicados recientemente, en los Estados Unidos de América se estima en 2,8 millones el número de niños abusados o maltratados en ese país, mientras que el número de homicidios es de 25.000. El estudio multicéntrico presentado la víspera por el Dr. Pellegrini da, por primera vez, datos comparables de prevalencia de abusos contra la mujer y contra el niño en los países comprometidos en el estudio.

La violencia urbana es otra de las formas cotidianas de violencia que ha venido en aumento; es más fácil de medir, porque sus indicadores son lesiones, homicidios o suicidios, pero es compleja y extremadamente variable de un lugar a otro. Para medir la violencia urbana se emplea la definición que utilizan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, es decir, "uso (o amenaza de uso) de la fuerza física con intención de hacer daño o hacerse daño". La característica fundamental es la fuerza física, excluyendo la violencia psicológica o la negligencia, pero no la intención, cuando existe, de hacer daño. Es más fácil medirla a través de homicidios, suicidios y lesiones intencionales, datos que se recogen con frecuencia.

Seguidamente el orador utiliza una serie de diapositivas para ilustrar el tema. Como puede verse en la diapositiva referente a las tasas de homicidios, con datos de 1980 y 1991 para la Región de las Américas, por subregiones, en casi todas ellas, con

excepción del Cono Sur, y especialmente en la Subregión Andina, se ha producido un incremento mayor que en la tasa de homicidios.

En cuanto a las tasas de mortalidad por tipo de causa externa, en São Paulo, Brasil, como en casi todos los países de América Latina, los accidentes en general y los de vehículos a motor, así como los suicidios, o han disminuido o están constantes, habiendo aumentado, en cambio, de manera dramática, a partir de los años ochenta la frecuencia de homicidios.

En la diapositiva siguiente puede verse la extraordinaria variación por países en la tasa de homicidios (por 100.000). Así, Canadá tiene de 1-2, Estados Unidos de América de 10-12 y, dentro de los Estados Unidos (con 10-12), los blancos en las ciudades del sur tienen una tasa inferior al promedio, los hispanos en la ciudad de Dallas, bastante más del promedio y los afroamericanos en Dallas una tasa muy alta. El caso más dramático de todos es el de Colombia, donde la tasa general de homicidios está alrededor de 85 para todo el país, mientras hay ciudades como Medellín, con unos 400 homicidios y Cali con unos 100 mientras Cartagena está alrededor de 16.

La justificación del estudio multicéntrico es tratar de entender cómo en un mismo país, con las mismas condiciones económicas y sociales hay variaciones tan grandes. Las principales estrategias de intervención fueron las siguientes: 1) difusión y publicaciones, entre ellas, la Conferencia Interamericana de Salud, Violencia y Sociedad (Washington, 1994) y diversas publicaciones técnicas y para el público en general que han contribuido a la comprensión del problema; 2) vigilancia epidemiológica, ha ayudado a los países

interesados a montar sistemas de vigilancia epidemiológica para este tipo de problema, teniendo en cuenta que los factores de riesgo cambian de un lugar a otro, de una ciudad a otra y no hay una regla general que se aplique a toda la Región.

El Programa de Mujer, Salud y Desarrollo está realizando un estudio muy interesante en Centroamérica y tres países del Area Andina de las etapas en que han ocurrido las lesiones de mujeres que acuden a los sistemas de salud, tratando de entender qué ha ocurrido antes y buscar estrategias de intervención que eviten esas situaciones extremas. Siguiendo el mandato de la Resolución CD37.R19 se está trabajando con los medios de comunicación para la prevención, en vez de insistir en lo ya demostrado: que los medios influyen en el comportamiento y que son un factor de riesgo. El 29 del mes en curso comienza en la ciudad de Cartagena una reunión donde presidentes, propietarios guionistas, actores de televisión, radio y programas de noticias analizarán la utilización de los medios de comunicación para prevenir la violencia. A la reunión asistirán el Director de la OPS y el Dr. Oscar Arias, Premio Nobel de la Paz, que está muy interesado en el tema.

Por último, el Dr. Guerrero cita otro estudio multicéntrico sobre costos de la violencia, con la extraordinaria colaboración del BID. Ante la necesidad de medir los costos, se pensó en establecer patrones comparables, en términos estrictamente económicos que los Ministros de Hacienda y de Planificación entiendan, para mostrar el impacto que está teniendo la violencia en los países. El BID hizo una convocatoria para Centros que quisieran hacer estudios sobre violencia, recibiendo 42 solicitudes

—prácticamente de todos los países de la Región— de los que se escogieron 7. En la actualidad se está desarrollando con el BID y la colaboración de la OPS un estudio multicéntrico sobre costos de la violencia.

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, después de escuchar la ponencia del Dr. Guerrero en su 118.^a Reunión, el Comité Ejecutivo elogió a la OPS por poner de relieve la necesidad de considerar la violencia como un problema de salud pública. Varios Representantes señalaron que la violencia se sigue percibiendo en gran medida como un tema que debe tratarse en las esferas legales y judiciales; sin embargo, la única manera de lograr efectos reales sobre el problema consiste en atacar las causas fundamentales, especialmente la pobreza y las inequidades sociales, mediante un enfoque de salud pública que haga hincapié en la prevención y vincule la violencia con otros problemas de salud pública, como el alcoholismo y la drogadicción. El Comité consideró que la vigilancia epidemiológica es fundamental para caracterizar con exactitud el problema y determinar los factores de riesgo.

El Comité también acogió con beneplácito los esfuerzos de la OPS para crear un instrumento destinado a cuantificar los costos de la violencia que mostrará no solo las enormes repercusiones de ésta sobre los sistemas de salud y las estructuras sociales, sino su efecto devastador en términos económicos. Un Representante señaló que es esencial mostrar los costos económicos de la violencia para convencer a los funcionarios políticos y financieros de la necesidad de financiar los programas de prevención. El Comité Ejecutivo también aplaudió los esfuerzos de la Organización para tratar los medios de

comunicación la prevención de la violencia y promoción de la salud, e instó a la OPS a proseguir esta línea de acción.

En cuanto a las estadísticas de homicidios incluidas en el documento, se señaló que las tasas relativamente bajas en algunos lugares pueden dar la impresión de que allí la violencia no es un problema serio. No obstante, la violencia causa grave inquietud en todos los países. Se sugirió que los futuros esfuerzos de investigación podrían concentrarse en los países que tienen tasas similares, para así intentar dilucidar cuáles son las razones de esas semejanzas. El Comité recalcó la importancia de las normas y las actitudes culturales como factores contribuyentes o como frenos a la violencia y expresó su apoyo decidido al estudio multicéntrico.

Asimismo, el Comité resaltó el problema grave de la violencia contra los niños y subrayó la necesidad de que los países sancionen y apliquen la legislación para proteger a los menores.

El Comité aprobó la resolución CE118.R6 sobre este tema, en la que se recomienda que el Consejo Directivo adopte una resolución por la cual se aprueben las actividades propuestas en el documento CD39/14, instando a los Gobiernos Miembros a que formulen planes nacionales de acción y emprendan otras actividades para apoyar la adopción de un enfoque de salud pública con respecto a la prevención de la violencia, y solicitando al Director que continúe prestando cooperación técnica a los países en esta esfera. A solicitud del Director de la OPS, en los párrafos del preámbulo de la resolución también se menciona una resolución reciente de la OEA sobre el desminado,

pues las minas terrestres son una causa considerable de violencia e algunos países de la Región.

Mme GRAVEL (Canada), après lecture de ce document, y trouve des éléments de réflexion qui s'ajoutent au rapport, notamment les liens entre la pauvreté et les inégalités, et la violence et le rôle des professionnels de la santé au regard de la violence. La Délégation canadienne souhaite faire deux types de commentaires, le premier sur le rapport lui-même et le deuxième sur les conditions qui paraissent essentielles au succès des programmes de lutte contre la violence.

Au sujet du rapport, elle admet que la violence constitue un problème de santé publique qui doit faire l'objet d'intervention de différents secteurs oeuvrant à divers niveaux et couvrant de nombreuses disciplines cependant, elle regrette l'absence dans ce rapport des intervenants de première ligne, pas seulement les médecins mais aussi les infirmières, les travailleurs sociaux, les organisateurs communautaires qui, les premiers, observent des signes de violence auprès de leurs clients. Ils possèdent de nombreuses connaissances et ont accumulé des compétences qui doivent être reconnues et appuyées. Par ailleurs, les actions entreprises, notamment des recherches épidémiologiques et autres sont bonnes en soi, mais ne doivent pas retarder la mise en place de l'action nationale, régionale et locale. De plus les statistiques présentées obligent par leur ampleur à l'action.

Le deuxième point traite des conditions de succès qui ne sont pas exhaustives toutefois. Premièrement, la coordination des services oblige à identifier un responsable

de l'ensemble des services offerts, afin d'en maximiser l'efficacité et d'éviter la dilution des interventions. Deuxièmement, la concertation entre tous les partenaires qui soient gouvernementaux, allant de l'éducation à l'emploi, en passant par la justice et les services de sécurité. Les para-gouvernementaux seront notamment pour la recherche et les éléments communautaires pour l'amélioration des conditions de vie et le support aux victimes.

Troisièmement, il faut une approche intégrée c'est-à-dire qui touche non seulement les victimes directes et indirectes mais aussi les agresseurs. Quatrièmement, le partage d'information entre les réseaux en appui à la concertation et à l'action s'avère utile. Cinquièmement, il faut la révision des pratiques cliniques veillant à une meilleure formation des intervenants, à savoir l'évaluation du degré de dangerosité, la déontologie et le respect de la confidentialité, ce qui ne veut pas dire de se taire, mais savoir quoi dire, à qui le dire et comment le dire.

Sixièmement, l'identification des mesures anonymes de dénonciation à l'intention des intervenants et de la population est nécessaire. Mme Gravel insiste beaucoup sur le qualificatif anonyme. Septièmement, l'élargissement des recherches des actions déjà menées doit être entreprise afin de les évaluer et de les réajuster le cas échéant. Huitièmement, il faut la prévention dans divers milieux, la famille bien sûr, le travail mais aussi dans les écoles et particulièrement auprès des adolescents dans le cadre des débuts de leurs relations amoureuses et neuvièmement, il faut un contrôle des armes à feu. Conformément à la résolution adoptée par le Comité exécutif, elle souhaite que les

expériences réalisées dans les pays soient davantage diffusées et utiles à la prise de décision.

La Dra. MORENO (Panamá) felicita a la OPS por el trabajo que en materia de violencia ha realizado en los últimos años. A continuación, dice que el acto de violencia es el epílogo de un proceso complejo de la personalidad total y las actividades sanitarias han de tratar no sólo de identificar esos actos o esos epílogos, sino de prevenir las raíces del comportamiento humano. En este fin de siglo en que se habla de desarrollo humano sostenible como una ampliación de la gama de opciones en todos los componentes de la acción humana (económica, política, cultural, social, ecológica, etc.), el problema de la seguridad humana ya no es sólo de los países del Sur, sino que se ha convertido en un gran problema en los países del Norte. A medida que se avanza y se cambian los perfiles epidemiológicos en nivel de desarrollo, las patologías de la violencia prevalecen en la sociedad.

La seguridad humana significa que la gente puede ejercer esas opciones de desarrollo humano en forma segura y libre, y confiar en que las oportunidades de hoy no desaparecerán mañana. Desgraciadamente, el problema de la seguridad humana está centrado en dos grandes libertades que son violentadas en nuestras sociedades: la libertad respecto al miedo y la libertad respecto a las amenazas crónicas. La primera significa protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana, sea en el hogar, en el empleo, en la escuela o en el trabajo; la segunda significa protección

contra el hambre, la enfermedad y la miseria. La batalla de la paz tiene que librarse en esos dos grandes frentes.

Aunque el tema de la violencia se está debatiendo en relación con la seguridad personal, no hay que olvidar la seguridad económica, la seguridad alimentaria, la seguridad en materia de salud, la seguridad en materia de ambiente, la seguridad en materia de la comunidad, etc. Este es un tema de gran trascendencia porque gira alrededor de la calidad de vida de los humanos, de la verdadera calidad de vida. No puede haber paz si no hay control de la violencia y, sobre todo, si no hay las grandes seguridades humanas. Mientras no haya verdadera equidad, tanto sanitaria como económica y social, el fenómeno de la violencia humana seguirá creciendo en nuestras sociedades.

En materia de salud es importante tratar y atender a los sobrevivientes de los actos de violencia, llámense víctimas o agresores, pero lo es más prevenir el comportamiento violento y para eso está el área del crecimiento y desarrollo humano. El sistema de servicios de salud está centrado en la vigilancia del crecimiento (cuánto pesa y cuánto mide un niño o qué desarrollo sicomotriz tiene), pero le da poca importancia al desarrollo cognitivo y de la socio-afectividad humana. Por esta razón, en la resolución debe insistirse en el fortalecimiento de las actividades de vigilancia del desarrollo humano en el área cognitiva, todo el área cognitiva y en la función psíquica.

El Dr. LÓPEZ (Honduras) recuerda que el tema de la violencia se ha venido discutiendo por varios años en las reuniones del Consejo Ejecutivo y Honduras planteó

desde sus inicios la necesidad de fortalecer esta área que habrá sido descuidada. En su país la violencia en sus diversas formas es un problema que ha ido acrecentándose. Por esa razón, el actual Presidente de la República, que fue Presidente de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, ha establecido como fundamento básico de su política la seguridad alimentaria, la seguridad política y la seguridad ciudadana, y ha dado instrucciones al Ministerio de Salud para buscar alternativas que puedan encaminarse a la prevención, al cambio de la cultura de la violencia y al mejoramiento de la educación en la materia. Asimismo, para Honduras ha sido una gran preocupación la situación de violencia que se dio en los últimos años en Centroamérica, y por eso ve con simpatía que en el proyecto de resolución, en la parte que corresponde a los considerandos, se menciona el apoyo al desminado en Centroamérica recientemente aprobado por la Asamblea General de la OEA. Sin embargo, propone que se agregue un nuevo párrafo a la parte resolutive del proyecto de resolución, que diga así: "Tomar nota con satisfacción del Programa de Asistencia para el Desminado de Centroamérica que la Organización de los Estados Americanos ha venido desarrollando exitosamente en beneficio de la población afectada".

Para Honduras se trata de un asunto de primordial importancia y un párrafo en esos términos en la parte resolutive fortalecería el alto concepto que se tiene de esta tarea que se viene realizando y que ha sido objeto de discusión a nivel continental.

El Dr. MUÑOZ (Chile) deja constancia del reconocimiento de su país a las actividades desarrolladas por la OPS en torno al plan de acción regional de salud y violencia, propuesto en 1994.

Chile ha venido llevando a cabo desde hace varios años el plan nacional de salud y violencia para el desarrollo de acciones de prevención y atención fundamentalmente en dos áreas: una que se ocupa de las personas afectadas por violaciones de sus derechos humanos y las repercusiones en su salud física y psíquica, y la otra dirigida a las personas afectadas por situaciones de violencia intrafamiliar.

En lo que se refiere a la formación y el desarrollo de los recursos humanos para ocuparse de estos problemas la experiencia de Chile ha demostrado que los equipos de salud no están preparados para la prevención, la detección oportuna y la atención de las situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual. Esta temática recién se empieza a incorporar en los currículos de algunas carreras de la salud, lo que hace necesario motivar a las instituciones académicas a incluir en la formación básica conocimientos y metodología de abordaje sobre la materia a la vez que desarrollar investigación que pueda contribuir al diagnóstico descriptivo del problema. Al mismo tiempo esto obliga a desarrollar una metodología de capacitación en los sistemas de salud que responda a la necesidad a los distintos niveles de atención. En este ámbito el desafío consiste en desarrollar modalidades de capacitación permanente, estrechamente ligadas a los problemas que van planteando las situaciones que se abordan y que incluyan a los componentes de los distintos sectores aliados para enfrentar el problema.

Por otra parte, la experiencia recogida pone de manifiesto la necesidad de desarrollar, como parte de los planes de salud en esta área, una política de metodologías de cuidado de las personas que trabajan en este tipo de atención para prevenir los daños en la salud física y mental derivados de este tipo de trabajo. Es un tema al que no se ha dado suficiente trascendencia, pero evidentemente se trata de un trabajo que pone en un riesgo fundamental e incluso física a los trabajadores de salud que se desempeñan en este tipo de actividades.

Con respecto a la inserción de las acciones de prevención y atención en los programas básicos de salud, considerando la alta prevalencia de las situaciones de violencia en la familia y los efectos directos e indirectos de ésta en la salud física y mental de las personas, es importante apoyar el desarrollo de acciones de prevención, detección y atención de violencia intrafamiliar como parte de las actividades regulares de los programas básicos dirigidos a niñas y niños, adolescentes, mujeres y adultos. Esto implica desarrollar los instrumentos técnicos y la capacitación pertinente que aseguren las acciones regulares de estos programas de detectar, diagnosticar y tratar o derivar adecuadamente esta situación.

En lo que respecta al diagnóstico y registro de la violencia intrafamiliar, la información corrientemente recolectada por los servicios de salud no registra las situaciones de violencia intrafamiliar, lo cual impide tener un seguimiento de la magnitud epidemiológica del problema. Hay necesidad de dotar a los equipos de salud con un sistema de registro que permita consignar el diagnóstico de violencia intrafamiliar y que

permita el uso por parte de los equipos de la información que ellos mismos generan. Esta tarea debe ser realizada en el contexto de los esfuerzos por dotar a los distintos niveles de atención de un sistema de diagnóstico común que incluya los problemas psicosociales.

Considerando que ésta es una problemática emergente y por ello está en fase de diagnóstico, el sistema de registro y seguimiento epidemiológico debería ser intersectorial; la metodología desarrollada en el plan nacional de salud y violencia del Ministerio de Salud es un recurso que sirve a este propósito. Por otra parte, es importante preocuparse de los temas legislativos relacionados con la violencia interfamiliar, dado que si bien existe consenso en cuanto a las ventajas de contar con una legislación sobre violencia intrafamiliar, el hecho puede plantear algunas tensiones y nuevas responsabilidades y tareas a los equipos de salud. Si esta situación no se enfrenta correctamente, la legislación puede convertirse en un obstáculo para las iniciativas de los equipos de salud en cuanto a la detección activa del problema que los enfrenta al tema de la denuncia judicial. En el caso chileno, la legislación relativa a violencia intrafamiliar ha resultado ser muy novedosa en cuanto a contenido y procedimiento, tanto para los tribunales de justicia como para los equipos de salud, lo que ha implicado algunos problemas en la interacción entre ambos sistemas. Es importante, por tanto, que la legislación incluya tanto la formación de los profesionales del ámbito judicial y de todos los sectores implicados como también que prevea la existencia de canales adecuados para la interacción entre el poder judicial y el sistema de salud.

Hon. Theresa MOXEY-INGRAHAM (Bahamas) wished to update the Council on some developments regarding the study and prevention of violence in the Bahamas and other Caribbean countries, as there was little information in the document on either the problem of violence in that subregion or the activities being undertaken to combat it.

Violence had increased sharply in recent years, and child abuse and domestic violence were causes of concern. Homicides and injuries purposely inflicted by others ranked as leading external causes of death and causes of hospital admission. As part of the response to those problems, the Caribbean Epidemiology Center was coordinating a project to set up a subregional hospital-based injury surveillance system, the pilot phase of which would begin in early 1997 in the Bahamas, Barbados, Saint Lucia, and Trinidad and Tobago. The project sought to develop national capabilities in CAREC member countries to identify and implement prevention and control interventions.

With assistance from PAHO, several persons from the Bahamas had participated in the Second Step Violence Prevention Workshop in Orlando, Florida, in April 1996, where they were trained in the use of curriculum kits designed to reduce impulsive and aggressive behavior in children by teaching them skills in empathy, impulse control, and anger management. In June the Ministry of Education had adopted the Second Step curriculum approach and had conducted a workshop for some 40 teachers. In August PAHO had presented copies of the curriculum to all the teams of trainers, and plans were in motion to distribute copies throughout the school system and to provide more intensive training. It was hoped that exposure to the curriculum would reduce violence among the

country's youth, which was a major concern. Supplementing that intervention were community-based and national mental health programs, trainers, and counselors, who were prepared to handle referrals from the school system.

Dr. WINT (Jamaica) stated that his delegation was pleased to see PAHO's increased attention to the area of violence, which his country had advocated in previous meetings. In Jamaica, the growing magnitude of the problem of violence was having a negative impact on the health services, with victims of violence displacing elective surgery patients and increasing the number of bed-days in hospitals. Cost models which showed the economic consequences of violence were important to convince politicians, governments, and particularly insurance carriers that they had a vested interest in funding prevention programs. His country supported the draft resolution and looked forward to participating in the further development of the regional plan of action.

*The session was suspended at 10:40 a.m. and resumed at 11:10 a.m.
Se suspende la sesión a las 10.40 a.m. y se reanuda a las 11.10 a.m.*

ITEM 5.4: PROGRESS IN THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL PLAN OF ACTION ON VIOLENCE AND HEALTH (*continued*)
TEMA 5.4: PROGRESO EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN SOBRE VIOLENCIA Y SALUD (*continuación*)

El PRESIDENTE anuncia que se reanuda la consideración del tema.

M. LAUREAU (France) note qu'à sa connaissance, l'OPS est la seule Organisation régionale à avoir traité du thème de la violence et il est important de le

noter. Le continent connaît aussi une l'augmentation de la violence. La complexité du sujet est évident, comme en témoignent les facteurs sociaux: chômages, marginalisation, urbanisation et des facteurs pathologiques comme l'abus des drogues y compris l'alcool, les maladies mentales qui se mélangent pour provoquer la violence, notamment dans les zones urbaines déshéritées, c'est-à-dire celles qui sont exclues du développement du coeur de la ville.

La France a pris une conscience accrue des agressions menaçant les femmes, les enfants dans les rues et aussi dans les ménages. Les familles sont de plus en plus désarmées puisque la violence commence à l'école, où la peur du SIDA engendre des comportements aberrants chez les jeunes; les adolescents ainsi traumatisés sont encouragés à la violence à l'âge adulte. Les réponses à ces problèmes n'ont pas été totalement satisfaisantes. La France a commencé par adopter des mesures de caractère répressif ou de réhabilitation en définissant de nouveaux délits, en adaptant le système judiciaire à une clientèle de violence de plus en plus jeune. Cependant, elle a entrepris de lutter contre chacun des facteurs de violence décrits par le Docteur Guerrero. La politique anti-drogue non seulement passe pas la répression mais aussi par l'utilisation accrue de la réhabilitation comme solution à long terme. La France a récemment développé une loi qui permet aux enfants de saisir la justice contre la violences qu'ils subissent, y compris dans leurs familles; cette innovation est importante. Elle a aussi élaboré une politique d'information sur les possibilités de défense juridique dans les écoles. Elle souhaite pouvoir mener une nouvelle politique de la ville avec la nomination

d'un Ministre spécialisé chargé de se pencher sur la réanimation des zones urbaines marginales déshumanisées en y apportant des activités économiques encouragées par exemple par l'attraction des zones franches.

La France essaie aussi de réhabiliter les bâtiments de ces zones et d'y multiplier les activités culturelles. Les résultats de cette politique assez récente ne sont pas encore disponibles. Les départements français d'Amérique sont dans la même situation, encore qu'à un degré moindre, mais des évaluations sont en cours dans ces régions. Les résultats seront communiqués au Directeur exécutif, car il souhaite que les Caraïbes puissent coopérer chaque jour davantage.

En ce qui concerne les médias, ils peuvent jouer un rôle très positif dans l'éducation de l'opinion publique contre la violence. Cependant, les médias qui sont attirés par le sensationnalisme mettent trop souvent en exergue de sordides affaires de violence sexuelle qui, à force d'être démontrées jour après jour, peuvent contaminer la jeunesse. Certaines productions cinématographiques sont inspirées de séries télévisuelles fondées sur les homicides et la recherche des coupables des homicides. Ce phénomène de médiatisation mondiale est un des plus importants à examiner en ce qui concerne le véhicule de la violence. Car l'habitude de tuer et de se droguer devient un comportement normal.

Ms. VOGEL (United States of America) pointed out that violence had long been a silent emergency, but the problem had become so acute and so conspicuous that action obviously had to be taken. One major consequence of violence was the distrust it had

engendered. As a result of that distrust, people were simply not as open as they needed to be in order to interact with one another in non-violent ways. Many speakers had noted the complexity of the issue and the need for the involvement of numerous sectors in addressing it, a view which her delegation fully endorsed. The Council had also heard several excellent examples of approaches to violence being tried in various countries, which underscored the need for interchange and sharing of experiences among countries in that area.

Her delegation fully supported the resolution before the Council, as it covered the major issues in appropriate ways and was consistent with what the Organization and countries should be doing to address the problem of violence.

Mr. BROWNE (Saint Vincent and the Grenadines) said that violence was an extremely important issue for his country because, for the first time in its history, violence, including accidents and injuries, ranked among the leading causes of death. The problem was especially severe among women and children. The rising incidence of death and disability among youth, especially males, from vehicular accidents was also a serious concern, as were the related problems of alcohol and drug abuse. Violence could not be seen as a concern for ministries of health only. It must be a concern for all sectors involved in the formulation of public policy, social engineering, education, and legislation, among others.

His delegation firmly believed that any meaningful response to violence must be holistic in nature and national in scope. There must be coordination among all sectors,

informed by a common strategic focus. His country had given concrete expression to that view through the inclusion of violence as one of the key areas to be addressed under its national development plan for 1996-2000. The plan set objectives to be achieved and approaches to be employed during that period. Importantly, it assigned specific responsibilities to all sectors, both governmental and nongovernmental. The nongovernmental sector was being involved through a coalition of NGOs that had an interest in supporting the Government's actions to address violence.

The Ministry of Health was applying a public health approach that emphasized health promotion and sought to influence public policy and support the enactment of appropriate legislation, mobilize individual and community action, inform and educate the population, and enlist support from the media for violence prevention.

Much was known about the manifestations of violence, but far less was known about its causes. For that reason his delegation fully supported the resolution on Item 5.4, and it strongly urged that priority be given to research, which was of basic importance for problem-solving. His delegation also wished to place on record its congratulations to the Director and the entire Organization for putting the issue of violence firmly on the public health agenda.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que la democracia y la libertad que la sustenta no se pueden mantener sobre los frágiles cimientos de la miseria y la pobreza. Las drogas, la falta de techo, la mala salud, la educación insuficiente y complejos

problemas que afectan a los niños, las mujeres y los ancianos son factores que promueven la violencia y el crimen.

El tema, de enorme complejidad, se debe abordar multidisciplinariamente y la erradicación de la violencia se debe basar en la disminución de la pobreza, la desigualdad, la exclusión, la miseria y el desempleo. La herramienta fundamental es la vigilancia epidemiológica y, por ende, hay que mejorar la calidad de la información y empezar a determinar los factores de riesgo, a indagar sobre las causas y los efectos y a sugerir estrategias de acción. Hay que caracterizar las actitudes y las normas culturales que generan violencia y medir el efecto económico que ésta produce. Son causas de violencia la ruptura de las relaciones ciudadanas, la pérdida de legitimidad del Estado, los maltratos físicos y emocionales de niños, adolescentes y mujeres, el consumo de drogas y el abuso del alcohol.

La violencia es prevenible, siempre que se la ataque a fondo, de raíz, y se modifiquen sustancialmente perfiles culturales, políticos y económicos. Estas transformaciones requieren la intervención conjunta de los sectores público y privado y, en general, la activa participación de toda la ciudadanía.

En resumen: es preciso que el personal de salud se capacite, incluso con estudios de posgrado, con respecto a la violencia y a los efectos que provoca en la salud; que se estimule de manera efectiva la participación de todos los miembros de la sociedad y que las escuelas de comunicación social de las universidades estudien los efectos positivos y

negativos que los medios de difusión ejercen en la población, sobre todo en lo que se refiere a la transmisión de mensajes violentos.

La Dra. RIVAS (Uruguay) dice que la vida se ha vuelto violenta en sus distintos aspectos: las casas ya no se comparten con los vecinos y se levantan rejas por elementales razones de seguridad. De todas maneras, la violencia no es solo una cuestión de pobreza (o de riqueza), ni de hambre ni de miseria. Es también producto de la falta de comunicación en el hogar, del poco tiempo que se dedica a los problemas familiares. Contribuyen además a la violencia el multiempleo, el estrés, la farmacodependencia, la drogadicción, el alcoholismo y la corrupción, en la calle, en la política y en la misma justicia.

Para abordar esta problemática es preciso hablar un mismo idioma, porque las tareas de prevención quizás no sean las mismas para el Ministerio de Salud que para el Ministerio del Interior.

La OPS ha efectuado un trabajo ciclópeo y ha marcado distintos caminos por seguir. Corresponde a los países elegirlos y transitar por ellos con trabajo y esfuerzo y, lo que es fundamental, con la ayuda de las organizaciones no gubernamentales y una activa participación social.

El Dr. MONTIEL (Nicaragua) agradece a la OPS la humanitaria tarea que desarrolla en beneficio de los pobladores —sobre todo niños y campesinos— de las zonas

fronterizas con Costa Rica y El Salvador al colaborar con la OEA para ejecutar el Programa de Apoyo al Desminado en Centroamérica.

El Dr. CALDERÓN (República Dominicana) considera que una de las tareas más beneficiosas en función de su costo para la Región de las Américas sería la realización de un estudio multicéntrico sobre alcoholismo y drogadicción, que son causas muy importantes de agresiones sexuales, violencia familiar, accidentes automovilísticos y homicidios, pues hasta ahora solo se conocen datos empíricos sobre estos dos factores y sería importante saber la incidencia que realmente tienen en los comportamientos violentos.

Sin olvidar que los componentes socioeconómicos son fundamentales para la tranquilidad y el crecimiento espiritual de las familias, entiende que también vale la pena velar por que la televisión y los juegos de video, tan difundidos, no despierten actitudes agresivas en los niños.

O Dr. SEIXAS (Brasil) declarou que, na sua opinião, o tema da violência afetava a vida e a saúde e talvez fosse mais complexo e mais difícil de ser enfrentado do que a AIDS. Mencionou que o fracasso ou sucesso no campo da saúde dependia diretamente de se poder reduzir ou não as conseqüências prejudiciais da violência.

El Sr. CAMINO (Perú) recuerda que su país ha sufrido en los últimos años las formas más crueles de violencia y manifiesta su deseo de colaborar decididamente con la OPS en su lucha por erradicarla de la Región.

El Sr. BOBADILLA (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo), después de señalar que en un futuro próximo quizás sea razonable en el tema de que se trata referirse específicamente a las lesiones accidentales, en especial a las producidas por automotores, dice que el Banco Interamericano de Desarrollo considera que la violencia es uno de los más serios obstáculos para el desarrollo económico de los países de América Latina. La información preliminar indica que del 5 al 9% del Producto Interno Bruto (PIB) se pierde por gastos que derivan del incremento de la violencia registrado en los últimos doce a quince años. Se plantea un serio problema con el incremento de los gastos en salud, que se podrían evitar, para atender emergencias y lesiones permanentes provocadas por la violencia. Por supuesto, el principal problema ligado al desarrollo económico es la pérdida de vidas. Se pierden recursos humanos valiosos, principalmente jóvenes varones, con frecuencia padres de familia, con consecuencias devastadoras para la producción del país y doméstica. Disminuye el turismo, se desalienta la inversión tanto nacional como internacional, se incrementan los costos de transacción comercial en las ciudades donde la violencia es más prevalente y, en general, se genera un ambiente poco propicio para el desarrollo económico. En el Valle del Cauca, Colombia, los propios industriales desarrollan una iniciativa para controlar la violencia como consecuencia de su interés por reducir las pérdidas de vidas, pero también por incrementar las posibilidades de desarrollo económico de la Región.

Los estudios en los cuales participa el BID se realizan en estrecha colaboración con la OPS e incluyen la violencia doméstica, el examen de costos a que hizo referencia

el Dr. Guerrero y dos reuniones de expertos: una celebrada en marzo en Washington, D.C. y otra que está por efectuarse en Río de Janeiro, organizada en colaboración con la Organización, sobre el abuso del alcohol, que según datos preliminares es probablemente el factor de riesgo más importante en América Latina.

El Sr. LÓPEZ (Honduras) hace uso de la palabra por segunda vez en relación con el tema para recordar que en 1990 se celebró en Quito, Ecuador, una importante reunión panamericana en la que se determinó que la OPS y la OEA, en conjunto, prepararan un plan para hacer frente al uso indebido de drogas y de alcohol. Desde entonces se ha trabajado mucho en la cuestión y se han empleado fondos del Departamento de Estado de los E.U.A. y del Gobierno de Canadá. Habida cuenta, además, de que la Unión Europea está dispuesta a aportar recursos adicionales, sería conveniente dar un nuevo impulso a esta iniciativa.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) hace hincapié en los accidentes automovilísticos, que han ido en aumento y probablemente sigan aumentando en todos los países, a medida que crezca su grado de desarrollo. Esta cuestión se relaciona con el consumo de drogas y de alcohol, pero también con la educación y con los requisitos que deben satisfacer los futuros conductores antes de obtener una licencia, que nunca puede servir para matar impunemente. En Costa Rica el Colegio de Médicos y Cirujanos colabora ahora en la elaboración de normas de tránsito mucho más estrictas que las actuales y ésto ha conducido a una reducción de los accidentes viales. Sin embargo, es necesario que se

sigan reduciendo, pues no solo entrañan muertes irreparables sino también pérdidas económicas importantes que deben ser cubiertas por seguros.

El Dr. GUERRERO (OPS) explica que en éste, como en otros temas, la OPS reconoce plenamente la importancia que tiene la autonomía, la soberanía de cada país para estudiar y ejecutar las medidas propuestas. La Organización, por lo tanto, únicamente puede ofrecer a los países interesados herramientas para que conozcan su situación y realicen las intervenciones que consideren apropiadas. Entiende también que este tema de la violencia es extremadamente, complejo, mucho más que el SIDA, y requiere un esfuerzo extraordinario. Los accidentes de transporte, como se llaman ahora según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades son motivo de preocupación de la Organización. En la División de Prevención y Control de las Enfermedades, en el Programa de Enfermedades no Transmisibles, existe una gran cantidad de proyectos de asistencia técnica a los países en este ámbito. En relación con los estudios que se han presentado, cabe reconocer que tienen todo el rigor académico y la seriedad científica que exige una institución como la OPS, pero no son estudios para engrosar anaqueles o producir "papers" científicos, sino para efectuar intervenciones; tienen, por otra parte, características muy especiales. Primero, han sido hechos con recursos locales, lo cual garantiza el interés de cada país y por ende, una buena utilización. Segundo, como todos los estudios multicéntricos están diseñados para generar intervenciones: de hecho, así procedió Colombia. Tercero, quizás haya hecho

falta difundirlos más, pero se carece de recursos y corresponde a cada país desplegar los máximos esfuerzos para solucionar sus problemas.

Como bien señaló el Representante de Francia, la solución tiene que provenir de un enfoque integral y no de un enfoque aislado, dada la gran complejidad de los factores en juego. Cabe insistir en que los factores de riesgo cambian de una zona a otra: los de los países del Cono Sur, por ejemplo, son diferentes de los que se observan en el Área Andina e inclusive, quizás, en Centroamérica. Por lo tanto, la única estrategia correcta es permitir que cada país estudie cuáles son sus factores de riesgo y actúe en consecuencia. En algunos países, el problema principal es la violencia doméstica contra la mujer y contra el niño; en otros, este problema, siendo muy importante, puede quedar oscurecido por la magnitud de la violencia urbana. Sin embargo, hay factores comunes. El alcoholismo, como dijo el Observador del BID, es sin la menor duda, un factor de riesgo que está presente en la violencia doméstica, en la violencia contra los niños, en los accidentes de tránsito y en casi todas las otras formas de violencia, de manera que vale la pena proseguir o emprender la lucha contra el alcohol. En algunos países, la impunidad y la corrupción son factores de riesgo que llevan a la violencia. En otros, pueden serlo el consumo y la venta al detalle de drogas, aunque la situación cambia si se trata de Colombia, el Perú o la Argentina.

Por otra parte, los medios de comunicación pueden ejercer una influencia positiva. En la reunión que tendrá lugar en Cartagena se va a invitar a los medios a reflexionar sobre la forma en que pueden ayudar en las tareas de prevención. Hay

experiencias exitosas desde el punto de vista científico que demuestran que la agresividad se puede expresar en los medios sin incitar a la violencia. Es preciso que los medios conozcan y compartan esas experiencias, que son adecuadas desde el punto de vista científico para el manejo de las emociones y que aseguran, además, una alta rentabilidad económica; en otras palabras, no se les sugiere que se olviden de los fines de lucro, sino que procuren alcanzarlos previniendo la violencia. No hay duda de que, como lo expresó muy elocuentemente la Representante de Panamá, hay que ir a las raíces, pues la agresión es el acto último, el epílogo, y hay una serie de antecedentes que se deben considerar en la prevención. Necesariamente, entonces, hay que comenzar las intervenciones a nivel de los niños y de la familia. En el Programa de la Familia de la División de Promoción de la Salud se procura que los niños y los adolescentes puedan resistir con éxito los ambientes perturbadores que eventualmente pueden conducir a un comportamiento violento.

También se trabaja con el BID para mostrar a todos los que toman decisiones —ministros, alcaldes, gobernadores, presidentes— que hay programas de prevención de la violencia muy exitosos, unos a nivel de la familia y otros a nivel de la niñez, o de la policía. En una reunión que se va a celebrar en marzo de 1997 en la ciudad de Río de Janeiro se va a demostrar que se han logrado éxitos y que se pueden tomar medidas adecuadas de prevención. La Región de las Américas ofrece al respecto una riqueza extraordinaria que puede compartir. Baste mencionar dos casos: Jamaica tiene una experiencia extraordinariamente valiosa en la solución de conflictos con un plan de

estudios integrado en las escuelas y Chile posee una experiencia riquísima en violencia doméstica. Este último es uno de los países que más ha estudiado el tema desde los puntos de vista de la mujer y del niño, incluidos los componentes epidemiológicos y las medidas legislativas. El estudio multicéntrico al que se refiere el documento CD39/14 va a permitir que todos los países se enriquezcan compartiendo las experiencias mutuas en un campo donde sin duda se van a reforzar mucho las acciones multisectoriales. Es una oportunidad invaluable para la OPS que ha tomado ya el liderazgo y debe conservar la iniciativa, generando un movimiento pluri-institucional; habrá que asociarse, pues, con el BID, el Banco Mundial y otras instituciones como la OEA para crear las condiciones más favorables para las Américas. Dicho movimiento tiene que ser además multisectorial; ciertamente el sector de la salud no puede resolver por sí el solo el problema y debe buscar cooperación; cuenta, no obstante, con dos ventajas: su credibilidad y su experiencia. La salud es un arma neutral, como ha quedado demostrado en todas las zonas de los países en conflicto, a las que el sector puede llegar, merecer que le crean, ser aceptado y aportar sus conocimientos sobre los factores de riesgo para trabajar en la prevención de la violencia con beneficios indudables para la Región.

The DIRECTOR observed that when the Organization took up a problem of the magnitude of violence, the demand for technical cooperation in that area grew exponentially. However, expanding technical cooperation to address the problem of violence meant that technical cooperation in other areas would have to be curtailed, given the Organization's shrinking budget. That, in turn, meant that not only did the

Organization have to make the most efficient use of resources, but it had to seek partnerships with other institutions, as Dr. Guerrero had said.

In regard to the proposed resolution, he thought that the one concrete amendment that had been proposed by Honduras, which concerned the problem of landmines in Central America, was quite appropriate and should be included. However, he urged the delegations not to overload the resolution with additional provisions, since it dealt mainly with the implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health, which had already been approved by the Council in 1993.

El RELATOR leu o seguinte projeto de resolução sobre o tema, com as emendas propostas pelo Panamá e por Honduras:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the document "Implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health" (Document CD39/14);

Taking into account the recent resolution on "Support for Mine-Clearing in Central America," adopted by the General Assembly of the Organization of American States;

Considering the impact of violence on the health and well-being of people and on the economies of countries;

Noting that the various manifestations of violence appear to be widespread in the Region of the Americas; and

Stressing the need to develop programs to control and prevent violence,

RESOLVES:

1. To note with satisfaction the Program of Support for Mine-Clearing in Central America that the Organization of American States has been successfully conducting for the benefit of the affected population.
2. To approve the activities proposed in Document CD39/14.
3. To urge the Member Governments:
 - (a) To formulate national intersectoral plans of action geared toward the prevention of violence, emphasizing a public health approach;
 - (b) To create a registry and perform a detailed analysis of mortality from external causes, in compliance with the recommendations of the Workshop on Epidemiological Surveillance of Homicides and Suicides (1995);
 - (c) To conduct studies to measure social attitudes towards, perceptions of, and costs of violence;
 - (d) To strengthen monitoring and control actions in the area of psychosocial human development, with emphasis on socioaffective and cognitive aspects of human development;
 - (e) To formulate and implement policies for the prevention of violence in the family and the school;
 - (f) To invite the media to join in efforts to reduce violence and to incorporate health topics in their programming;
 - (g) To obtain the resources necessary for such activities, either directly or through multilateral, bilateral, and nongovernmental agencies.
4. To request the Director, within available resources:
 - (a) To continue to provide technical cooperation in order to strengthen the ability of the Member Governments to perform epidemiological surveillance of violent acts;
 - (b) To continue to promote research that will shed light on the nature and determinants of violence in each country;

- (c) To promote technical cooperation among countries and dissemination of information about successful experiences in the area of violence prevention.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento "Desarrollo del Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud" (Documento CD39/14);

Teniendo en cuenta la resolución sobre "Apoyo al desminado en Centroamérica", recientemente aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos;

Considerando las repercusiones de la violencia sobre la salud y el bienestar de las personas y la economía de los países;

Observando que las diversas manifestaciones de la violencia parecen estar extendidas en la Región de las Américas, y

Destacando la necesidad de preparar programas de control y prevención de la violencia,

RESUELVE:

1. Tomar nota con satisfacción del Programa de Apoyo al Desminado en Centroamérica que la Organización de los Estados Americanos ha venido desarrollando exitosamente en beneficio de la población afectada.
2. Aprobar las actividades propuestas en el Documento CD39/14.
3. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que formulen planes nacionales de acción de carácter intersectorial dirigidos a la prevención de la violencia, haciendo hincapié en el enfoque de salud pública;
 - b) A que establezcan el registro y análisis detallado de la mortalidad por causas externas según las recomendaciones del Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios (1995);
 - c) A que efectúen estudios para medir las actitudes y percepciones de la sociedad con respecto a la violencia, así como los costos sociales de esta;

- d) A que fortalezcan las acciones de vigilancia y control del desarrollo psicosocial humano, con énfasis en el área de la socioafectividad y de la cognición humana;
 - e) A que formulen y ejecuten políticas de prevención de la violencia en los ámbitos familiar y escolar;
 - f) A que inviten a los medios de comunicación a asociarse en los esfuerzos de reducción de la violencia y a incorporar temas de salud en su programación;
 - g) A que obtengan los recursos necesarios para tales actividades, bien sea directamente o por conducto de organismos multilaterales o bilaterales y organizaciones no gubernamentales.
4. Pedir al Director, en la medida que lo permitan los recursos disponibles:
- a) Que continúe proporcionando cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Gobiernos Miembros para realizar la vigilancia epidemiológica de los hechos violentos;
 - b) Que continúe promoviendo la ejecución de investigaciones que arrojen luz sobre la naturaleza y los factores determinantes de la violencia en cada país;
 - c) Que estimule la cooperación técnica entre países y la difusión de las experiencias exitosas en el área de prevención de la violencia.

The SECRETARY said that the revised resolution would be submitted to the Council for consideration and approval at a later time.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) dice que en muchas ocasiones, en las reuniones de diferentes organismos, se adoptan acuerdos que pueden quedar en palabras por falta de mecanismos para llevarlos a la práctica. Plantea pues la necesidad de que esos acuerdos se traduzcan siempre en medidas concretas en beneficio de las poblaciones destinatarias.

O Dr. SEIXAS (Brasil) mencionou que teria de retornar ao seu país e que por isso lamentava que o tema da *Aedes aegypti*, ao qual o Brasil atribuía grande importância, só pudesse ser discutido no final da tarde, devido à inversão na seqüência dos temas da agenda.

The SECRETARY said that the Secretariat fully understood Brazil's interest in the issue of *Aedes aegypti*. However, the entire afternoon session had been reserved for the consideration of tuberculosis because several outside speakers had been invited to address the Council. It would therefore be necessary to postpone consideration of the agenda item on *Aedes aegypti* until the session that had been planned for that evening.

The session rose at 12:15 p.m.
Se levanta la sesión a las 12.15 p.m.

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/8

26 September 1996

ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE EIGHTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA SESIÓN PLENARIA

Thursday, 26 September 1996, at 2:00 p.m.
Jueves, 26 de septiembre de 1996, a las 2.00 p.m.

President/Presidente:

Dr. Enrique Samayoa

Honduras

Contents
Índice

Item 5.10: Tuberculosis in the Americas

Tema 5.10: Tuberculosis en las Américas

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)
Índice (cont.)

Item 7.2: Abraham Horwitz Award for Inter-American Health
Tema 7.2: Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana

*The session was called to order at 2:10 p.m.
Se abre la sesión a las 2.10 p.m.*

ITEM 5.10: TUBERCULOSIS IN THE AMERICAS
TEMA 5.10: TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS

El PRESIDENTE presenta al Dr. Arata Kochi, Director del Programa Global de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, que va a introducir el tema.

Dr. KOCHI (WHO), illustrating his remarks with slides, recalled that in April 1993 WHO had declared tuberculosis a global emergency. WHO estimated that if the trend continued through the final decade of the century, some 30 million people would die from tuberculosis and 19 million new cases would occur.

Four factors accounted for the deteriorating situation throughout the world: the growth of the population and particularly in developing countries, the aging of the population and its vulnerability to chronic disease (20-60 years was the age range most vulnerable to tuberculosis); HIV epidemics (10% of all new cases were associated with HIV); population movements (there had been a 17-fold increase in the number of travelers since the 1960s); and the natural history of the disease. When tuberculosis was left untreated, 20% of the patients recovered naturally and 30% remained chronic and infected others; however, inadequate control efforts could lead to drug resistance and the percentage of chronic survivors—those who continued to transmit the disease—could be greater. Drug-resistant tuberculosis was very expensive and difficult to treat, and in the best of circumstances the cure rate was less than 50%. The solution was directly

observed treatment, short-course (DOTS), one of the most cost-effective health interventions available in the world. DOTS, by stopping tuberculosis at the source, prevented drug resistance, whereas other strategies were only partially effective. He cited statistics showing that the use of DOTS had produced tremendously increased cure rates in China, Tanzania, and New York City. When WHO declared the global emergency three years ago only eight countries in the world were using the DOTS strategy; by 1996 there were 85 countries, and it was important to enlist more of them in the common struggle against the disease.

El PRESIDENTE anuncia que a continuación se proyectará un video sobre el tema.

*A video was screened.
Se proyecta un video.*

Dr. CORBER (Director, Division of Disease Prevention and Control), illustrating his remarks with slides, reviewed the early history of tuberculosis. Even though the number of reported cases in the Region had remained fairly constant in the last 15 years, it had been placed on the agenda because it was a major killer in the countries of the Americas—it killed more adults each year than AIDS, diarrhea, and malaria combined—and something could be done about it. WHO had declared it an emergency in 1993, and in 1994 the Caribbean Ministers of Health had given it priority as a reemerging public health problem.

There was no magic bullet to cure tuberculosis, but TB control had proven to be a highly cost-effective intervention. However, much more progress could be made in the fight against the disease and hundreds of thousands of lives could be saved if control measures were carried out completely. Too frequently patients failed to take their medications as prescribed for the entire course of treatment. Unless TB patients were properly treated, they might infect 10 to 12 other people in the course of a year. There was also a good chance of suffering a relapse, possibly from a bacterium that was resistant to the antibiotic drug, for which treatment was more costly and the results less certain, and infecting even more people.

Despite the worsening situation worldwide, he was optimistic because new combinations of drugs used for only six to eight months were proving more effective for treating TB and preventing the development of resistant bacteria. The chance of success was greatly improved when the treatment was taken in the presence of a health worker (directly observed treatment—DOTS). By using a strategic approach, focusing on specific priority areas, costs could be reduced and a tremendous impact could still be made. It was not necessary to actively search for all possible cases. When a country tried to stretch its resources to cover too wide an area, it often led to incomplete treatments and potentially dangerous drug resistance. It was best to have a complete program with an adequate supply of drugs and directly observed treatment in a small area. One could concentrate on looking for TB symptoms in patients at the health

services. In many countries the detection of 70% of all new cases and the completed treatment of 85% of those cases would have a huge effect on mortality.

The five components outlined in Document CD39/20 were essential for a successful tuberculosis control program.

El Dr. RODRÍGUEZ (OPS), acompañando sus observaciones con diapositivas, dice que la tuberculosis sigue siendo una seria amenaza para la salud en la Región. Cada año, más de 400.000 personas contraen la enfermedad, que se cobra entre 60.000 y 75.000 víctimas por año. La mitad de los casos nuevos son infecciosos y pueden transmitir la infección a otras 12 personas en un año. Por otra parte, la tuberculosis es una de las principales infecciones oportunistas en las personas infectadas por VIH sin tratamiento. Más de las dos terceras partes de los nuevos casos no se notifican y sólo se está tratando el 70% de los casos notificados. Sin tratamiento adecuado, los pacientes pueden desarrollar y transmitir bacilos farmacoresistentes. Estos problemas se pueden superar con el tratamiento acortado directamente observado (DOTS), que el Banco Mundial ha recomendado incluir entre los servicios clínicos básicos en los países en desarrollo, por tratarse de una de las intervenciones más eficaces en función del costo actualmente disponible. Será un desafío lograr las metas globales en este sentido, pero las bases para hacerlo existen en todos los países.

La información que se recibe de los países de la Región muestra que el número de enfermos notificados a la OPS/OMS entre 1980 y 1994 fue de unos 250.000 casos anuales y que la tasa de incidencia ascendió a unos 33 por 100.000 habitantes. Esto

significa que en la mayoría de los países la labor de control no tuvo un impacto significativo sobre la situación epidemiológica. La situación es especialmente grave en Bolivia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, el Paraguay, el Perú y la República dominicana. Es más, se estima que hasta finales de 1994 en 11 países de la Región las tasas de coinfección por VIH y tuberculosis entre la población adulta ascendía a 100 por 100.000 habitantes, lo que reviste gran importancia para las perspectivas del control. Por ejemplo, se estima que entre el 3% y el 5% de los nuevos casos de tuberculosis se están produciendo ya por esta asociación. Por ello, la OMS y la OPS recomiendan un nuevo marco global para luchar eficazmente contra esta enfermedad.

En nuestra Región los programas nacionales de control de la tuberculosis se establecieron hace muchos años y la quimioterapia de corta duración se introdujo hace más de un decenio. Pese a que en los últimos años se han reducido los presupuestos de los Ministerios de Salud, que proporcionan la mayoría o la totalidad de los recursos de tales programas, algunos países, como Cuba, Chile y el Uruguay, han mantenido programas nacionales de control consolidado que, gracias a su gran cobertura y a unas dotaciones adecuadas de recursos, les han permitido acercarse a las metas fijadas para el año 2000 o alcanzarlas. En fecha más reciente se observan importantes éxitos en los programas de Nicaragua y el Perú, sustentados por incrementos de los recursos en el marco de medidas eficaces de control. En estos momentos, por lo menos 18 países están revisando sus normas, pero todavía son pocos los que tienen capacidad para aplicarlas

eficazmente. Con todo, Bolivia, Guatemala y México han venido aplicando con éxito la estrategia recomendada en áreas de demostración para alcanzar las metas de localización. Con los limitados recursos disponibles para supervisión y capacitación del personal, este método resulta altamente eficiente. La localización de casos de tuberculosis ha estado dirigida sobre todo al diagnóstico por baciloscopia. Sin embargo, en muchos países las muestras no cumplen los requisitos para mejorar la sensibilidad del método, no se controla sistemáticamente la calidad de los exámenes o no se solicitan exámenes para los enfermos sintomáticos que se presentan a los servicios. Para superar estos problemas hace falta una mayor inversión en la supervisión y capacitación del personal de los servicios y laboratorios.

Actualmente existen drogas que permiten curar la tuberculosis en seis u ocho meses. Sin embargo, para lograr este objetivo el paciente debe tomar todas las dosis recetadas, lo que es difícil si no se le supervisa. En muchos países de la Región más de la mitad de los enfermos reciben tratamiento autoadministrado. Los países que han conseguido avances importantes en el control de la tuberculosis, como los Estados Unidos de América, el Perú y Nicaragua, han basado sus éxitos en la aplicación sistemática del tratamiento supervisado.

En la mayoría de los países de la Región, el financiamiento, la adquisición y suministro de medicamentos compete al Estado. Empero, en varios países la demora en la autorización y entrega de fondos, la falta de reservas de medicamentos y el uso no reglamentado de éstos siguen ocasionando problemas, como la pérdida de credibilidad

del programa, el abandono temporal y permanente del tratamiento y la farmacoresistencia, que se han de resolver mediante una mejor planificación, y presupuestación y supervisión de los sistemas de distribución de medicamentos esenciales.

En relación con el seguimiento y evaluación de los programas, cabe subrayar la importancia de implantar un sistema estandarizado y fiable de análisis de los resultados del tratamiento de los casos infecciosos registrados. Más de trece países de la Región están realizando ya este análisis. Los resultados alcanzados, que figuran en el documento CD39/20, indican que sólo 60% de los casos notificados se están incluyendo en el análisis, y por ende, las conclusiones no son necesariamente fiables. Solamente el 45% de los analizados se confirman como curados por baciloscopía. Así pues, los países de la Región tienen ante sí el reto de modificar en el más corto plazo la cobertura del análisis y los resultados alcanzados.

Para lograr las metas globales para el año 2000, los programas nacionales y locales de control deberán procurar alcanzar los siguientes objetivos: Mejorar la aplicación del tratamiento supervisado, primero en áreas de demostración y luego a nivel nacional; mejorar el uso de los métodos estandarizados de diagnóstico y tratamiento; movilizar y mantener recursos para suministrar medicamentos en cantidad suficiente; y llevar a cabo tareas de supervisión, adiestramiento y evaluación de los programas. La reforma del sector salud y el proceso de centralización constituyen un importante reto para los programas de control de la tuberculosis. Si los países ejecutan eficazmente el

programa nacional de reglamentación y vigilancia, y capacitación, el proceso de descentralización se convertirá en un instrumento idóneo para fortalecer los programas de control a nivel local.

En cuanto al papel de la OPS, se recomienda que lleve a cabo, entre otras, las siguientes actividades: suministrar información científica, adiestrar personal y prestar servicios de cooperación técnica para crear o ampliar áreas de demostración de tratamiento supervisado; fomentar la creación de grupos consultivos técnicos; promover inversiones eficaces en el control de la tuberculosis y movilizar recursos; y organizar reuniones regionales y subregionales para estimular la solución de problemas entre países.

El PRESIDENTE presenta a la Dra. Helen Gayle, Directora del Centro Nacional para VIH/ETS y prevención de la tuberculosis, del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

Dr. GAYLE (U.S. Centers for Disease Control and Prevention), illustrating her remarks with slides, recalled that in the 1950s the United States of America had begun to experience an annual decline of 5% to 6% in tuberculosis cases. Because of this steady improvement, funding began to be redirected, particularly from 1972 to 1982, and most of the TB sanatoriums were closed between the 1960s and the 1980s. A reversal of the downward trend began in the mid-1980s, and between 1985 and 1992 the number of cases increased by about 20%, and reached about 30% in New York City. In addition

to the weakened condition of tuberculosis control programs, the rising incidence of TB had brought more persons with active infective disease into institutional settings, where sustained close contact facilitated disease transmission. In addition, immigrants and refugees from high-prevalence countries had contributed to the number of cases. Another problem had been drug resistance, especially outbreaks of multidrug-resistant strains, primarily in institutional settings, with mortality ranging from 70% to 90%. Health departments did not have adequate resources to screen patients at high risk. In 1995 approximately one-third of the persons found to have infectious disease were foreign-born, the principal countries of origin being Mexico, the Philippines, and Vietnam. The HIV epidemic had also contributed to the increase in cases; the highest prevalence of tuberculosis had been found in the 30-39 age group, which coincided with the age group with the highest levels of HIV infection.

The repeated outbreaks of multidrug resistance had called attention to the resurgence of the disease. In 1987 the Secretary of Health had established an advisory committee for the elimination of tuberculosis, and in 1989 the committee had issued a strategic plan calling for more effective use of existing prevention and control methods; development and evaluation of the new prevention, diagnostic, and treatment technologies; technology assessment; and technology transfer. In 1991, in response to outbreaks in New York, New Jersey, and Florida, the Director of CDC had secured \$15 million to fight multidrug-resistant tuberculosis and had established an interagency task force, which met in 1992.

The priorities for prevention were as follows: identification and adequate treatment of all TB cases, implementation of infection control precautions, investigation and treatment of all contacts, and screening and preventive treatment of high-risk groups. The tools for implementing those priorities were disease surveillance and case management, monitoring of trends and targeting of resources, updated laboratory diagnostic capability, and routine testing of initial isolates for drug susceptibility. A comparison between traditional treatment and DOT in Texas had shown significantly improved results using DOT. Three measures were being taken to prevent and control tuberculosis in the foreign-born: screening of new arrivals for infection and disease, improved case-finding and preventive therapy targeted at established communities, and technical assistance to countries large numbers of tuberculosis-infected immigrants.

The implementation of intensified prevention and control had been followed by a decrease in cases in the United States of America of almost 15% between 1992 and 1995. Specifically, reductions in TB cases were observed due to the expanded use of DOT, increased awareness and infection control efforts in congregate settings, and improvements in public health infrastructure. There was also a reduction in the prevalence of multidrug-resistant cases.

Some of the continuing challenges to be faced were the growing proportion of TB cases in the foreign-born, the sustainability of control efforts and recent gains, lack of a universally beneficial vaccine, the need for improved methods of drug delivery and shorter treatment regimens to improve patient compliance, and the need for continues

systematic evaluation of progress and continued improvement of strategies, recommendations, and technologies.

El PRESIDENTE presenta al Director de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud del Perú, Dr. Pedro Guillermo Suárez.

El Dr. SUÁREZ (Perú), acompañando su intervención con diapositivas, dice que el diagnóstico de la situación del control de la tuberculosis en el Perú hecho a finales de 1990 estableció algunas pautas importantes para definir las estrategias de reestructuración del programa pertinente, en un momento en que la tuberculosis se había convertido en un serio problema de salud pública y en un serio problema político y social. En particular, un análisis retrospectivo de la década de 1980 puso de relieve que el Ministerio de Salud del Perú sólo había logrado cubrir como promedio, en el primer quincenio, el 30% de los tratamientos antituberculosos gratuitos y observados que se requerían. Además, se determinó que el promedio histórico para la década de 1990 no superaba el 50%. En otras palabras, de cada dos pacientes a los que se diagnosticaba tuberculosis en el país, durante cerca de diez años, sólo uno tenía acceso al tratamiento gratuito. Se determinó también que en la década de 1980 el promedio de abandono del tratamiento antituberculoso había oscilado entre el 40% y el 50%, y que en el período comprendido entre 1985 y 1990 los tuberculosos que no tuvieron acceso al tratamiento gratuito habían originado más de un millón y medio de personas infectadas en el país. En toda la década esto significaba tres millones de tuberculosos, de una población total

de algo más de veinte millones de habitantes. Esta grave situación cambió drásticamente a partir de 1991, gracias a la decisión de establecer algunos ejes doctrinarios y de gestión para reestructurar y reformular las políticas y programas de control de la tuberculosis. El eje más importante consistió en conceptualizar la lucha contra la tuberculosis como un problema de alta prioridad política y social, como un bien público sujeto a un fuerte apoyo político, financiero y técnico por parte del Estado. Ello permitió establecer varios ejes de gestión que iban desde entender la tuberculosis como un problema de desarrollo y, en consecuencia, ligarlo a las estrategias sociales de lucha contra la pobreza en el país, hasta asignar recursos con equidad, garantizar un manejo eficiente, implementar un sistema de información operacional y epidemiológico que fuera relevante y de utilidad a nivel local; fortalecer la capacidad de gestión y establecer compromisos en el cumplimiento de metas con los asignadores de recursos, el personal de salud y la población en general, además de conceptualizar el programa de control de tuberculosis como parte de los programas sociales de lucha contra la pobreza.

Como consecuencia de esta decisión, el Ministerio de Salud, decidió en primer lugar garantizar la cobertura a toda persona que contrajera la tuberculosis y requiriera diagnóstico y tratamiento gratuito. En los seis primeros años del programa de control de la tuberculosis, prácticamente el 98% de los recursos invertidos han provenído del Tesoro y han sido asignados por el Ministerio de Salud o a través del Programa de Emergencia Social, que luego se convirtió en el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social. Un 2% de estos recursos provinieron de fuentes extranjeras. Al

universalizarse y garantizarse el acceso al diagnóstico y el tratamiento, la cobertura de atención al interior de la red sanitaria del país se incrementó sustancialmente. En 1990-1991 sólo un 24% de los servicios de salud estatales garantizaban acciones de diagnóstico y tratamiento gratuito, es decir, que uno de cada cinco servicios de salud garantizaban el acceso al diagnóstico bacilosκόpico y bacteriológico, y al tratamiento gratuito y supervisado. En 1995 la cobertura había aumentado a más del 91%, lo que supone un crecimiento real de casi tres veces.

Por otra parte, como uno de los indicadores más importantes para establecer el impacto de las acciones de control de tuberculosis en un país es la localización, el diagnóstico y notificación de casos. Se acordó que toda la información que se presentara a nivel nacional fuera consolidada a través del Ministerio de Salud independientemente del sector que la originara.

Según el Ministerio de Salud, que históricamente se ha encargado de entre el 80% a 90% del diagnóstico y tratamiento de los tuberculosos del país y, por ende, de entre el 80% y el 90% de las notificaciones de casos, en 1990 los exámenes de esputos y las baciloscopías hechas en el Perú no pasaban de 200.000, mientras que en 1995 se realizaron más de 800.000. Este año es casi seguro que se alcance la meta de un millón de exámenes de esputo. Hoy es preciso hacer casi 29 exámenes de esputo para poder diagnosticar un caso de tuberculosis, mientras que a principios de la década, de cada ocho exámenes de esputo uno era positivo. Esto ha permitido, mejorar sustancialmente la calidad del diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Entre los mayores de quince

años actualmente se diagnostica por baciloscopía casi el 87% de todos los casos notificados, lo que contrasta favorablemente con la media registrada durante unos 15 años sobre la base de exámenes de esputo, que era de sólo el 50%. Gracias a ambos métodos, en la actualidad el país se está aproximando a una confirmación bacteriológica de casi el 90% de los casos que se notifican, a nivel nacional.

Sin embargo, no basta con hacer baciloscopías y es preciso contar con un adecuado control de calidad. En consecuencia, en 1991 se estableció un sistema de control de calidad de la baciloscopía y ahora se está estableciendo un sistema de control de calidad de cultivo. Gracias a ésto, las discordancias en los controles de calidad de las baciloscopías, que ascendían a un promedio de entre el 10% y el 15%, bajaron a un 0,5% en 1995.

Tampoco basta con localizar a los pacientes; además hay que garantizarles un tratamiento supervisado y gratuito. En consecuencia, se decidió garantizar a través de los servicios de salud estatales que toda persona que contrajera la tuberculosis fuera tratada en el lugar más próximo a su domicilio. En estos momentos la red sanitaria del Ministerio de Salud consta de más de 5.000 establecimientos de salud, 100 de los cuales son hospitales de algún nivel de complejidad. En este contexto se ha universalizado el diagnóstico y el tratamiento sobre la base de los servicios de atención primaria. Desde hace 5 años, el estudio de cohortes de tratamiento sirve de instrumento habitual para evaluar la eficiencia y la eficacia de las medidas de control de la tuberculosis.

Por otra parte, en el Perú el tratamiento acortado directamente observado representa no sólo un instrumento importante de gestión, sino también un producto que es sinónimo de calidad de atención por parte del servicio de salud, así como de buena inversión. Es más, a partir de 1991 las cohortes de tratamiento pasaron a ser el instrumento habitual para medir la eficiencia del tratamiento antituberculoso y hoy se evalúa de esta manera a prácticamente el 100% de los pacientes tratados por tuberculosis que son calificados como tuberculosis pulmonares con baciloscopía positiva. Gracias a esto, el promedio de abandono, que era del 50% en la década de 1980, bajó al 5% en 1995. En consecuencia, el porcentaje de curación ha aumentado de un promedio del 76% en 1991 a casi un 87%-88% en 1995. El producto más importante de los logros citados es la tendencia descendente de las tasas de morbilidad e incidencia observada a partir de 1993. Es más, para 1995 la tasa de morbilidad había disminuido en un 18% respecto de 1992 y se espera que en los próximos cinco años la tendencia a la baja sea del orden del 8% al 10% anual y, que por ende, se pueda cumplir con uno de los compromisos de política del sector salud, que es reducir la magnitud del problema de la tuberculosis entre un 40% y un 50% para el año 2000 en relación con la de principios de la década de 1990.

Dado que se requieren ciertos instrumentos de vigilancia epidemiológica para garantizar la eficacia operacional de las medidas adoptadas, en 1995 y 1996 se realizó una encuesta con apoyo técnico de la OMS y la OPS para determinar la resistencia inicial

y adquirida en el país, cuyos resultados muestran que la resistencia inicial a los fármacos antituberculosos, que era del 42 % en 1988, ha bajado al 15,4%.

Dr. WHALEN (Canada) said her Government viewed tuberculosis as a national priority and was currently developing a strategy to enhance TB prevention and control efforts.

Canada's international activities in support of TB initiatives included international collaboration and training and coordination of the WHO International Union Against Tuberculosis and Lung Disease tuberculosis network of 20 laboratories on five continents through the Laboratory Center for Disease Control, WHO's Collaborating Center for TB Bacteriology and Research. The International laboratory network was responsible for coordinating WHO's global surveillance program on drug resistance in 35 countries. In addition, a series of laboratory manuals had recently been completed and were ready for implementation within the Region.

Canada urged PAHO to encourage increased cooperation within and between countries for training, evaluation, and operational research activities. Canada had developed considerable expertise in TB diagnosis, management, prevention, control, drug resistance studies, and epidemiological training programs, and was anxious to find ways to harness this expertise in collaboration with PAHO to help TB prevention and control in the Americas.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) elogia las exposiciones realizadas, incluido el video, porque dan conciencia de lo que se debe hacer en los países para erradicar esa patología de la pobreza. El proceso vital humano, tiene sin duda unos determinantes sociales muy importantes, como son la pobreza, el desempleo, la falta de educación y la falta de nutrición.

Es importante destacar el factor educativo, porque todo tratamiento en que intervenga la voluntad de las personas tiene que ser reforzado por un buen mecanismo de incentivación y educación, a fin de que ese tratamiento no se abandone. En cualquier caso, se debe atacar el fondo del problema, constituido por la pobreza, la desatención a las poblaciones excluidas y el factor de nutrición.

El Dr. DOTRES (Cuba) agradece la exhaustiva presentación realizada. Como se ha visto en ella, Cuba, junto a Chile y el Uruguay, están en una situación favorable en el contexto de América Latina. Ello obedece a la promoción del tratamiento controlado de casos bajo supervisión directa, y explican también, la baja resistencia detectada y los altos índices de curación.

En su país, la tuberculosis se produce fundamentalmente en la población mayor de 45 años, por reactivación endógena. Este aumento, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la Región no ha estado relacionado con la asociación al VIH, ni con la resistencia multidroga. Se realizó un exhaustivo análisis del programa y se detectaron deficiencias: el predominio del diagnóstico a nivel de la atención hospitalaria, la deficiente calidad en el diagnóstico en la red de laboratorio, el deficiente control de casos

en comunidades cerradas, y la mayor vulnerabilidad de los ancianos. Se ha desplegado un esfuerzo ingente para actualizar y promover el programa de control de la tuberculosis, pese a las limitaciones económicas por la que atraviesa el país, y en 1995 se logró detener el incremento de la enfermedad iniciado en 1992.

La tuberculosis es un componente importante en los programas prioritarios y las metas son las siguientes: realizar baciloscopías con control de calidad al 100% de los casos de las áreas de salud y en los hospitales; examen directo de esputo al 100% de los síndromes respiratorios identificados; y diagnosticar al 80% de los casos tuberculosos y pulmonar en la atención primaria de salud, garantizar el diagnóstico oportuno en los 30 primeros días de iniciados los síntomas, garantizar al 100% de los casos el tratamiento oportuno, y estrictamente supervisado al 100% de los casos de tuberculosis, y obtener tasas de curación superiores al 90% con criterios bacteriológicos.

Por último, propone que la información ofrecida se haga circular entre los países, porque sería muy productivo.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) sólo desea felicitar a los que han efectuado un trabajo tan bien hecho, la OMS y la OPS, los Estados Unidos de América y el Perú, y decir que, siendo un problema re-emergente, que afecta prácticamente a todos los países, se debe dar una difusión muy rápida a ese trabajo en los países.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador) dice que, en su país, la tuberculosis es una enfermedad que guarda relación directa con la evolución socioeconómica, el crecimiento

y el desarrollo, una enfermedad trazadora de la pobreza. Constituye el principal problema de salud pública, y mucho más aún con la aparición del SIDA, que cambia la perspectiva epidemiológica, y la posibilidad de controlarla y eliminarla es escasa, a menos que se dé prioridad y todo el apoyo político y administrativo a los programas de control.

La vía de transmisión más activa de la tuberculosis es la aérea, cuyo índice de infección intradomiciliaria es del 60% y de enfermedad del 2 al 3%. En la población general hay un 2% con riesgo de infección anual, que se considera como referencia para el país.

La cobertura de vacunación con la BCG en los últimos diez años supera el 98%: una cobertura óptima, con la que se ha logrado detener la aparición de la tuberculosis infantil, miliar y meníngea. Sin embargo, ese análisis se basa en la notificación de casos por las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, y se calcula que un 30% de los casos son atendidos en otras instituciones, públicas y privadas. En los últimos años (1986-1995), la incidencia de la tuberculosis notificada ha tenido diferentes comportamientos. La meningitis tiene una tendencia a disminuir del 3,27%, las formas extrapulmonares aumentaron ligeramente hasta 1991, alcanzando una tasa de incidencia notificada del 7,55%, y descendiendo luego al 3% en 1995. La tendencia de la tuberculosis pulmonar sigue en ascenso, con un incremento anual del 4,5%, lo que constituye un verdadero problema de salud, agravado por el incremento del índice de

resistencia primaria a las drogas en los casos nuevos de tuberculosis pulmonar confirmada, que llegó a ser del 36,1% en 1995.

Como se puede ver, el panorama de esta enfermedad en el Ecuador es realmente dramático y, aunque se están aplicando tratamientos técnicamente apropiados, es importante el apoyo técnico-económico para lograr dominarla.

La Dra. MUÑÍZ (México) presenta un breve panorama de lo que está sucediendo en México en relación con esta importante enfermedad re-emergente en el país, en las Américas y en el mundo entero. Como resultado de evaluaciones nacionales y con el apoyo financiero del comité nacional de lucha contra la tuberculosis, se están desarrollando varias estrategias para disminuir el impacto negativo de la tuberculosis y abatir la mortalidad por esa causa, como el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, que se expresa en acciones conjuntas de política de gratuidad y revisión de la norma oficial mexicana para el primer nivel; un plan de capacitación y supervisión conjunta integral; el establecimiento de áreas demostrativas de tratamiento acortado estrictamente supervisado, primero en ocho entidades federativas y actualmente en todos los Estados del país; uso del medicamento en ampollas para esquemas de seis meses de duración, con rivampicina, piracinamida, e isoniazida; fortalecimiento gradual de la red de laboratorios; estudios de la drogorresistencia, e incorporación del programa en el paquete básico de servicios de salud.

La notificación de casos, el seguimiento y la evaluación son fundamentales para el control eficaz de la enfermedad.

El Dr. BETTS (Observador, ULACETS) agradece la oportunidad que se brinda a la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) de expresar su opinión. El problema de la asociación de la tuberculosis con el VIH constituye indiscutiblemente uno de los grandes desafíos actuales. Los estudios científicos han demostrado que una infección de VIH combinada con una tuberculosis latente aumenta 40 veces el riesgo de que ésta se active, lo que quiere decir, en términos estadísticamente muy significativos, que si un 5% de la población tuberculosa tiene una coinfección por VIH se triplicará el número de casos de tuberculosis activa, poniendo en peligro todos los avances que hayan podido lograrse en relación con la tuberculosis en la Región. Por lo tanto, es muy importante que la lucha contra la tuberculosis se vincule de forma muy estrecha a la prevención y el control del VIH.

The DIRECTOR said that tuberculosis had been included in the agenda for the first time in many years to dramatize the seriousness of the situation and to emphasize that the problem, for which there was a solution, could no longer be ignored.

He hoped that within the foreseeable future the favorable trend shown by Peru would be replicated in all the countries of the Americas. He hoped that the presentation of the problem would act as a stimulus to the countries of the Region to pool their efforts to resolve it. He pointed out that it included an addendum indicating the funds PAHO was allocating for that purpose.

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

*The session was suspended at 3:35 p.m. and resumed at 4:25 p.m.
Se suspende la sesión a las 3.35 p.m. y se reanuda a las 4.25 p.m.*

Dr. CORBER (PAHO), illustrating his remarks with slides, summarized the history of efforts to control dengue and urban yellow fever. Transmission of yellow fever seemed to have been interrupted when the infestation rate was less than 5%. However, the mosquito had not been eradicated. By 1962, 18 of the countries had achieved eradication, but failure to ensure post-eradication surveillance had resulted in reinfestation.

By 1995, the situation had markedly deteriorated. There were over 270,000 cases of dengue, of which 7,700 were cases of dengue hemorrhagic fever, with 106 deaths.

Thus far in 1996 there had been 156,000 cases of dengue in the Region, of which 125,000 had been reported from Brazil. The *Aedes aegypti* mosquito was now present in all the countries of the Region except Bermuda, Canada, Chile, and Uruguay, and all four serotypes of the virus existed in most countries. Infection with one serotype did not provide protection against the other types of virus. In fact, each subsequent infection increased the risk of hemorrhagic fever and the presence of four serotypes greatly increased the risk of epidemics.

The *Aedes aegypti* mosquito had adapted remarkably to urban life in the Region, helped by urbanization, poor housing conditions and sanitation, discarded consumer

goods packaging, and the transport of used tires from one country to another. It was a carrier for dengue and yellow fever viruses. Although urban yellow fever had been eliminated many decades previously, there was a new public health danger if the yellow fever virus was present in the area. On the map of Peru it could be seen that the endemic yellow fever area overlapped the *Aedes aegypti* mosquito territory. And indeed, in 1995, there had been 500 cases and 192 deaths from the disease. That was the highest recorded number of cases in 40 years.

The countries of the Region recognized the scale of the problem, and PAHO had responded with a number of activities to assist them, including the preparation of guidelines for control of the mosquito, collection and dissemination of relevant information, support for the network of dengue laboratories, training in clinical diagnosis and case management, and evaluation of dengue programs.

In the guidelines for prevention published in 1994, PAHO had listed the components necessary for a successful control program. They included epidemiological and entomological surveillance, medical community education, community participation, emergency response plans, legislative support policies, and sustained political commitment.

In 1995, PAHO had convened a technical task force to devise a hemispheric plan for the eradication of *Aedes aegypti*. The task force had identified the following requirements for a successful eradication plan: clear definition of the magnitude of the problem; realistic estimates of costs and funding sources; international and hemispheric

agreement; identification of eradication as a health priority; availability of a viable model strategy; and sustained political support for the provision of personnel and resources. The majority of the members of the task force believed that a hemispheric eradication plan was feasible.

In its discussions, the Executive Committee had recognized the increasing danger posed by *Aedes aegypti*, and while the difficulty of deciding between eradication and/or control had been acknowledged, the Committee supported the elaboration of a hemispheric plan to combat the vector.

El PRESIDENTE pide a la Representante del Comité Ejecutivo que presente información complementaria sobre el tema.

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, en su reunión del pasado mes de junio, el Comité Ejecutivo reconoció la grave amenaza planteada por *Aedes aegypti* en la Región y estuvo de acuerdo en la necesidad de elaborar un plan para combatir a ese vector. Los Representantes del Brasil y Cuba describieron las actividades de erradicación en sus países y exhortaron al Comité Ejecutivo a recomendar al Consejo Directivo que redactara un plan regional para la erradicación del *Aedes aegypti*. Sin embargo, varios miembros del Comité expresaron reservas acerca de la factibilidad de la erradicación y sugirieron que el control del *Aedes aegypti* podría ser una meta más realista.

Entre las razones que adujeron figuraban las condiciones climáticas de los países tropicales, que favorecen considerablemente la reproducción del mosquito, y las prioridades contrapuestas en materia de salud de la Región, que podrían impedir que se dedicaran los recursos necesarios a la erradicación. A pesar de todo, hubo consenso con respecto a la necesidad de asignar más atención al control del mosquito y de los insectos vectores en general. La participación comunitaria en la lucha antivectorial se consideró crucial, y se subrayó la importancia de obtener la ayuda de la población para eliminar los criaderos en las casas y en sus cercanías, la cooperación internacional en forma de acuerdos comerciales, la vigilancia de zonas fronterizas, y el intercambio de experiencias. El Comité señaló que el tema de la lucha antivectorial estaba estrechamente vinculado con la salud ambiental y debía abordarse en todas las reuniones de alto nivel donde se trataran temas ambientales. También recalcó que la lucha antivectorial debía integrarse en la estrategia de atención primaria de salud.

En la Resolución sobre este tema aprobada por el Comité Ejecutivo se recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución en la que se inste a los Estados Miembros, entre otras cosas, a colaborar en la elaboración de un plan continental para combatir a *Aedes aegypti* como problema de salud pública, y se solicite al Director que apoye los esfuerzos nacionales para combatir a este mosquito y hacer frente a las amenazas que representan el dengue y la fiebre amarilla.

A Dra. NUNES (Brasil) mencionou que, como as condições de higiene dos países favorecem o estabelecimento de verdadeiros criadouros de mosquitos, aumenta a distribuição da densidade desse inseto com a conseqüente expansão da transmissão do dengue clássico e do dengue hemorrágico, que chegam a alcançar o grau de epidemia e causam grande quantidade de óbitos, especialmente de menores de 14 anos. Por esse motivo, considerava que a vigilância entomológica deveria ser um atividade permanente dos programas de reforma. Indicou que a falta de ação de saúde pública estava agravando a situação, citando como exemplo o reaparecimento do problema da tuberculose, em grande magnitude. Lembrou também que se estava vivendo uma época de doenças novas emergentes e reemergentes. Esses acontecimentos, continuou, ressaltam a importância dos programas de erradicação, que só não tiveram completo êxito porque não foram adotados por muitos países, que terminaram por servir de reservatório para a reinfestação de outros países. Isso talvez explicasse o fato de as dispendiosas estratégias não estarem dando o resultado esperado, aumentando o risco de epidemias em áreas cada vez maiores dos territórios dos países. Porém, como, na sua opinião, nenhum país pode resolver só seus problemas, enfatizou a necessidade de um trabalho global e conjunto e reforçou a proposta do Brasil de um plano continental de tipo radical, voltado para a erradicação. Solicitou à OPAS recursos e consultores com a responsabilidade de apoiar a elaboração, a execução e a avaliação desse plano, sugerindo que cada conselho diretor acompanhe a evolução dos trabalhos. Alertou para a o sério risco da reurbanização da febre amarela, com suas enormes repercussões econômicas em termos

do comércio internacional e do turismo que constitui importante fonte de renda para alguns países.

El Dr. LÓPEZ (Honduras), tras respaldar la propuesta del Brasil, señala que, en la actualidad, lo más factible es erradicar el *Aedes aegypti* en toda la Región. Se trata de un objetivo difícil, pues requiere muchos recursos, participación social, apoyo político y numerosas medidas que los Estados Miembros han destinado en ocasiones a tareas de saneamiento ambiental.

El Dr. ÁVILA (Cuba) manifiesta su apoyo a la propuesta del Brasil, habida cuenta de que el mosquito sigue propagándose en nuevas zonas y la incidencia del dengue y del dengue hemorrágico continúa aumentando. También coincide con las opiniones vertidas por otros representantes en relación con la necesidad de acometer acciones globales en la lucha contra el *Aedes aegypti*.

Cuba es el único país de las Américas donde no se han notificado casos de dengue desde octubre de 1981. Ello ha sido posible merced a la instauración de un sistema de vigilancia epidemiológica integral y activa, que está respaldado por una amplia red de laboratorios, el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri —centro de referencia en virología— y un programa de erradicación del *Aedes aegypti*. Mediante este conjunto de acciones se ha logrado reducir el riesgo de infección a cero y el porcentaje de viviendas infestadas por el *Aedes aegypti*, a 0,003.

Añade que la voluntad política es sumamente importante para alcanzar el objetivo de erradicación planteado, y reitera la voluntad de Cuba de poner a disposición de los restantes Estados Miembros las experiencias y conocimientos acumulados en el país en las campañas de lucha contra el vector que se han llevado a cabo.

El Dr. TORRES (Bolivia) dice que, mediante un convenio firmado por Bolivia y la Argentina —que primero se denominó ARBOL I y, posteriormente, ARBOL II— ha sido posible controlar la malaria en la frontera entre ambos países. A través de este convenio, la Argentina ha ofrecido a Bolivia durante tres años cooperación técnica y ayuda económica por un monto de US\$ 1,5 millones en concepto de insecticidas. Este caso ilustra la importancia que reviste la cooperación internacional cuando se emprenden actividades de lucha antivectorial.

La OPS debe afrontar esta situación mediante acciones globales y partir del principio de que la única solución viable en la lucha contra el *Aedes aegypti* es su erradicación. Las medidas de erradicación que se adopten deberán tener en cuenta asimismo el papel decisivo que desempeñan el transporte y el comercio en la difusión de la enfermedad.

El Dr. PICO (Argentina), expresa su satisfacción por los frutos que han rendido las actividades de control de la malaria llevadas a cabo conjuntamente por la Argentina y Bolivia. El Gobierno de la Argentina está prestando especial atención a la vigilancia epidemiológica y, especialmente, a la de las fronteras. Ello, unido al fortalecimiento de

la cooperación con el Paraguay, explica que en los últimos cuatro años se haya quintuplicado el número de casos notificados. Finaliza su intervención expresando su apoyo a la propuesta del Brasil.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) respalda la propuesta del Brasil, aunque considera que se trata de una quimera. Cuando en Costa Rica se declaró la epidemia de dengue en octubre de 1993, se montaron laboratorios de virología y se tomaron medidas de control en varias áreas específicas. Primero se obtuvieron los recursos necesarios para diagnosticar la enfermedad, lo cual incluyó, entre otras muchas cosas, la capacitación de médicos de urgencias en todos los hospitales. Y en segundo lugar, se educó a la población infantil y adulta. Con estas medidas se consiguió reducir la incidencia de la enfermedad.

La erradicación del *Aedes aegypti* no puede circunscribirse en un esquema estático de actividades, pues los parámetros de la enfermedad cambian de un país a otro e, incluso, de una localidad a otra. Por este motivo, en Costa Rica se han descentralizado todas las tareas de lucha antivectorial. Esta variabilidad de los parámetros la están constatando reiteradamente los resultados de las encuestas de infestación de los hogares que se están efectuando cada tres meses. Asimismo, la erradicación no sólo supone la eliminación del mosquito, sino también la ejecución de un plan de saneamiento ambiental destinado a eliminar los criaderos.

Dr. BALDWIN (United States of America) commended Brazil for its national efforts and commitment to *Aedes aegypti* control, and said that he looked forward to receiving reports of successful implementation from the Brazilian programs. He reiterated his country's commitment to collaboration with Brazil and other countries in the Region in effective control efforts.

The First International Seminar on Dengue, to be held in October 1996 in Rio de Janeiro, would be attended by six scientists from CDC. He believed the Seminar would contribute to promoting solidarity within the Region, and he looked forward to the opportunity it offered for dialogue and idea-sharing on the most effective prevention and control strategies.

The United States of America had not achieved eradication of *Aedes aegypti*. Although efforts had been successful through 1962, he questioned whether the reasons for that success were still viable in the current climate of competing priorities and diminishing resources, and in the changed demographic and social environment. In light of PAHO's efforts over the past 50 years, it was important to analyze the reasons for failure to achieve sustainable eradication. The question had elicited considerable discussion at the 118th Executive Committee Meeting.

The United States of America believed that the issue involved more than a hemispheric plan for eradication of *Aedes aegypti*. It was really a matter of empowering local communities to own their environments and to create clean and safe living spaces.

It was a matter of community-based efforts, stimulated and guided by the commitment and political will of national governments.

Each of the countries was having to reconcile competing health priorities with fewer resources. In consequence, cost-effective, sustainable efforts were essential for success. The countries needed to implement an aggressive "top down, bottom up" policy with strong national leadership. PAHO's role was critical in support of that policy.

El Dr. VIDOVICH (Paraguay) considera oportuna la preocupación de los países por el aumento de la prevalencia del *Aedes aegypti* en la Región, y agradece a los ministerios de salud de la Argentina y el Brasil el apoyo permanente que han prestado al Paraguay en la lucha contra los vectores en las zonas fronterizas. También pone de manifiesto su apoyo a la propuesta del Brasil de formular una estrategia regional más agresiva encaminada a evitar la propagación del dengue, minimizar su impacto económico y social y, con ello, lograr su erradicación a corto plazo.

Dr. AISTON (Canada) said Canada recognized the increasing danger posed by dengue, DHF, and urban yellow fever, and agreed that there was a need to intensify efforts to combat the *Aedes aegypti* mosquito. A common understanding of the situation and the strategy for addressing the problem was an important element of effective collaboration. A hemispheric plan based on national action and using resources within PAHO's cooperation programs was an important and necessary step. Furthermore, any plan should take a broad public health approach based on environmental sanitation, public

health, education, integrated vector control, surveillance, and laboratory network strengthening.

His country would be pleased to work with PAHO and the countries of the Region within the limits of its resources.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que la vida es una cadena de reacciones químicas de las que el agua es soporte obligado. El control del dengue y de otras epidemias está estrechamente vinculado con un ambiente saludable, cuyos fundamentos son el acceso al agua potable y la recolección de basuras. En esto radica la razón de ser del proyecto del Brasil.

En 1995 se notificaron 32.280 casos de las dos formas de dengue, y 43 muertes. En 1996 sólo se han declarado 5.098 casos y 24 óbitos por la enfermedad.

El programa de lucha contra el dengue de Venezuela se sustenta actualmente en tres pilares básicos: la educación de la población, la vigilancia epidemiológica y la participación de la comunidad. Recientemente se ha creado una comisión nacional para el control del dengue, en la que participan funcionarios del Ministerio de Salud, y representantes de universidades y de organizaciones no gubernamentales.

Sugiere que la Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible, que se celebrará en Bolivia en diciembre de 1996, puede ofrecer una buena oportunidad para sensibilizar a los líderes políticos de la trascendencia de la propuesta del Brasil de erradicación del *Aedes aegypti*.

Finaliza citando una frase que el Secretario de Estado de los Estados Unidos de América, Warren Christopher, pronunció en Panamá el pasado mes de junio: "Solos no podemos tener éxito; juntos no podemos fracasar".

Le Dr. LASSEGUE (Haïti) soutient la proposition de la Représentation du Brésil pour une approche plus agressive à adopter dans la lutte pour l'éradication de *Aedes aegypti* dans les Amériques. En septembre 1994, une poussée, heureusement limitée, de fièvre dengue avait accueilli l'arrivées des troupes internationales en Haïti. Il demande donc que des ressources humaines et financières soient affectées à cette lutte et il insiste pour qu'un suivi attentif soit envisagé dans le cadre d'un plan d'éradication continentale de *Aedes aegypti*.

La Dra. MUÑIZ (México) dice que las estadísticas han mostrado que en 1992 el *Aedes aegypti* se había erradicado en gran parte de las Américas. Sin embargo, en la década de los noventa se ha observado año a año un incremento en el número de casos de dengue debido a reinfestación.

En México, la susceptibilidad a la infección por el virus del dengue es universal, y ya circulan los cuatro serotipos. El vector se encuentra desde el nivel del mar hasta los 1.800 metros de altitud y, después de ser urbano, ha ampliado su hábitat al medio rural de las diferentes zonas del país. Como en otros países del continente y en otras regiones del mundo, han aumentado los casos y han aparecido casos hemorrágicos con defunciones.

La globalización es una realidad y se conocen las dificultades que habrá al ejecutar un programa regional de erradicación del vector. Sin embargo, no existe la misma certeza con respecto a los beneficios que ésto aportará y por ello, México apoya la propuesta del Brasil.

El Dr. MEDRANO (Panamá) dice que la historia de su país en el presente siglo está vinculada a la lucha contra el *Aedes aegypti*. Gorgas demostró en Panamá que la fiebre amarilla urbana en las ciudades de Colón y Panamá y en la franja canalera se podría erradicar con la erradicación del mosquito. Panamá lo logró, y durante décadas planteó que era necesario realizar una acción conjunta de los países de las Américas, porque tarde o temprano el mosquito regresaría.

El último brote de fiebre amarilla selvática que motivó una vacunación masiva en las zonas urbanas se produjo en 1974 y desde 1985 el *Aedes aegypti* se encuentra prácticamente en todo el país. En Panamá se sigue creyendo que la erradicación es la estrategia adecuada y por ello apoya la propuesta del Brasil, con la convicción de que una acción internacional, nacional y de la propia población es el único medio para controlar a este vector.

Dr. CORBER (PAHO) thanked the Members of the Council for their enthusiastic participation and for their views on the need for more aggressive action against *Aedes aegypti*. The aggravation of the situation certainly merited more aggressive action. The problem had become complex and difficult and the old ways no longer worked. In the

new world, environmental issues had to be addressed and community education and participation had to be ensured on an ongoing basis.

It was also essential that the countries act together in support of each other and in support of the overall goals of PAHO's programs. PAHO, in turn, was prepared to support them in moving more aggressively against the *Aedes aegypti* mosquito.

A Dra. NUNES (Brasil) sugeriu que, diante das manifestações dos países, o termo de resolução fosse redigido de maneira mais específica.

The DIRECTOR emphasized that PAHO did not shrink from a challenge and had no difficulty in preparing a regional plan. PAHO had often taken a leading role in disease eradication. Recent examples were Chagas' disease and foot-and-mouth disease. In October 1994 he had met with the head of the Tropical Diseases Program to discuss completing the task of making the Americas free of *Aedes aegypti*. At the request of the Presidents of Central America, PAHO had prepared a plan for eradication of the mosquito. However, the cost of the plan was \$140 million over four years and \$3.5 million a year thereafter, and it had been impossible to raise the money. Thus, before accepting a challenge of this kind, the secretariat needed to be sure that it had the unanimous support of the countries and the resources with which to implement a regional program.

A Dra. NUNES (Brasil) perguntou se, diante do debate realizado, não seria o caso solicitar a apresentação, por escrito, de propostas de emenda ao texto da resolução.

El PRESIDENTE dice que, si hay acuerdo en modificar la resolución se preparará una enmienda con las modificaciones sugeridas por el Brasil y otros países, y la resolución así enmendada podría aprobarse en la próxima sesión.

*It was so agreed.
Así se acuerda.*

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH, 1996
TEMA 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ PARA LA SALUD INTER-AMERICANA, 1996

El PRESIDENTE dice que el Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana se ha incluido como tema, habida cuenta de la importancia que le asigna la OPS. El Premio fue creado por PAHEF en 1978 con el apoyo de funcionarios de la OPS y de otras personas dedicadas a la salud internacional, para expresar su admiración y afecto hacia el Dr. Horwitz. Afortunadamente, todavía se puede acudir al Dr. Horwitz en busca de su inspiración y sabiduría en su calidad de Director Emérito de la OPS y Presidente de PAHEF.

El Premio que se entrega hoy por decimanovena vez se concede con la intención de estimular la excelencia y el liderazgo en salud, reconociendo a las personas que trabajan en las Américas, cuya labor tiene importancia primariamente regional. A lo largo de los años se ha reconocido a una variedad de profesionales que resultan esenciales si se quiere contar con servicios de salud eficaces. El Premio se ha convertido en un símbolo de reconocimiento y en una fuerza motivadora para todos los trabajadores

de la salud de América. Considerando la importancia de los líderes individuales, dedicados e inspiradores, es propicia la oportunidad para que los delegados y amigos aquí presentes rindan homenaje a uno de ellos. Este Premio sólo es una de las muchas formas de cooperación entre PAHEF y la OPS desde la fundación PAHEF hace 30 años. PAHEF se creó para apoyar los objetivos fundamentales de la OPS y de la OMS. La flexibilidad organizativa y la condición de entidad sin fines de lucro que tiene PAHEF le han permitido emplear las donaciones, las subvenciones y los préstamos para financiar programas de salud importantes. Esta relación se ha consolidado y profundizado gracias a la fundación que sigue presidiendo el Dr. Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Director Emérito de la OPS y Presidente de la Junta de Fideicomisarios de PAHEF) dice que tuvo el placer de conocer personalmente al Dr. José Renán Esquivel cuando le honró con su visita en la Dirección de la Organización Panamericana de la Salud. Transcurría el año 1969. Acababa de asumir el Ministerio de Salud de su país, Panamá, y sabía de sus antecedentes y personalidad. Era el pediatra más distinguido de Panamá, profesor de la cátedra universitaria y director del Hospital de Niños que destacaba entre establecimientos similares de las Américas. En la primera entrevista le impresionaron la seriedad de sus propósitos y sus planteamientos. Le informó de que el lema de su ministerio era "salud igual para todos". No se observa con frecuencia el enunciado de una política en forma tan sintética y con tanta proyección social, dado que incluía a todos los habitantes del país. Hay que tener en cuenta que ésto ocurrió hace 27 años. Al hablar de "salud igual para todos", Esquivel introducía el

concepto de equidad. Le indicó que debía buscarse la equidad en salud, equilibrio y justicia, tanto en el acceso y oportunidades, como en los resultados finales expresados en los indicadores.

En su excelente mensaje en busca de la equidad, el Dr. Alleyne señaló que, en una primera aproximación, acepta tres posibles interpretaciones que entrañan la conversión de la equidad en manifestaciones de igualdad de acceso, igualdad de utilización o igualdad de resultados. Sorprende la coincidencia entre ambas concepciones. En aquella primera entrevista el Dr. Esquivel le explicó que, por medio de los comités de salud, iba a hacer a los habitantes responsables de su salud, la de su familia y la de la comunidad a la que pertenecen.

En un trabajo reciente entre los muchos publicados sobre el análisis crítico de los sistemas de salud en América Latina el Dr. Esquivel afirma: "Con la creación del Ministerio de Salud de Panamá, que surgió en 1969 de un conglomerado de ministerios, se propuso un programa que crece de abajo hacia arriba, es decir, que se basa directamente en las comunidades rurales con bajos índices culturales y alta morbilidad. Su propósito era cortar las múltiples causas de los problemas sanitarios en el campo, con la ayuda de una participación multifuncional de la población, tanto en los procesos de decisión como en los de ejecución" y se agrega: "En estas comunidades rurales los comités de salud deberían interesarse y trabajar en la movilización de la población, no solamente en lo referente a la solución autónoma de sus problemas sanitarios, sino

también a la solución democráticamente colectiva de sus problemas sociales en general, para un mejoramiento integral de su vida".

Con estos propósitos, el Dr. Esquivel introduce los conceptos y métodos de participación activa e informada de los habitantes y de descentralización de las acciones más allá de las estructuras, llegando a las personas a quienes considera los principales actores y beneficiarios del proceso de la salud, lo que muestra el sólido fundamento ético de sus planteamientos, tanto respecto a la equidad como a la descentralización y la participación. Por ello, considera a Esquivel un verdadero pionero, un precursor de una concepción moderna de la salud que ha cobrado vibrante realidad. Su visión de las sociedades de hoy no es menos estimulante, a pesar de ser deprimente dice así: "En el campo social se observa la coexistencia de una riqueza sin paralelos y una pobreza sin esperanzas. El que nace pobre, muere antes". Esto lo ha dicho en pleno auge de la economía de mercado, de la privatización, de la globalización de la economía, de las políticas de ajuste estructural que sacrifican las inversiones sociales y del predominio del crecimiento económico sobre el desarrollo humano y el bienestar, como lo atestigua el incremento despiadado de la pobreza.

El Dr. Esquivel se adelantó también a su época al reconocer la necesidad de una acción intersectorial para promover la salud, señaló que no es posible resolver aisladamente los problemas de salud, la alimentación y la estructura agraria. Es necesario formular planteamientos cualitativamente nuevos y multifuncionales que correspondan a la multicausalidad y al polifacetismo del problema de salud. A manera

de principio, establece que una política alimentaria y nutricional a nivel nacional es la condición previa para una política integral de salud a nivel nacional. Esquivel es hasta hoy un agricultor que venera la tierra como fuente de alimentos, una de las bases de un buen estado nutricional y del desarrollo humano sostenible. Sigue cultivando la tierra de sus antepasados con toda dedicación, lo que agrega un signo distintivo a su interesante personalidad.

Como Ministro de Salud guió a los comités de salud para crear huertos familiares, escolares y comunitarios y producir alimentos básicos que contribuyeron a reducir las altas tasas de malnutrición. Gracias a su gentil invitación, lo acompañó en varias de sus giras por el país, visitando comunidades rurales y a los comités de salud. Tuvo ocasión de visitar el Hospital de Niños de Panamá, que, como director el Dr. Esquivel había sectorizado de acuerdo con los sectores de la ciudad. Educó a las madres para que cuidaran a sus hijos en el hospital transformándolo así en un hospital sin llantos. Todas estas consideraciones explican su admiración por las obras del Dr. Esquivel, que es un visionario y un realizador en salud, en alimentación y en nutrición. Esas obras pueden servir hoy de modelo en las Américas.

*The President presented the 1996 Abraham Horwitz Award
for Inter-American Health to Dr. José Renán Esquivel, of Panamá
El Presidente hace entrega del Premio Abraham Horwitz para la Salud
Interamericana, 1996, al Dr. José Renán Esquivel, de Panamá*

El Dr. ESQUIVEL (Ganador del Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana) dice que hoy quisiera recordar algunos hechos que, en la trayectoria de

su vida, marcaron caminos que han servido incluso para la selección de este Premio. Desea recordar al Profesor Federico Gómez y a su equipo de profesores, a Natalie Mas, Directora del Centro Internacional de la Infancia, que en la década de los sesenta le acompañó muy de cerca en el Hospital del Niño y luchó para que, junto al Profesor Jordán, de Cuba, participaran en la clausura del Congreso Mundial de Pediatría en Buenos Aires, donde pudieron definir algunos conceptos de salud pública en la orientación de los hospitales pediátricos, que se decían modelo en el mundo. Recuerda a Hugo Beim, a Kuminsky, de la Plata, a Silvia Plaza, excelentes profesores de salud pública, al igual que el Profesor Franconi, Martínez-Junco, Marcio Lisboa, José Guedes, y Elsa Logo. Algunos han desaparecido y otros continúan activos como profesionales. Además, desea recordar, al recibir este Premio, a Ernest Fayenbaum, Gutiérrez Muñiz, Ramos Galván, al Profesor Samuel Pezoa, Don Lázaro Benavides, Jesús Kumate, el Dr. Gordillo, Norberto Luiscky, Meza Cuadra, el Profesor Puga y a su excelente equipo de profesionales, a Franco Gómez, al Dr. Fallas, al Reverendo Pazos de Cuyabajo, a sus grandes amigos Behar, Delgado y Brizzani del INCAP, a José Augusto Esquivel, a Don Raúl Pepper, al Profesor Mereguelo y a su equipo de trabajo del Roberto en Río, a Delia, el amigo Solórzano, los hermanos Torizo, Lía Coronil, el Profesor Espíritu Santos Mendoza, José Francisco, Cecilia Dolan, la señorita Villaescusa y Richard Garfield, a la Forgia y Wilson Valente da Silva, y a Sober Akaki, Silva Cuevas, María Aparecida Sampaio, el Profesor Sarillana y el Maestro Soto, a Berkowski y a tantos otros amigos con quien tuvo el privilegio de compartir momentos importantes de su vida profesional.

Pero hoy necesita contar algo muy especial. A fines de la década de los sesenta, recibió una llamada en la que se le informaba que debía reunirse con el Director de la Oficina Panamericana de la Salud y, al preguntar el nombre, se le informó que se trataba de un médico chileno, Abraham Horwitz. Desde entonces encontró el más excelente consejero y amigo, con quien recorrió Panamá varias veces, de costa a costa y de frontera a frontera, visitando las diferentes comunidades que se organizaban en comités de salud.

A su regreso de Panamá, hablará con muchos técnicos y amigos con quienes desea compartir este Premio, pues trabajaron siempre unidos. Además, hablará con los campesinos amigos y con los amigos de las ciudades y les contará este acto, donde, junto con el chileno Abraham Horwitz, sigue en la lucha por una salud igual para todos en los pueblos de América.

La Dra. MORENO (Panamá) dice que no quiere desaprovechar la oportunidad para agradecer, en nombre del Gobierno y de la población panameña, esta condecoración al maestro de generaciones en salud, el Dr. José Renán Esquivel que fue el gran conductor de esa década de oro de la salud pública panameña. Realmente, para Panamá es una gran distinción. Quisiera haber tenido la oportunidad de escucharlo más y que su ejemplo sirviese a todas las Américas, pues la salud se hace con la gente y, a través de esa participación social la salud, ese derecho humano universal, será igual para todos.

*The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5.30 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/9

26 September 1996

ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE NINTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA NOVENA SESIÓN PLENARIA

Thursday, 26 September 1996, at 5:30 p.m.
Jueves, 26 de septiembre de 1996, a las 5.30 p.m.

President/Presidente:

Mr. Luis Alonso López

Honduras

Contents
Índice

Item 5.5: Current and Future Strategic and Programmatic Orientations for PAHO
Tema 5.5: Orientaciones estratégicas y programáticas actuales y futuras para la OPS

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

Item 5.7: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
Tema 5.7: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

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

Item 6.2: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1994-1995

Tema 6.2: Informe del Director e Informe del Auditor Externo Correspondiente a 1994-1995

Item 5.3: Progress of Activities in Health Sector Reform

Tema 5.3: Progreso de las actividades de reforma del Sector Salud

Item 5.4: Progress in the Implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health

Tema 5.4: Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud

*The meeting was called to order at 5:30 p.m.
Se abre la sesión a las 5.30 p.m.*

**ITEM 5.5: CURRENT AND FUTURE STRATEGIC AND PROGRAMMATIC
ORIENTATIONS FOR PAHO**

**TEMA 5.5: ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS ACTUA-
LES Y FUTURAS PARA LA OPS**

El Dr. PERDOMO (OPS) dice que, al aprobar las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el cuatrienio 1995-1998, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana solicitó a los países y a la Oficina Sanitaria Panamericana que hicieran los esfuerzos necesarios para cumplirlas y evaluarlas. A los países les recomendó que reflejaran las OEP al establecer sus planes y políticas nacionales de salud, y a la Oficina Sanitaria Panamericana, que se guiara por ellas al programar la cooperación técnica. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, para responder a la necesidad de alcanzar la meta de salud global para todos, establece periódicamente el programa general de trabajo que contiene las directrices y orientaciones globales de salud para los países y para la secretaría de la OMS.

Las OEP se dirigen también a alcanzar la meta de salud para todos. Aunque el Programa General de Trabajo de la OMS abarca seis años y las OEP comprenden cuatro, las orientaciones globales del programa general de trabajo se reflejan en las OEP. Para el actual período (1995-1998), las OEP establecieron la equidad en salud como principio orientador de la Región y, para avanzar en este sentido, se definieron metas, áreas de trabajo y líneas de acción, como los reglamentos operativos orientadores de las

actividades sectoriales en los países y en la cooperación técnica de la Oficina. El seguimiento y la evaluación de las OEP permitirán a la Oficina y a los países retroalimentar sus procesos de planificación, porque el resultado de la evaluación es uno de los insumos fundamentales para definir periódicamente nuevas políticas y planes nacionales de salud y para que la Organización adopte nuevas orientaciones de política, como pueden ser las OEP para el período 1999-2002.

Para poder llevar a cabo la evaluación de las OEP, habrá que comparar la situación de base, en este caso la de 1994, con la que se observe hasta 1998. Esta línea de base se ha de fijar con la información más adecuada posible y los datos consecutivos de comparación, lo que exige desarrollar el sistema de información de los países y de la Secretaría. Los aspectos básicos que deben considerarse en la evaluación de las actuales OEP son la adopción de las OEP en las políticas y planes nacionales de salud y su cumplimiento; la manera en que la programación de la cooperación técnica contribuya al cumplimiento de las metas y objetivos de la OEP; y el grado de cumplimiento de las metas regionales adoptadas.

En el Documento CD39/15 se describen todas las acciones realizadas por la Oficina hasta el momento. Desde la entrada en vigor de las actuales OEP, la Secretaría ha ajustado su Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la cooperación técnica (AMPES), con el fin de reflejarlas en la programación y de establecer mecanismos adecuados de seguimiento y evaluación de su cumplimiento dentro de la Oficina. Todos los proyectos de cooperación técnica se relacionan con las áreas

de trabajo y las líneas de acción, y contemplan los resultados previstos e indicadores que permiten su seguimiento y evaluación. Al mismo tiempo, la Secretaría ha venido estimulando el seguimiento y la evaluación de las OEP en los países, como un proceso nacional, con el apoyo técnico de la Oficina. La dinámica que ha adquirido este proceso en los países ha consistido en crear grupos nacionales, analizar la compatibilidad de las políticas nacionales de salud con las orientaciones estratégicas y programáticas, y definir indicadores para la evaluación, y en la adopción de una agenda de trabajo por el grupo nacional. El Brasil, Colombia, Cuba, Honduras, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago han hecho grandes progresos en este sentido. Al mismo tiempo, en otros países se hace un seguimiento sistemático de los objetivos y las metas nacionales de salud, como ocurre en Costa Rica, que publica anualmente la evaluación del avance en sus metas y objetivos y políticas nacionales, y en los Estados Unidos de América, que evalúan periódicamente los objetivos y metas de "Healthy People 2000".

La necesidad de que los países participen en el mayor grado posible en la definición y adopción de las orientaciones de política para la OPS hace que la Secretaría solicite a los representantes en el Consejo Directivo que le transmitan sus opiniones y sugerencias sobre cómo mejorar y generalizar el proceso de seguimiento y evaluación de las OEP a nivel nacional y los mecanismos prácticos que se han de adoptar para diseñar y elaborar las OEP para el próximo período, con la mayor participación posible de los Estados Miembros.

La OPS espera recibir los aportes de los miembros del Consejo Directivo, a fin de, entre todos, establecer las bases para guiar la acción de la OPS hacia los retos del siglo XXI y alcanzar la salud para todos con equidad.

El Dr. TORRES (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en el documento CD39/15 se describen las medidas que la Organización Panamericana de la Salud ha tomado para evaluar la aplicación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) y se resumen los resultados de un ejercicio de evaluación inicial llevado a cabo en siete países de la Región para determinar el grado en que las OEP se están reflejando en las políticas nacionales de salud. También describe cómo la Secretaría, mediante el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), está velando por que la OEP se incorpore en la cooperación técnica que la Secretaría presta a los países.

En respuesta a los comentarios del Subcomité de Planificación y Programación, que examinó una versión anterior del documento en marzo de 1996, la Secretaría había incluido en el documento información más detallada acerca de cómo se estaba utilizando el AMPES para vincular la programación de la cooperación técnica con las áreas de trabajo y las líneas de acción establecidas con arreglo a las OEP y con la meta a largo plazo de Salud para Todos, así como información adicional sobre los indicadores que se están empleando para vigilar las aplicaciones de las OEP.

El Comité Ejecutivo se mostró satisfecho con las modificaciones que la Secretaría había hecho al documento, en respuesta a las sugerencias del Subcomité de Planificación y Programación, y no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

Mr. AISTON (Canada) pointed out that the Strategic and Programmatic Orientations exercise was ambitious, founded as it was on the assumption that it was possible to collectively define regional goals and objectives that could be used to guide national health policies. Perhaps it was time to test that assumption and ask the countries if and to what extent they actually did apply the SPOs. While the SPOs appeared to have come a long way, they still had a long way to go. He hoped that in the future they would lead directly to programs and would be closely tied to the budget process. The SPOs process could be used as a prioritization exercise to help guide the work of the Secretariat and the kinds of services it offered to Member States.

He felt that the progress made in utilizing and developing indicators for the SPOs exercise had been positive, but there was still some confusion in the definitions (see Annex to Document CD39/15) regarding what was a goal and what was an objective. It was important to begin the new SPOs exercise soon, and it should be a priority-setting exercise. Canada had learned from the exercise and had begun to develop a report card on the health of Canadians.

El Dr. CAMINO (Perú) dice que, desde el momento en que la OPS empezó a alentar a los países a acometer la tarea de evaluar las OEP a nivel nacional el Perú

acogió con entusiasmo la invitación hecha por el Director para que participara con otros seis países en un grupo encargado de explorar formas de afrontar dicha tarea. En ese contexto, creó un grupo responsable del Ministerio de Salud y elaboró un plan de trabajo que comprendía la relación permanente con la Representación de la OPS en el Perú, el análisis de las políticas de salud recién promulgadas por el Gobierno, la constatación de una extraordinaria compatibilidad con las OEP y el desarrollo de un plan nacional de salud que permitiera poner las políticas en práctica.

Desde entonces se ha venido avanzando en la selección y construcción de los indicadores necesarios para evaluar las OEP en el Perú, país que comprende la importancia de esta labor, no sólo para dar cumplimiento al mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana, sino por las implicaciones que tiene para los sistemas de planificación e información en materia de salud. En efecto, estas evaluaciones aportan los insumos necesarios para avanzar hacia la meta de Salud Para Todos, y es indudable que los países deben participar cada vez más en ella. Por eso, la delegación del Perú es partidaria de que el intercambio de experiencias entre los países se mantenga y fortalezca y de que todos los países de la Región participen en ese esfuerzo. Consideramos también pertinente desarrollar nuevos mecanismos, como grupos *ad hoc* de países que inicien, en colaboración con la Secretaría, la preparación de los documentos básicos que deberán culminar en nuevas OEP. Considera asimismo importante que la Secretaría organice el mayor número posible de reuniones abiertas para debatir estos tópicos y que en ellos participen no sólo representantes de los países, sino también los organismos nacionales

e internacionales que puedan contribuir a enriquecer la percepción del futuro de la salud en la Región.

Ms. RAWLINS (Trinidad and Tobago) supported the procedure suggested for monitoring and evaluating Strategic and Programmatic Orientations, particularly as they related to methods of evaluation which would utilize the output of existing national health information systems. Quality information was critical to the evaluation process.

Governments must commit themselves and apply resources to ensure that information systems routinely provided basic health information for planning. In Trinidad and Tobago the health sector reform program was aimed at improving efficiency in allocating resources, in administration and in quality, and enhancing the health status of the population. The Ministry had made a concerted effort to interlink the Strategic and Programmatic Orientations in the national health services plan being implemented in collaboration with the regional health authorities.

The recent joint exercise to evaluate PAHO's technical assistance program for the period 1993-1995 had provided the Ministry with the opportunity to review the health sector reform plans in the context of the five SPOs involving other government sectors and the health economic unit of the University of the West Indies.

Mr. WALLING (United States of America) agreed that evaluation was critical for effective implementation of PAHO's Strategic and Programmatic Orientations and for the achievement of health for all in the Hemisphere. He also agreed that for any evaluation

process to be meaningful, the countries must feel they had a stake in the process. Indicators for measuring progress should reflect national characteristics and be applied in such a way that they could be used for comparative analyses.

His Delegation recognized that the sense of sharing in the process was not easy to achieve or maintain in a changing health environment with competing priorities. It was therefore imperative that PAHO's evaluation process and those of the countries be mutually reinforcing. That meant that the planning must be shared and developed jointly and that goals must be flexible enough to reflect national and regional realities over time.

International organizations were facing a time of critical change and needed to develop criteria to define their priorities. Those criteria should then be applied to determine what was best undertaken at the international or Regional level and what could more effectively be done by the countries themselves. The Strategic and Programmatic Orientations should serve to guide the countries in accomplishing that task.

El Dr. TORRES (Bolivia) dice que, para que las OEP sean útiles, deben transformar la situación reinante en los países y en la OPS en materia de programación y ejecución, y servir de hilo conductor a los demás organismos que intervienen en salud en los países de América Latina. Este elemento es extremadamente útil para el desarrollo tecnológico de los países, así como para fijar metas certeras de seguimiento y objetivos concretos de evaluación. En este sentido, Bolivia comparte la opinión de los Estados Unidos de América de que debe hacerse un esfuerzo para velar por que las OEP

sean absolutamente flexibles y por que la evaluación de la actuación de la OPS en cada uno de los países de la Región se base en este elemento.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que su delegación está de acuerdo con la manera en que se está encarando el tema de la evaluación del cumplimiento de las metas fijadas y que apoya las cinco orientaciones estratégicas y programáticas trazadas por la Secretaría, Venezuela ha incorporado las OEP en su plan rector de salud, ha creado también un grupo nacional y próximamente iniciará la elaboración detallada de indicadores. El mérito de la OEP estriba en que alientan a los países de la Región a elaborar programas de largo alcance y con una visión prospectiva, abriendo de esa manera espacios para el debate en torno a la lucha por el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Al mismo tiempo, estima que la Secretaría debería propiciar también todo aquello que permita visualizar mejor todas las formas de dirección de los programas que garanticen su eficacia y todo lo que guarde relación con la evaluación diagnóstica.

El Dr. PERDOMO (OPS) agradece las sugerencias relativas al desarrollo de las orientaciones de políticas de la Organización hechas en el curso del debate y destaca la propuesta de que, en el futuro, las OEP se definan empleando mecanismos distintos de los que la Organización utiliza normalmente. Una de las preocupaciones que ha tenido la Oficina ha sido buscar una participación mayor de los países en la construcción de las políticas, así como en su seguimiento, aplicación y ejecución. Así, dicha propuesta es un paso adelante. Cabe destacar asimismo la relación que se ha señalado entre la

elaboración de las políticas de la Organización y su adaptación a la realidad, y el efecto dinámico que esto tiene en el desarrollo de los sistemas de información y evaluación de los países. A la OPS le complace mucho este resultado, porque uno de los aspectos que tal vez convenga examinar en el futuro es cómo dinamizar los procesos de planificación de salud en la Región.

The DIRECTOR said that monitoring the exercise had helped to stimulate the countries to develop their own planning, programming, and evaluation. However, there was a more fundamental issue that still needed to be addressed, perhaps in the Subcommittee on Planning and Programming. He had assumed that acceptance of the SPOs represented a commitment by the countries and the Secretariat, and that on that basis it was now time to evaluate the extent to which the countries were following them.

It was perfectly possible to evaluate technical cooperation at the regional and country level within the context of the five SPOs. It was more difficult to assess the extent to which the SPOs were being adopted and evaluated in the countries own processes.

It might be necessary at a future iteration of the SPOs to determine whether to collect information at a regional level to identify and develop priorities for regional action or whether to dictate the important areas of PAHO technical cooperation irrespective of the commitment of the countries to those five areas. Clearly the second option was a retrograde step and every effort should be made to reach consensus and

achieve commitment at the regional level. Those issues would be discussed at the next meeting of the SPP.

The issue of indicators had become critical; the question now was whether they should be indicators for action in conjunction with the countries, or for specific PAHO technical cooperation. While it was possible to assist the countries in developing, planning, and programming outside the scope of the SPO mechanism, he hoped that the countries would choose to make the commitment to work together in these areas defined in the SPOs mechanism.

El PRESIDENTE da por finalizado el examen de las orientaciones estratégicas y programáticas actuales y futuras para la OPS y dice que, dada la naturaleza del tema, no es preciso adoptar ninguna resolución.

ITEM 5.7: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS

TEMA 5.7: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMÉRICAS

El Dr. TORRES (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, en la 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada el pasado mes de junio, el Dr. Fernando Zacarías, Coordinador del Programa del SIDA y ETS de la Organización Panamericana de la Salud presentó las estadísticas más recientes sobre la infección por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las Américas e informó sobre el estado actual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

También describió las actividades del Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud en el nuevo marco de colaboración interinstitucional e intersectorial en materia de prevención y control del SIDA.

El Dr. Zacarías dijo al Comité que, desde el último informe del Programa Regional a los Cuerpos Directivos la Sede del ONUSIDA se había establecido en Ginebra, y que había contratado entre 80 y 100 funcionarios, y se está contratando más personal para prestar cooperación técnica y apoyar la coordinación interinstitucional a nivel de los países. Se han establecido grupos temáticos interinstitucionales en todos los países que están representados en los seis organismos copatrocinadores del ONUSIDA y, en la mayoría de los casos, se ha seleccionado a representantes de la OPS/OMS para presidirlos y coordinarlos.

Debido a los problemas relacionados con la transición del programa mundial sobre SIDA de la OMS al ONUSIDA, este último no estaba funcionando a plena capacidad en enero de 1996, como preveía el plan original. Durante la transición se ha reducido y retrasado la prestación de cooperación técnica y financiera a los programas nacionales para la prevención del SIDA. En vista de esta situación, la OPS decidió mantener su programa regional del SIDA y ETS a pesar de la fuerte reducción de su presupuesto y su plantilla, para seguir dando apoyo técnico y científico a los programas nacionales del control del SIDA y evitar la anulación de los logros alcanzados antes de que el ONUSIDA consiga ponerse plenamente en marcha. Al mismo tiempo la Organización ha dado apoyo decisivo al establecimiento del ONUSIDA y ha promovido la creación de

grupos temáticos interinstitucionales. El Dr. Zacarías repasó los objetivos del Plan de Acción Regional aprobado por el Consejo Directivo en 1995 y señaló que el plan era congruente con el enfoque multisectorial preconizado por el ONUSIDA y la OPS.

Se invitó al Comité Ejecutivo a formular comentarios sobre la idoneidad del plan regional como base para la cooperación técnica continua con los países de la Región. El Comité opinó que el Plan Regional daba un enfoque realista y apropiado para la Cooperación Técnica de la OPS con los Países en el marco del ONUSIDA, elogió a la Organización por la manera positiva y constructiva en que había trabajado para coadyuvar en el éxito del ONUSIDA y encomió al Programa Regional por adoptar un método de trabajo en equipo. El Comité subrayó que, en vista de las limitaciones presupuestarias existentes, la OPS debía concentrar sus esfuerzos en los ámbitos en que tenía más experiencia y podía tener mayores repercusiones, como la vigilancia epidemiológica, el adiestramiento y la educación sanitaria.

El Comité elogió a la Secretaría por destacar los nexos entre el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y poner de relieve la necesidad de un enfoque integrado en materia de prevención y control de ambos problemas. La educación sanitaria y la promoción de la salud se consideraron componentes cruciales de la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. El Comité recalcó que, a falta de alguna vacuna o tratamiento curativo del SIDA, era imperativo convencer a las personas de la necesidad de adoptar modos de vida sanos y evitar comportamientos que entrañaran el riesgo de contraer el VIH. Varios representantes señalaron que la

educación y la prevención eran mucho menos costosas a largo plazo que el tratamiento del VIH y el SIDA.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE118.R12, en que recomienda que el Consejo Directivo apruebe una Resolución instando a los gobiernos miembros a mantener o aumentar los esfuerzos nacionales de prevención del SIDA, apoyar la ejecución del Plan Regional de Acción de la OPS para la Prevención del SIDA en las Américas y respaldar la labor del ONUSIDA. La resolución solicitaría al Director, dentro del marco del ONUSIDA, que mantuviera y fortaleciera la cooperación de la OPS con los países e identificara y movilizara recursos para apoyar los programas nacionales y las iniciativas subregionales para prevenir y controlar el SIDA. En su calidad de representante de Bolivia, observa que el hecho de que el ONUSIDA esté en proceso de consolidación y crecimiento ha creado un vacío en la Región respecto del importante tema de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA. Es importante que la resolución inste a las agencias de cooperación bilateral que colaboran con los países en el tema del SIDA/ETS a ceñirse a la estructura definida por la OPS, porque los gobiernos y los pueblos de la Región son muy sensibles a dicho tema, que toca elementos culturales muy importantes, y porque si tales agencias aplican determinadas estrategias sin tomar en cuenta las realidades culturales y étnicas de los países beneficiarios, y se puede fracturar la unidad de acción en el tratamiento de las enfermedades citadas. Bolivia propone pues, concretamente, que las agencias de cooperación bilateral y demás agencias que actúan en este ámbito suscriban los planteamientos de la OPS.

Mr. PREVISICH (Canada) said his Delegation acknowledged that there were difficulties with respect to continuing PAHO technical support of the new Joint United Nations AIDS Program (UNAIDS). During the current period of transition towards new forms of interagency and intersectoral collaboration, past experience should not be discounted.

He noted that Document CD39/17 did not mention some of the key concepts of the new United Nations programs, such as the need for improved coordination among United Nations agencies and the need for more effective and efficient response to the problem. His Delegation hoped that those aims could be achieved through joint planning and implementation of AIDS activities by the various sponsors.

He also noted that although the document emphasized medical and epidemiological aspects of the issue, important elements such as the social and psychological impact of AIDS were not highlighted.

Canada was aware that the transition to a fully operational UNAIDS program would take time and that it would be difficult for those countries most affected, and therefore urged continued intersectoral cooperation, including addressing drug use and the drug policies of Member States.

Canada believed that PAHO should continue to implement the five objectives cited in the Regional Plan since each objective addressed the need for the coordinated, comprehensive multisectoral response required to sustain the fight against HIV/AIDS.

Commenting on the second objective of the Plan, the establishment of epidemiological and programming information systems for policy makers, he pointed out that Canada had contributed to improving the quality of HIV surveillance and analysis through a series of bilateral projects and activities in collaboration with the health ministries in Argentina and Colombia. Canada had also completed the first Hemisphere-wide HIV proficiency testing program for 23 countries.

El Dr. DOTRES (Cuba) dice que es conocida la magnitud mundial de la epidemia del SIDA y su repercusión en la sociedad. Sin embargo, el sistema de las Naciones Unidas, concretamente el ONUSIDA, no ha podido instrumentar aún todas las acciones de su programa. Por ello, la OPS mantiene su programa para esta etapa de tránsito.

En el caso de Cuba, se decidió que el Ministerio de Salud Pública fuese el organismo coordinador y, dentro de los organismos de las Naciones Unidas, que lo fuese la Representación en la Organización Panamericana de la Salud. Cuba ha planteado ante la Asamblea Mundial de la Salud las dificultades que había con los fondos para la ejecución de las actividades previstas en el plan; en julio de este año se firmó un programa de trabajo con ONUSIDA y todavía no se han liberado los fondos. Evidentemente, los programas se siguen ejecutando y tienen un alto componente de financiamiento nacional, pero se requiere la movilización de esos fondos para poder complementar el plan. Cuba está preocupada, tiene un plan que cumplir en este año y aún no dispone de los fondos para él. Estima que la Organización hace bien en mantener

su programa de desarrollo, porque llegará un momento en que habrá que determinar, si hay una duplicación en ambas estructuras, lo que demandaría más recursos.

Mr. WALLING (United States of America) believed that PAHO had accurately outlined the challenges and limitations faced during the current transition period, and that those challenges were further complicated by the nature of the HIV/AIDS epidemic itself.

In the transition period, PAHO had enhanced its role as a facilitator and reinforced its function as liaison with other relevant agencies. His Delegation welcomed PAHO's support of UNAIDS, for it would benefit both the Program and the countries of the Region. A multisectoral approach that strengthened the capacity of the health sector seemed in order and critical to sustaining national efforts to combat HIV/AIDS.

PAHO, while prioritizing its efforts, should nevertheless bear in mind that resources would remain limited. His Delegation therefore commended it for its team approach in developing proactive and creative strategies to support the implementation of the UNAIDS Program, while maintaining technical cooperation within the Region and maximizing the Region's collective efforts.

El Dr. MUÑOZ (Chile) agradece a la OPS y al Director su liderazgo en relación con el tema que se examina. El trabajo ha sido difícil y quedan muchos obstáculos por sortear, pero la OPS no debe abandonar su rol de liderazgo respecto de los temas de esa índole, en los que se prueba su verdadero sentido y fortaleza. Chile ha dado gran importancia a este tema y su acción se demuestra en el continuo mejoramiento de los

sistemas de información y vigilancia epidemiológica sobre el VIH/SIDA; la consignación en el presupuesto para 1997 de la Comisión Nacional de SIDA de recursos para tratar a los portadores; y la próxima iniciación de la Cuarta Campaña Nacional de Comunicación Social para la Prevención del SIDA.

La experiencia de Chile indica que la cooperación de OPS en este ámbito debería ir dirigida a mejorar la relación sectorial entre salud y educación en beneficio de los sectores más vulnerables de la población y a perfeccionar las estrategias de comunicación social, como herramienta para promover la toma de conciencia y cambios de conducta en la Región. En este sentido, la salud, las ciencias sociales y de la comunicación deben enfrentar juntas el desafío de lograr cambios en el comportamiento sexual.

La Dra. MUÑIZ (México) señala que en su país se han hecho grandes esfuerzos por controlar la epidemia del SIDA a través del Programa Nacional. Las campañas de control han hecho hincapié en la prevención y se han dirigido especialmente a los jóvenes, con objeto de lograr cambios de los comportamientos de riesgo de este grupo de la población. En cuanto al tratamiento de la infección, se está intentando poner al alcance de los afectados nuevos medicamentos y, para ello, se han establecido contactos con la iniciativa privada. Asimismo, se está trabajando en la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por esta enfermedad.

Agradece la colaboración prestada por la OPS en las tareas de consolidación de los programas mencionados y expresa su confianza en que el ONUSIDA se consolide para atender de forma más eficiente este grave problema.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) ratifica el papel de liderazgo que tanto la OPS como la OMS desempeñan en la administración y supervisión de las actividades de lucha contra el SIDA en Venezuela y en los restantes países de la Región. Los programas de SIDA y ETS son acaso los que requieren mayor coordinación y aquellos para los que es crucial contar con la colaboración de organizaciones no gubernamentales. No hay que olvidar que otro pilar fundamental en la lucha contra el SIDA es la educación en salud, tanto de escolares como de adultos, destinada fundamentalmente a modificar los comportamientos de riesgo.

La Dra. CARRINGTON (Observadora, ULACETS) dice que las actividades de ULACETS están estrechamente vinculadas con la OPS y la OMS, a través de la International Venereal Diseases Association. ULACETS ha trabajado arduamente en la prevención y eliminación de la sífilis congénita. La frecuencia de la sífilis congénita es un buen indicador de equidad, en el sentido de que traduce el acceso de las mujeres a la atención prenatal.

ULACETS ha trabajado en la validación de una nueva prueba diagnóstica de la sífilis más sencilla y rápida que las utilizadas hasta la fecha. La nueva prueba, que usa la pulsión digital, permitirá ampliar los servicios de detección y tratamiento inmediato de las madres infectadas, incluso en las zonas más remotas de la Región. Se ha realizado un ensayo clínico controlado de base comunitaria para medir el impacto de una intervención destinada a reducir la incidencia de la infección por VIH. En este ensayo, en el cual se siguió la evolución de más de 8.000 personas, se ha constatado que el mero

hecho de ofrecer diagnóstico y tratamiento oportuno a los pacientes de enfermedades de transmisión sexual redujo la incidencia de infección por VIH a 42 %.

ULACETS apoya la idea de mantener los programas nacionales de SIDA dentro de la perspectiva de la salud pública y bajo los enfoques y directrices del ONUSIDA, y pone a disposición de los Estados Miembros y de la Secretaría sus mejores recursos técnicos. Por último, solicita que en el próximo informe del Director se incluya la sífilis congénita como enfermedad en vías de eliminación en las Américas.

El Dr. LECHTIG (Observador, UNICEF) informa de que en Santiago, Chile, en la última Reunión Continental sobre Infancia y Política Social, al examinar la revisión de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, los países participantes aprobaron el 9 de agosto de 1996, una propuesta que decía "Acceso universal a la información y a los medios para controlar la infección por VIH y SIDA. Nosotros en el UNICEF, en particular la Oficina Regional de las Américas y el Caribe, ofrecemos todo el apoyo posible a este fin, como siempre en estrecha coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, con ONUSIDA y con otras agencias, con un enfoque intersectorial e integral orientado al logro de cambios conductuales positivos".

El Dr. ZACARIAS (PAHO) agradece en nombre de la Secretaría los comentarios hechos y recalca su compromiso de seguir colaborando con los países en los programas de prevención de SIDA/VIH y enfermedades de transmisión sexual. El Programa, a pesar de la reducción en recursos humanos y financieros, seguirá trabajando con los

países en varias áreas específicas de salud pública, como el apoyo al desarrollo gerencial de los programas, la vigilancia epidemiológica, la diseminación de información técnica y científica útil, la educación sanitaria dirigida a los grupos que requieren este tipo de intervención y, finalmente, el desarrollo de modelos de atención apropiados. Agradece también el apoyo recibido del Canadá, no sólo en esta reunión, sino, durante ocho años, en el desarrollo de los programas de laboratorios en todos los países de la Región y en la vigilancia epidemiológica, e igualmente la movilización de recursos para los países por parte de la Agencia de Cooperación Española y de otros gobiernos. La Secretaría seguirá con los distintos organismos y ha desarrollado actividades muy concretas con el UNICEF, el PNUD, la UNESCO, y el Banco Mundial, e inclusive con organismos bilaterales como la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América.

Dr. Peter PIOT (Director, UNAIDS) referred to the serious AIDS situation prevailing in several countries of the Region and emphasized that it was destined to be a long-standing problem that was not amenable to an early solution. Member States should adapt their AIDS programs to that reality.

UNAIDS became operational in January 1996. Its major roles include: coordinating support for national-level AIDS activities within the United Nations system; advocating response to the epidemic; organizing technical cooperation in collaborating with its five cosponsors; and disseminating information on practices that had proved to be an effective response to the epidemic. Essentially, UNAIDS was a partnership for

supporting and strengthening national capacity to deal with the epidemic, based on the principle of decentralized programming. It had been found that a universal blueprint for response to the epidemic on a world scale was not helpful in some cases.

At a recent meeting of staff working in the region in Santo Domingo, it became clear that the UNAIDS program was already adding value in some of the countries. A total of 26 theme groups had been established, covering more than that many countries; five country program advisers were already in place; and in 12 countries focal points had been established and were working under the auspices of cosponsors. In 30 countries funds had been allocated to support AIDS activities, and in 19 cases the money had already been transferred.

He envisioned a process similar to the successful polio model, based on agencies working together, a strong alliance between the public and private sectors with concrete targets, and a high profile. There were already examples in at least three countries of the Region where different cosponsors of UNAIDS had pooled resources for AIDS activities and staff support. In technical cooperation, UNAIDS, together with its cosponsors, had started to facilitate horizontal cooperation among the countries. Agreements had been signed with Rotary International to work on the prevention of HIV infection in youth and adolescents, which is a top priority.

Work with PAHO already included financial support for certain regional activities, funds for a post, orientation training for PWRs, and technical collaboration. There was still need for a better definition of what each partner would do and offer. As

for resource mobilization, major efforts to fund AIDS programs and activities were under way in some of the countries. However, it was clear, given the scope of the problem, that national efforts were insufficient and that the resource base had to be expanded locally and internationally. About 60% of UNAIDS resources had been allocated to support national activities. UNAIDS had also begun to strengthen resource mobilization capacity at the local and subregional levels.

The organization of administrative arrangements with WHO Headquarters and UNDP, although it had moved slowly, was essentially completed. It was still necessary to strengthen country-level commitment on the part of United Nations agencies besides WHO and PAHO, which had worked for a long time on AIDS. The news that UNICEF had made such a commitment was gratifying.

Following the establishment of theme groups, UNAIDS was entering a second phase in which the groups were moving into action and setting clear targets for the short and medium term. With regard to technical cooperation, the program was advancing resolutely toward the horizontal approach. In contrast to 10 years ago, there was now a lot of expertise in the Region that could be mobilized to sustain cooperation among neighboring countries.

Finally, it was announced in Vancouver last July at the International Conference on AIDS that major breakthroughs had been made in the treatment of AIDS and HIV infection which are fundamentally changing the nature of the disease. Unfortunately, the drugs required could cost as much as \$15,000 a year, not including monitoring, which

raised some difficult economic choices in terms of access to treatment and was bound to create a double standard of care. That posed a major challenge for governments, NGOs, the pharmaceutical industry, and international organizations.

The AIDS environment was becoming increasingly complex, and the epidemic had very many ramifications for which there were no simple solutions. Consequently, the new system was bound to encounter problems.

El PRESIDENTE pide al Relator que presente el proyecto de resolución contenido en el Documento CD39/17.

O RELATOR leu o projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the report on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas (Document CD39/17);

Considering that, while the spread of HIV/AIDS in the Americas has apparently been less rapid than in other Regions, the epidemic continues to affect an ever-growing number of men, women, and children;

Taking into account the difficulties in the start-up phase of the multi-agency and multisectoral response promoted by the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS); and

Mindful of the need to ensure the continuity of national efforts in a climate of marked reductions in international technical and financial support,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments:
 - (a) To maintain and, if possible, increase the efforts of their national programs on AIDS prevention, mobilizing technical and financial resources in accordance with their capabilities and facilitating intersectoral cooperation in the struggle against AIDS;
 - (b) To support implementation of the PAHO Regional Plan of Action for the prevention of AIDS in the Americas, maintaining the public health perspective in national actions;
 - (c) To promote the approach and guidelines of UNAIDS, facilitating linkage between the agencies that participate in the Theme Groups and their respective national counterparts;
 - (d) To promote cooperation among countries in a spirit of Pan Americanism, identifying common areas of need and interest (training, surveillance, information exchange, technology transfer, joint development of policies and programs, education) for the prevention of AIDS in the Region.
2. To request the Director, within the framework of UNAIDS:
 - (a) To maintain and strengthen the cooperation of PAHO in the prevention and control of AIDS and sexually transmitted diseases in the Americas;
 - (b) To continue to identify and mobilize resources in support of the national programs and the initiatives for subregional cooperation and cooperation among countries.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CD39/17);

Considerando que la epidemia de infección por el VIH/SIDA en las Américas, si bien ha tenido un crecimiento aparentemente menos acelerado que en otras regiones, continúa afectando a un número cada vez mayor de hombres, mujeres y niños;

Teniendo en cuenta las dificultades en la fase de puesta en marcha de la respuesta multiinstitucional y multisectorial promovida por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), y

Consciente de la necesidad de asegurar la continuidad de los esfuerzos a nivel nacional en un clima de marcada disminución del apoyo técnico y financiero internacional,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que mantengan y, si es posible, aumenten los esfuerzos de sus programas nacionales de prevención del SIDA movilizando, en la medida de su capacidad, recursos técnicos y financieros nacionales y facilitando la cooperación intersectorial en la lucha contra el SIDA;
 - b) A que apoyen la ejecución del Plan Regional de Acción de la OPS para la Prevención del SIDA en las Américas, manteniendo la perspectiva de la salud pública en las acciones nacionales;
 - c) A que promuevan el enfoque y directrices del ONUSIDA, facilitando la vinculación de los organismos participantes en los Grupos Temáticos con sus respectivas contrapartes nacionales;
 - d) A que promuevan, dentro de un espíritu de panamericanismo, la cooperación entre países, identificando áreas de necesidad e interés comunes (capacitación, vigilancia, intercambio de información, transferencia de tecnología, desarrollo conjunto de políticas y programas, educación) para la prevención del SIDA en la Región.
2. Solicitar al Director, dentro del marco del ONUSIDA:
 - a) Que mantenga y fortalezca la cooperación de la OPS en la prevención y control del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual en las Américas;
 - b) Que continúe identificando y movilizando recursos en apoyo a los programas nacionales y a las iniciativas de cooperación subregionales y entre países.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION
CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTES DE
APROBACIÓN

Item 6.2: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1994-1995

Tema 6.2: Informe del Director e Informe del Auditor Externo Correspondiente a 1994-1995

O RELATOR leu o projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1994-1995 (*Official Document 278*) on the accounts of the Pan American Health Organization; and

Noting the opinion of the External Auditor on the satisfactory condition of the Organization's accounts and the Organization's continued compliance with the Financial Regulations and legislative authority,

RESOLVES:

1. To take note of the financial report of the Director for 1994-1995.
2. To thank the External Auditor for his audit reviews during the past biennium and for presenting a clear and comprehensive report for the biennium 1994-1995.
3. To express concern that the rate of collection of quota assessments for the Organization, the Caribbean Epidemiology Center (CAREC) and the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) has declined, with a consequent weakening of their financial situation, and to urge the Member Governments to make every effort to pay their outstanding quota contributions as early as possible.
4. To note that the rate of collection of quota assessments for the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) has greatly improved in 1995 and to recognize the efforts of the Member Governments of INCAP in that regard.

5. To urge the Member Governments to make their quota payments in as timely a manner as possible.
6. To request the Director to continue efforts to maintain a sound financial position for the Organization.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente a 1994-1995 (*Documento oficial 278*) acerca de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud, y

Tomando nota de la exposición hecha por el Auditor Externo de la situación satisfactoria de las cuentas de la Organización y el sostenido acatamiento por esta del Reglamento Financiero y las indicaciones de los Cuerpos Directivos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe financiero del Director correspondiente a 1994-1995.
2. Agradecer al Auditor Externo la inspección de cuentas efectuada durante el bienio precedente y el informe claro y conciso que ha presentado sobre el ejercicio 1994-1995.
3. Expresar su inquietud por la disminución de la tasa de recaudación de las cuotas adeudadas a la Organización, al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), con el consiguiente debilitamiento de su situación financiera, y exhortar a los Gobiernos a que hagan todo lo posible por abonar sus cuotas pendientes cuanto antes.
4. Tomar nota de que la tasa de recaudación de las cuotas adeudadas al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) mejoró enormemente en 1995, y reconocer los esfuerzos desplegados por los Gobiernos Miembros del INCAP en ese sentido.
5. Instar a los Gobiernos Miembros a efectuar el pago de sus cuotas de la manera más oportuna posible.
6. Pedir al Director que siga empeñado en mantener a la Organización en una situación financiera equilibrada.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Item 5.3: Progress of Activities in Health Sector Reform
Tema 5.3: Progreso de las actividades de reforma del Sector Salud

O RELATOR leu o projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD39/13, "Progress of Activities in Health Sector Reform";

Bearing in mind the Action Plan approved by the 1994 Summit of the Americas and Resolution CD38.R14 of the XXXVIII Meeting of the Directing Council on equitable access to basic health services; and

Considering the inequity in the distribution and utilization of resources still prevailing in the Americas, despite the attention that has been devoted to health sector reform in the Region in recent years,

RESOLVES:

1. To recognize the efforts undertaken by the countries in health sector reform and to acknowledge the bilateral and multilateral cooperation provided, while emphasizing the need for coordination of external support and respect for national autonomy and identity.
2. To emphasize the Organization's leadership and coordination function in the programming and execution of health sector activities.
3. To urge Member Governments:
 - (a) To reaffirm their political commitment to health sector reform, including population-based public health approaches, as a strategy for making health systems more equitable, efficient, and effective in response to the health needs of the peoples of the Americas;
 - (b) To continue to exchange experiences and report on the progress and problems of the national processes of health sector reform.
4. To request the Director:

- (a) To continue to cooperate with national processes of health sector reform, through the appropriate regional and country units of the Organization;
- (b) To proceed with the continuous monitoring of and periodic reporting on progress and problems faced by national processes of health sector reform in the Region;
- (c) To foster networking—including the evolving inter-American network as called for at the Summit of the Americas—among governments, private sector institutions, nongovernmental organizations, and other interested parties, as a mechanism for exchange of information and expertise on health sector reform.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD39/13, "Progreso de las actividades de reforma del sector de la salud";

Teniendo presente el Plan de Acción aprobado por la Cumbre de las Américas de 1994 y la resolución CD38.R14 de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo sobre el acceso equitativo a los servicios básicos de salud, y

Considerando la inequidad en la distribución y utilización de los recursos que sigue prevaleciendo en las Américas, a pesar de la atención que en años recientes se ha prestado a la reforma del sector de la salud en la Región,

RESUELVE:

1. Reconocer los esfuerzos realizados por los países en materia de reforma del sector de la salud, así como la cooperación bilateral y multilateral que se ha proporcionado, y recalcar al mismo tiempo la necesidad de coordinar el apoyo externo y de respetar la autonomía e identidad nacionales.
2. Destacar el liderazgo y la función coordinadora ejercida por la Organización para programar y ejecutar las actividades del sector de la salud.
3. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que reafirmen su compromiso político con la reforma del sector de la salud, incluidos los enfoques de salud pública basados en la población, como una estrategia para hacer que los sistemas de salud sean más equitativos, eficientes y eficaces en respuesta a las necesidades de salud de los pueblos americanos;

- b) A que sigan intercambiando experiencias y que informen sobre los progresos realizados y los problemas que surjan en los procesos nacionales de reforma del sector de la salud.
4. Pedir al Director:
- a) Que continúe cooperando con los procesos nacionales de reforma del sector de la salud por conducto de las dependencias regionales y de país de la Organización que sean adecuadas;
 - b) Que siga adelante con el monitoreo continuo y la notificación periódica sobre los progresos realizados y los problemas que afrontan los procesos nacionales de reforma del sector de la salud en la Región;
 - c) Que fomente la formación de redes —incluida la red interamericana que se está constituyendo por mandato de la Cumbre de las Américas— entre gobiernos, instituciones del sector privado, organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas, como mecanismo para el intercambio de información y conocimientos especializados en materia de reforma del sector de la salud.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Item 5.4: Progress in the Implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health

Tema 5.4: Progreso en la Ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud

O RELATOR leu a nova versão do projeto de resolução que diz respeito à execução do plano regional de ação sobre a violência e a saúde, com as duas propostas apresentadas: uma, pelo Governo do Panamá, e a outra pelas Delegações de Honduras e Nicarágua.

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the document "Implementation of the Regional Plan of Action on Violence and Health" (Document CD39/14);

Taking into account the recent resolution on "Support for Mine-Clearing in Central America," adopted by the General Assembly of the Organization of American States;

Considering the impact of violence on the health and well-being of people and on the economies of countries;

Noting that the various manifestations of violence appear to be widespread in the Region of the Americas; and

Stressing the need to develop programs to control and prevent violence,

RESOLVES:

1. To note with satisfaction the Program of Support for Mine-Clearing in Central America that the Organization of American States has been successfully conducting for the benefit of the affected population.
2. To approve the activities proposed in Document CD39/14.
3. To urge the Member Governments:
 - (a) To formulate national intersectoral plans of action geared toward the prevention of violence, emphasizing a public health approach;
 - (b) To create a registry and perform a detailed analysis of mortality from external causes, in compliance with the recommendations of the Workshop on Epidemiological Surveillance of Homicides and Suicides (1995);
 - (c) To conduct studies to measure social attitudes towards, perceptions of, and costs of violence;
 - (d) To strengthen monitoring and control actions in the area of psychosocial human development, with emphasis on socioaffective and cognitive aspects of human development;

- (e) To formulate and implement policies for the prevention of violence in the family and the school;
 - (f) To invite the media to join in efforts to reduce violence and to incorporate health topics in their programming;
 - (g) To obtain the resources necessary for such activities, either directly or through multilateral, bilateral, and nongovernmental agencies.
4. To request the Director, within available resources:
- (a) To continue to provide technical cooperation in order to strengthen the ability of the Member Governments to perform epidemiological surveillance of violent acts;
 - (b) To continue to promote research that will shed light on the nature and determinants of violence in each country;
 - (c) To promote technical cooperation among countries and dissemination of information about successful experiences in the area of violence prevention.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento "Desarrollo del Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud" (Documento CD39/14);

Teniendo en cuenta la resolución sobre "Apoyo al desminado en Centroamérica", recientemente aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos;

Considerando las repercusiones de la violencia sobre la salud y el bienestar de las personas y la economía de los países;

Observando que las diversas manifestaciones de la violencia parecen estar extendidas en la Región de las Américas, y

Destacando la necesidad de preparar programas de control y prevención de la violencia,

RESUELVE:

1. Tomar nota con satisfacción del Programa de Apoyo al Desminado en Centroamérica que la Organización de los Estados Americanos ha venido desarrollando exitosamente en beneficio de la población afectada.
2. Aprobar las actividades propuestas en el Documento CD39/14.
3. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que formulen planes nacionales de acción de carácter intersectorial dirigidos a la prevención de la violencia, haciendo hincapié en el enfoque de salud pública;
 - b) A que establezcan el registro y análisis detallado de la mortalidad por causas externas según las recomendaciones del Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios (1995);
 - c) A que efectúen estudios para medir las actitudes y percepciones de la sociedad con respecto a la violencia, así como los costos sociales de esta;
 - d) A que fortalezcan las acciones de vigilancia y control del desarrollo psicosocial humano, con énfasis en el área de la socioafectividad y de la cognición humana;
 - e) A que formulen y ejecuten políticas de prevención de la violencia en los ámbitos familiar y escolar;
 - f) A que inviten a los medios de comunicación a asociarse en los esfuerzos de reducción de la violencia y a incorporar temas de salud en su programación;
 - g) A que obtengan los recursos necesarios para tales actividades, bien sea directamente o por conducto de organismos multilaterales o bilaterales y organizaciones no gubernamentales.
4. Pedir al Director, en la medida que lo permitan los recursos disponibles:
 - a) Que continúe proporcionando cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Gobiernos Miembros para realizar la vigilancia epidemiológica de los hechos violentos;
 - b) Que continúe promoviendo la ejecución de investigaciones que arrojen luz sobre la naturaleza y los factores determinantes de la violencia en cada país;

- c) **Que estimule la cooperación técnica entre países y la difusión de las experiencias exitosas en el área de prevención de la violencia.**

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

*The session rose at 7:45 p.m.
Se levanta la sesión a las 7.45 p.m.*



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXIX Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLVIII Meeting

Washington, D.C.
23-27 September 1996

CD39/SR/10
27 September 1996
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE TENTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMA SESIÓN PLENARIA

Friday, 27 September 1996, at 9:10 a.m.
Viernes, 27 de septiembre de 1996, a las 9.10 a.m.

President/Presidente: Dr. Enrique Samayoa Honduras

Contents
Índice

- Item 5.8:* Expanded Program on Immunization: Elimination of Measles from the Americas
Tema 5.8: Programa Ampliado de Inmunización: Eliminación del sarampión de las Américas

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This 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 Conference Services (Room 215), 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 Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 25 October 1996. The final text will be published in the *Proceedings* of the Meeting.

Nota: Esta acta 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 Conferencias (Oficina 215), 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 Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 25 de octubre de 1996. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Reunión.

Contents (cont.)

Índice (cont.)

Item 5.9: Diabetes in the Americas

Tema 5.9: Diabetes en las Américas

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption

Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

Item 5.10: Tuberculosis in the Americas

Tema 5.10: Tuberculosis en las Américas

Item 5.6: Aedes aegypti

Tema 5.6: Aedes aegypti

Item 5.9: Diabetes in the Americas

Tema 5.9: Diabetes en las Américas

Item 7.1: Resolutions and Other Actions of the Forty-ninth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee

Tema 7.1: Resoluciones y otras acciones de la 49a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional

Closing of the XXXIX Meeting of the Directing Council

Clausura de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo

*The meeting was called to order at 9:10 a.m.
Se abre la sesión a las 9.10 a.m.*

ITEM 5.8: EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION: ELIMINATION OF MEASLES FROM THE AMERICAS

TEMA 5.8: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN: ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN DE LAS AMÉRICAS

El Dr. DE QUADROS (OPS) comenta una amplia serie de diapositivas, precisando algunos detalles sobre vacunas, porcentajes de cobertura, colaboración de algunas agencias en el Programa, etc. no solo en cuanto a sarampión, sino también sobre poliomielitis.

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, en su 118.^a Reunión (junio del 1996), el Comité Ejecutivo examinó el Programa Ampliado de Inmunización y la iniciativa regional para la eliminación del sarampión. Como ha indicado el Dr. De Quadros, en esa reunión se firmó el convenio de subvención entre la Organización y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, en apoyo de la iniciativa de eliminación del sarampión.

El Comité felicitó al Dr. De Quadros y a sus colaboradores por los logros del PAI en las Américas. Varios miembros del Comité y observadores expresaron también su gratitud por la subvención otorgada por el Gobierno de los Estados Unidos de América, así como por el apoyo proporcionado por el Gobierno de España. Los éxitos de la vacunación en la Región se consideraron una inspiración que podría ayudar a renovar el entusiasmo por la meta de salud para todos y un ejemplo de lo que los países pueden

realizar cuando existe compromiso político. El Comité observó que el éxito de las campañas de vacunación masiva depende de la movilización de las comunidades mediante el uso de los medios de comunicación, y que las enseñanzas aprendidas sobre la participación popular en este ámbito pueden extenderse a la lucha contra otros problemas de salud.

En la resolución CE118.R14 sobre este tema aprobada por el Comité se recomienda que el Consejo apruebe una resolución en la se exprese el agradecimiento a los Gobiernos de España y los Estados Unidos de América por su apoyo a la iniciativa de eliminación del sarampión; se inste a los países a asignar los recursos necesarios al PAI y a llevar a cabo campañas de vacunación antisarampionosa de seguimiento para lograr la inmunización de todos los niños de 1 a 4 años de edad; y, se pida al Director que continúe sus esfuerzos para conseguir apoyo al Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000.

El Sr. LÓPEZ (Honduras), Después de dar las gracias por sus subvenciones a los Gobiernos de España y los Estados Unidos de América, así como al Rotary Internacional, dice que en Honduras se mantiene una cobertura de vacunación para niños de hasta 5 años y mujeres de 12-49 años superior al 90% en todos los productos biológicos, aunque ese porcentaje no es homogéneo, al haberse identificado municipios y zonas de riesgo en que no se llega al 80%. En relación con el Plan Nacional de Eliminación del Sarampión, en abril de 1996 se realizó la vacunación de seguimiento a toda la población infantil de 1-4 años, alcanzándose una cobertura del 96%, cuando la meta era del 95%.

Se mantiene la vigilancia epidemiológica de los casos sospechosos de sarampión y parálisis flácidas con más de 80% de los indicadores establecidos, aunque hay problemas con el indicador de notificación negativa semanal. Desde 1990 el Ministerio de Salud Pública ha incluido en su presupuesto la compra de productos biológicos a través del Fondo Rotatorio de la OPS excepto la vacuna Sabin, que hasta 1993 fue donada por Rotary Internacional.

Es indudable que hay dificultades financieras para mantener la vigilancia epidemiológica con fondos nacionales y de cooperación externa. Por esa razón, la delegación de Honduras solicita al Director una ayuda intensa y está de acuerdo en que en la resolución se apoye el Plan de Acción.

El Dr. MUÑOZ (Chile) dice que en Chile se ha realizado del 10 al 23 de abril de 1996 la segunda campaña de vacunación, alcanzándose una cobertura de 100% de la población objeto de la campaña (4.058.064 niños). Esto fue posible gracias al trabajo del personal de salud en todos los rincones del país, y al compromiso de autoridades gubernamentales, sectores de la ciudadanía, medios de comunicación y líderes de opinión. Se va a agilizar la vigilancia modificando el diagnóstico de laboratorio, con tomas de una sola muestra de sangre para ahorrar tiempo en la investigación local.

Por último, agradece el apoyo de cooperación técnica constante del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS.

La Dra. FORERO (Colombia) señala que, en virtud de un plan del Gobierno de Colombia, en 1996 se vacunará a 2.800.000 niños de 10 a 12 años, que por sus escasos recursos económicos no habían sido vacunados contra el sarampión cuando tenían un año de edad. La campaña empezó el 7 de septiembre y las metas se están cumpliendo muy satisfactoriamente: en la primera semana se había logrado cobertura para 650.000 niños. Conviene tener en cuenta que Colombia empezó en 1984 a hacer campañas de vacunación masiva utilizando los medios masivos de comunicación, en las que han participado las fuerzas armadas, representantes de iglesias, maestros y profesionales de la salud.

En Colombia ya funciona el esquema regular de la vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, confiando en poder erradicar en las niñas la rubéola, para evitar problemas congénitos en fetos. Por otra parte, la vigilancia epidemiológica funciona en un 70% del territorio nacional, cumpliendo así con el laboratorio de referencia nacional, que también lo es para el Ecuador; hay ya 15 laboratorios dispersos por el país.

Antes de concluir, agradece el apoyo de la OPS en la consecución de esas metas y sugiere que el esquema de vacunación contra el sarampión para los niños se cambie de los 9 meses a los 12 meses.

Ms. HOYT-HALLETTE (Canada) congratulated PAHO for its leadership in the control of vaccine-preventable diseases. Her country supported the Organization's continued efforts towards the elimination of measles in the Americas by the year 2000

and looked forward to collaborating with PAHO on future EPI initiatives and to providing technical expertise.

Mr. BALDWIN (United States of America) expressed his country's appreciation to PAHO for its commitment to measles elimination and progress in implementing the Plan of Action. In addition to the \$8 million grant to PAHO from the U.S. Agency for International Development, the United States of America would continue its technical support to the measles elimination effort.

Regarding the comprehensive methodology for evaluating the capacity of national surveillance systems to detect measles cases, referred to in Document CD39/18, his delegation wished to learn more about the methodology, and especially how it might complement current national surveillance systems without requiring them to be greatly modified.

The commitments of governments in the Americas to cover recurrent costs were very important to the sustainability of immunizations programs. He hoped that other countries in the Region would follow the example of Guatemala, which had established a funding item within its national budget to support immunization activities. PAHO should continue its critical work with legislative bodies to secure commitments to finance immunization programs.

It was commendable that most of the estimated \$710 million necessary to finance the Plan of Action would come from national resources. He looked forward to receiving PAHO's progress reports on mobilization of the \$53 million that would be needed from

international sources, which remained a challenging goal, and on implementation of the measles elimination strategy.

El Dr. TORRES (Bolivia) agradece a la OPS y a la Secretaría el permanente y constante apoyo que ha recibido en el Programa Ampliado de Inmunización, al igual que al UNICEF. A continuación dice que la cobertura proyectada para diciembre de 1996 en niños de 12 a 23 meses, en el caso de sarampión, rebasa 96% y está en mejores condiciones para eliminar el sarampión.

En relación con el tétanos neonatal, Bolivia ha dado pasos trascendentales en los últimos tiempos. La tasa de incidencia de tétanos neonatal es de menos de 1 por 1.000 nacidos vivos, con lo que se ha cumplido la meta de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. La cobertura acumulada con el toxoide tetánico en los distritos de riesgo es de 100%. En cuanto al mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, Bolivia sigue comprometida en la vacunación, incrementando sus coberturas en servicio en forma permanente y sostenida y manteniendo la estrategia de movilización popular.

Se está tratando de utilizar la experiencia del Programa Ampliado de Inmunización en el caso de enfermedades como la malaria y la tuberculosis, mediante la vigilancia epidemiológica, llegando a todas las poblaciones.

Para terminar, hace público su reconocimiento al Gobierno del Japón por la donación de unos \$2 millones para actividades antituberculosas del Programa Ampliado de Inmunización y al Gobierno de Bélgica por el apoyo recibido para vacuna contra el sarampión.

El Dr. VÁSQUEZ (República Dominicana) manifiesta que en la República Dominicana se está efectuando una campaña de movilización nacional para vacunar a todos los niños menores de 5 años tratando de conseguir una cobertura de 90% para 1997-1998 y mejorar los mecanismos de vigilancia epidemiológica. Por otra parte, en vista de la alta prevalencia de hepatitis B, se intenta focalizar poblaciones de niños recién nacidos para comenzar a extender la campaña de vacunación a la hepatitis B.

Para concluir, el orador agradece a la OPS, al UNICEF, y al Gobierno de los Estados Unidos de América por el apoyo que han dado a estas campañas de inmunización.

El Dr. DOTRES (Cuba) señala que la estrategia cubana de eliminación del sarampión se ha basado en cuatro elementos básicos: 1) la vacunación masiva a niños menores de 15 años en un corto período de tiempo; 2) la campaña de vacunación antisarampionosa en poblaciones de 2-6 años para disminuir el número de susceptibles; 3) un sólido sistema de vigilancia; y 4) medidas ágiles en el control de focos. Esta estrategia ha sido ya aplicada por otros países con resultados excelentes. Cuba no registra casos de sarampión desde julio de 1993, por lo que se ha solicitado la certificación internacional de la erradicación. Asimismo, hace 17 meses que no se dan casos de rubeola y 13 meses sin registrarse casos de parotiditis, con lo que se ha logrado la interrupción de la transmisión.

La mayoría de las vacunas se adquieren con los recursos nacionales, pero es justo reconocer el Club Rotario Internacional a través de la Comisión Polioplus de México el UNICEF y la OPS. Si se imprimiera mayor dinamismo al Sistema Regional de Vacunas (SIREVA) con investigaciones y coordinadas de varios países, podría conseguirse mayor disponibilidad, mejor calidad y más accesibilidad en las vacunas útiles para la Región.

La Dr. MUÑIZ (México) dice que, gracias a los esfuerzos llevados a cabo en la última década en materia de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación en México, ha disminuido la morbi-mortalidad de esas enfermedades. Las actividades de vacunación, como prioridad nacional se resumen a continuación.

En 1991 se creó el Programa de Vacunación Universal con el propósito de que todos los niños mexicanos cuenten con un esquema básico de ocho dosis de vacunaciones. El país se ha sumado al compromiso internacional de erradicar la poliomielitis y eliminar el sarampión. Se han establecido sistemas específicos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades evitables con vacunas. El programa de vacunación universal cuenta con los recursos financieros suficientes para la compra de todos los insumos necesarios, tanto para las vacunas como para vigilancia y control de dichas enfermedades. Se han desarrollado campañas intensivas de vacunación para mantener la erradicación de la poliomielitis y avanzar hacia la eliminación del sarampión. Desde 1994 se mantiene la ejecución de tres semanas nacionales de salud, cuyo eje central son las acciones de vacunación. Para lograr la vacunación universal hay que garantizar el suministro y la

distribución oportuna de los insumos en la totalidad del país, así como asegurar el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades. El estudio y seguimiento de casos es fundamental para la erradicación de estas afecciones. Las metas mexicanas son alcanzar 95% de cobertura del esquema básico de vacunación y rubéola en menores de 5 años, más los refuerzos de DPT y polio, e incrementar a 90% la cobertura de vacuna contra la tuberculosis en menores de 1 año.

El Dr. VILLAR (Observador, España) se limita a agradecer el reconocimiento público que se ha hecho de la labor de España en este importante asunto y asegurar que, a pesar de la escasez de sus medios, España seguirá intentando con todas sus fuerzas llevar adelante esta importante tarea.

El Dr. PICO (Argentina) dice que en su país se ha dado prioridad a las acciones de promoción y protección de la salud y sobre todo a la prevención de las enfermedades prevenibles e irradicables. Cabe destacar que en 1995, se consiguieron las más altas tasas de cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones; que en 1993 se vacunó en 26 días a más de 9.5 millones de niños de 1-15 años contra el sarampión, gracias a lo cual en 1995 se consiguió la más baja incidencia de sarampión de toda la historia sanitaria del país.

El Sr. CAMINO (Perú) manifiesta que en los últimos años en el Perú se han producido mejoras importantes en las condiciones de salud de la población. Prueba de ello es el descenso de la tasa de mortalidad infantil, que llega a menos de 55 por 1.000

nacidos vivos debido, en gran medida, al gran incremento en la cobertura de inmunización de los menores de 1 año. En 1995 la cobertura para todo tipo de vacunaciones fue de 93% en menores de 1 año, y para 1996 se espera alcanzar 95%. Gracias al esfuerzo que desde hace años se viene realizando en el país en este programa, en 1994 se ratificó la erradicación de la poliomielitis. En la actualidad, se trata de mantener erradicada esa enfermedad, erradicar el sarampión en 1998 y alcanzar una cobertura de 100% de vacunaciones en menores de 5 años para el año 2000.

El Dr. RINCÓN (Venezuela) dice que su país ha cumplido casi todas las metas: se ha erradicado la poliomielitis y de 22.000 casos de sarampión se ha pasado a 20 casos en 1996. En cuanto a la hepatitis B, se realizan campañas masivas de vacunación y se están estableciendo redes ambulatorias que se convertirán en centros de vacunación cotidianos. Antes de concluir, da las gracias al Gobierno de España por su aporte económico, así como a Rotary Internacional.

El Dr. DE QUADROS (OPS) agradece a los representantes los comentarios formulados en el debate. Respecto a la intervención de la Ministra de Salud de Colombia, piensa que es interesante el cambio de 9 a 12 meses de edad para la vacunación antisarampiosa, porque tendría más eficacia la vacuna y habría menos acumulación de los susceptibles. Todos los países deberían seguir esa pauta.

Respondiendo al Representante de los Estados Unidos de América sobre la metodología y evaluación de la vigilancia epidemiológica, dice que ya se ha implantado

en México, El Salvador y Nicaragua una metodología con equipo multidisciplinario del Ministerio de Salud, con participación de consultores externos, con visitas a todos los niveles del sector, (central, regional y local) para ver cómo está funcionando el flujo de información y las respuestas a las posibles notificaciones. El sistema de vigilancia se basa en unas 20.000 unidades de salud en países que notifican casos de parálisis agudas y se utiliza la infraestructura de los servicios de salud; no es un sistema aparte, sino que utilizan y refuerza la infraestructura de salud. Entre los laboratorios que apoyan ese sistema, algunos habían sido ya reforzados para la vigilancia de poliomielitis, y otros trataban enfermedades como dengue, fiebre amarilla y otras virosis. Es decir, hay un sinergismo entre las distintas vigilancias de las diferentes enfermedades.

Haciendo un comentario general, añade que en el momento de las evaluaciones en México, El Salvador y Nicaragua, no se detectó la presencia del virus de sarampión; se piensa que no había circulación de virus, como tampoco la hay en Cuba, Chile, y otros países. En cuanto a la financiación del plan, el Observador de España ha afirmado que se harán esfuerzos para continuar los trabajos. Se está completando una negociación con el Gobierno de los Países Bajos por US\$500.000 y se mantienen negociaciones con el BID para una cantidad de \$2 millones.

Respecto del estudio profundo solicitado por el Representante de Bolivia, ya se ha hecho un estudio de ese tipo. El Director nombró una comisión independiente presidida por el Dr. Carl Taylor, de la Universidad Johns Hopkins, siendo investigador principal el Dr. Francisco Yépez, de Colombia. El estudio duró más o menos dos años,

incluso Bolivia figuraba entre los siete países participantes. En la conclusión del informe se indica que las actividades de inmunización han reforzado la infraestructura de salud, en especial en el sector de la comunicación social y la participación comunitaria, desarrollando lo que llaman una "cultura de prevención" en las poblaciones.

El comentario de Cuba sobre que desde hace 17 y 13 meses, respectivamente, no hay casos de rubeola y de paperas, es un ejemplo del impacto que tiene la introducción de otras vacunas. Varios países, por ejemplo todos los del Caribe Inglés, así como algunos otros países latinoamericanos ya están utilizando la vacuna triple viral. También es digno de mencionar el uso de la vacuna contra la hepatitis B en todas las áreas de riesgo en Brasil, Perú, Colombia y Venezuela, y la introducción en Chile, en julio de 1996, de la vacuna contra la influenza B, producto excelente que influirá espectacularmente en la meningitis de los niños menores de 5 años.

The DIRECTOR said that the Member Governments should make sure that people in their countries were aware of the great successes achieved by the health services through immunization. He had recently made the same suggestion in a letter to the presidents of several countries. The health sector should rightly be pleased by its successes and should use them as examples of what could be accomplished with common effort.

El PRESIDENTE pide al Relator que lea el proyecto de resolución contenido en el documento CD39/18.

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed the report of the Director on the progress made by the Expanded Program on Immunization and the regional initiative for the elimination of measles from the Americas by the year 2000 (Document CD39/18);

Noting with satisfaction that all countries are committed to the strategies outlined in the Plan of Action for Measles Elimination in the Americas by the year 2000, and the remarkable progress which has been attained; and

Observing that in spite of this progress much still remains to be done, and that the number of children susceptible to measles infection continues to grow in many countries,

RESOLVES:

1. To express its deep appreciation to the Governments of Spain and the United States of America for the support recently committed to the measles elimination initiative, and to urge other collaborating governments and organizations to follow this example.
2. To urge all countries to assign the necessary human and financial resources to the Program, particularly those needed for the purchase of vaccines and syringes, as well as the recurrent costs for surveillance of vaccine-preventable diseases, particularly measles and poliomyelitis.
3. To call to the attention of all countries that have accumulated a large number of susceptible children the urgency of implementing "follow-up" measles campaigns targeting all children 1-4 years of age, regardless of previous vaccination status.
4. To request the Director to continue his efforts to ensure support for the Plan of Action for the Elimination of Measles from the Americas by the year 2000.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre los progresos realizados por el Programa Ampliado de Inmunización y la iniciativa regional para la eliminación del sarampión de las Américas para el año 2000 (Documento CD39/18);

Observando con satisfacción que todos los países están comprometidos con las estrategias esbozadas en el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000 y los progresos notables que se han logrado, y

Observando que a pesar de dichos progresos todavía queda mucho por hacer y que el número de niños susceptibles a la infección por el virus del sarampión sigue aumentando en muchos países,

RESUELVE:

1. Expresar su profundo agradecimiento a los gobiernos de España y los Estados Unidos de América por el apoyo que recientemente se han comprometido a prestar a la iniciativa de eliminación del sarampión, e instar a otros gobiernos y organizaciones colaboradoras a que sigan este ejemplo.
2. Instar a todos los países a que asignen al Programa los recursos humanos y financieros necesarios, sobre todo los que se precisan para comprar vacunas y jeringas, así como para sufragar los gastos recurrentes para la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, en particular el sarampión y la poliomielitis.
3. Señalar a la atención de todos los países que han acumulado un gran número de niños susceptibles la urgencia de llevar a cabo campañas de vacunación antisarampionosa de seguimiento dirigidas a todos los niños de 1 a 4 años de edad, independientemente de su estado de vacunación anterior.
4. Solicitar al Director que continúe sus esfuerzos para conseguir apoyo para el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 5.9: DIABETES IN THE AMERICAS
TEMA 5.9: DIABETES EN LAS AMÉRICAS

Dr. WHITE (PAHO) called the representatives' attention to Document CD39/19 and Addendum I, which described the public health challenge of diabetes in the Americas and the proposed regional response to the situation.

There were two major types of diabetes: insulin-dependent, mainly of juvenile onset, and non-insulin-dependent, mainly of adult onset. Most of the disease's health and social impacts derived from complications of improperly controlled diabetes. The prevalence of adult-onset diabetes continued to increase greatly, owing to lifestyle and dietary changes associated with the rising prevalence of obesity. Diabetes was now the third leading cause of death in several countries and was increasing in rank in others. In the Americas, it was also the leading cause of blindness, nontraumatic amputations, kidney failure, and impotence; a risk factor for stroke and heart attack; and a cause of pregnancy complications.

Many cases of diabetes were unrecognized or poorly managed. Proper control of diabetes could eliminate or reduce its complications, thereby reducing hospital and medication costs. In many countries of the Region, diabetes already accounted for 5%-10% of health care expenditures (13% in the United States of America), and those costs were rising as risk factors increased and the population aged.

The good news was that well-focused health promotion, clinical preventive medicine, and improved quality of care could prevent many cases of the disease and its complications. The challenge was to begin addressing prevention and control of diabetes as a public health problem.

An estimated 30 million people in the Americas currently had diabetes, and only half of them knew it. That number would rise to 45 million in the next 15 years. Of those who knew that they had it, a large majority were receiving inadequate care. Health

services were already struggling to meet the needs imposed by the diabetes problem. For planning purposes, they had to determine how to meet current and future needs and how to evaluate their success.

The Declaration of the Americas, which was reprinted in Document CD39/19, Add. I, answered those questions at a broad policy level. It had been drafted at a meeting held in August 1996 in Puerto Rico, organized by the International Diabetes Federation (IDF) and cosponsored by PAHO, which was attended by representatives of government, the private sector, the media, and NGOs from 29 countries, as well as international agencies.

Implementation of the Declaration would result in a more integrated approach to the prevention and control of diabetes and other noncommunicable diseases, within the context of health systems reform. The Declaration highlighted effective strategies at the national policy level, the health policy level, and the health services level to reduce the burden of diabetes in populations. It urged the participation and support of all partners in the Member States and cooperation between countries.

The Declaration avoided giving highly specific, quantified goals and targets for diabetes prevention and control, whose development was the province of the countries' health ministers. PAHO, in partnership with IDF, was ready to assist the countries in implementation planning.

It was noteworthy that IDF had been admitted into official relations with PAHO in June 1996 at the 118th Meeting of the Executive Committee. The Declaration represented the first product of that new working relationship.

La Sra. DE ALVA (Federación Internacional de Diabetes) dice que en los últimos años la incidencia de diabetes mellitus ha alcanzado proporciones epidémicas. Como ha expuesto el Dr. White, en todos los países de las Américas, la enfermedad es causa importante de discapacidad y muerte. Para quienes la padecen, esto significa una mala calidad de vida y una muerte temprana, para sus familias la posible falta del proveedor con los problemas que esto representa para ellos y para la sociedad, y para el país altos desembolsos en la atención de la diabetes y sus complicaciones y la pérdida de hombres y mujeres en edad productiva. La mayor tragedia es que mucho de este sufrimiento podría evitarse, la diabetes no impide trabajar y desarrollarse efectivamente; son la ignorancia y la falta de interés las que lo impiden. La Sra. de Alva puede atestiguar esto porque ha vivido con diabetes 44 años, lo que no le ha impedido estudiar, trabajar, casarse, tener familia y desenvolverse física e intelectualmente. Y su caso no es único.

Existe, sin embargo, un común denominador en todos estos casos: la capacidad para tomar decisiones acertadas y el automanejo diestro es esta afección crónica por el propio paciente y su familia. Sin embargo, la mayoría de estos enfermos no tienen esa oportunidad porque en muchas instituciones de salud aún no se le da importancia a la educación para conllevar esa dolencia. Las situaciones cotidianas afectan los niveles de

glucosa en el individuo con diabetes y éste tiene que saber resolverlas acertadamente; la educación de ese paciente no es un complemento, es el tratamiento.

Para subrayar la importancia que tiene la actitud de la familia, la oradora relata sencilla y sentidamente detalles y anécdotas de su infancia, reproduciendo frases de su madre y del médico. Reconoce que, gracias al sentido común de su madre, ella ha podido enseñar a su cerebro a tomar decisiones que antes el páncreas tomaba por sí solo. Ahora bien, la mayoría de las personas no tienen la fortuna de tener padres con ese profundo sentido común. Por eso, es responsabilidad de la sociedad brindar los medios a sus ciudadanos. En materia de diabetes, recibir información adecuada hace la diferencia entre una mejor y larga vida y el sufrimiento y la muerte temprana.

Es hora de decir ¡ya basta! a los estragos que causa la diabetes en las Américas. No debe seguir cada quien por su rumbo, haciendo esfuerzos bien intencionados y desgastantes estériles; es hora de sentar a la misma mesa a todos los comprometidos en lograr la Salud para Todos. La Declaración de las Américas es el resultado de reunir a todos los interesados en prevenir y mejorar la atención de la diabetes en el Continente Americano. La Federación Internacional de Diabetes siempre ha reconocido que lo que se haga o deje de hacer por la diabetes afecta tanto al que trabaja como al que vive con el problema. Por eso en San Juan, y desde varios años antes, se realizaron sesiones de discusión entre los representantes de todos los grupos interesados en el problema: médicos y otros profesionales de la salud, representantes de algunas Secretarías de Salud de las Américas, personas con diabetes y familiares y miembros de la industria

farmacéutica y de la OPS. Por lo tanto, el documento que se produjo es un consenso de ideas e intereses: en la Declaración de las Américas están los pensamientos de todas las personas comprometidas con el problema, desde Canadá hasta la Patagonia. La misión de esta Declaración es mejorar en la Región la salud de las personas con diabetes o en riesgo de contraerla para el año 2000 y posteriormente.

En 1996 se celebra el 75° aniversario del descubrimiento de la insulina por un destacado grupo médico canadiense. Sin embargo, aún hoy hay personas que mueren por falta de esta sustancia vital. En la Declaración de las Américas se estipula que los países deben velar por que la insulina esté al alcance de todas las personas que la requieren para vivir. Ningún país debería cobrar derechos de importación o impuestos por una hormona esencial para la vida, es como cobrar impuestos por el aire que se respira. Los países deben formular estrategias nacionales con metas, procedimientos y medición de resultados específicos y apropiados, así como establecer y llevar a la práctica un programa nacional contra la diabetes, con miras a reducir la morbilidad y mortalidad. El grupo que trabaje en la realización del programa nacional ha de estar integrado por médicos, personal de salud y personas aquejadas de diabetes. Son estas últimas quienes sufrirán las consecuencias de las decisiones tomadas; es de justicia permitirles su participación activa en lo que les afectará directamente.

En casi todos los Estados Miembros de la OPS funcionan asociaciones nacionales de diabetes. Estas organizaciones no gubernamentales y sin fines de lucro promueven un entorno favorable para las personas con diabetes, abogan por la equidad social,

apoyan y asesoran a los profesionales que atienden diabetes, forman conciencia pública sobre diabetes, favorecen diagnósticos tempranos y previenen su aparición. También es posible localizar en ellas a las personas afectadas por diabetes, con aptitudes y deseos de participar en forma voluntaria en el cambio que se requiere.

En todos los países los recursos para la salud son muy limitados. Sin embargo los gastos que se hagan en prevención primaria y secundaria en diabetes serán menores que los que se hacen cuando la enfermedad se complica. En nuestros países las hospitalizaciones, amputaciones, incapacidades, ceguera, diálisis, cardiopatías y muertes cuestan mucho dinero que se podría emplear para mejorar la salud.

Para un problema de salud crónico e incurable como la diabetes se requiere trabajar en forma conjunta. La Federación Internacional de Diabetes considera importantísima su relación con la Organización Panamericana de la Salud y con los gobiernos de sus Estados Miembros, porque sólo con estas alianzas se puede lograr una mejor y más larga vida para las personas con diabetes en las Américas. El compromiso de hoy es prevenir y mejorar la atención de la diabetes y desarrollar la estrategia mundial de salud para todos.

Mr. PREVISICH (Canada) commended PAHO for its commitment to the prevention and control of diabetes, a disease of public health, social, and economic importance as well as significant psychological impact. PAHO's work with IDF in developing the Declaration of the Americas on Diabetes was a good example of the kind of intersectoral collaboration necessary to achieve the goal of health for all.

Canada concurred with all the items of the strategic plan outlined in the Declaration. Diabetes was recognized as a national health priority in Canada, which was in the process of developing a national prevention and control strategy. The disease was a growing problem among the country's indigenous populations. To help raise awareness and build those populations' capacity to combat diabetes, Health Canada was collaborating with the National Aboriginal Diabetes Association, the Assembly of First Nations, and the Canadian Diabetes Association, and it had also supported the Third International Conference on Diabetes in Indigenous People, held in Canada in 1995. As PAHO had emphasized, health promotion to encourage lifestyle changes was key to combatting diabetes as well as many other diseases.

Collaborative efforts such as those mentioned above would help to reverse the upward trend of diabetes. His country believed that the allocation of PAHO resources to diabetes was money well spent. As 1996 was the 75th anniversary year of the discovery of insulin, it was a fitting time to renew commitment to developing effective strategies against diabetes, and his country looked forward to sharing expertise and working with other members countries toward that goal.

Hon. Theresa MOXEY-INGRAHAM (Bahamas) also congratulated PAHO for having decided in 1995 to adopt diabetes as a priority in its Noncommunicable Diseases Program and for having forged a partnership with the International Diabetes Federation.

Chronic noncommunicable diseases had emerged as major causes of death and disability in the Caribbean and many other countries, which were designing primary

prevention and control programs to address them. The current health reform processes provided an opportunity for health planners to initiate programs aimed at making diabetes control a priority.

In January 1996, the Bahamas had participated in a PAHO-sponsored subregional workshop in Barbados to develop guidelines for a prototype diabetes prevention and control program. The workshop's recommendations had been presented to and accepted by the CARICOM Ministers Responsible for Health at their meeting in July. The Bahamas remained committed to that process and supported the organization of national diabetes committees to build partnerships between ministries of health, NGOs, other civic organizations, and the private health sector. Strong health educational and promotional efforts were also essential.

Ms. VOGEL (United States of America) indicated her country's full support for the Declaration of the Americas and commended PAHO's recognition of the need for attention to noncommunicable diseases as well as communicable ones. As the wife of a person with type I diabetes, she could attest that the disease was a concern not only for the patient but for the entire family. Moreover, the case management principles that were important for the diabetes patient should also be part of the family's education, since the lifestyle modifications that were good for the diabetic—i.e., exercise, a low-fat diet, and moderation in alcohol intake—were also good for other family members.

She was glad that the Declaration acknowledged the importance of research and that emphasis should continue, particularly in regard to genetic issues and research

directed toward prevention. Recent research in the United States had shown that rigorous blood glucose monitoring resulted in fewer complications from diabetes. Those findings raised the issue of affordability of the products for blood glucose testing, which must be made accessible to the poor. It was important that all patients be able to manage their own cases independently and learn how to use the new kinds of insulin. In those respects, industry had an important role to play: in the United States, a major insulin producer was a sponsor of educational outreach programs, and efforts had been made to lower the cost of blood glucose monitoring equipment. Perhaps a regional process could be undertaken to make such products more readily available.

El Dr. INOSTROZA (Chile) también felicita a la OPS por sus políticas y programas de prevención y control de la diabetes en las Américas. Chile se complace de la formalización de las relaciones de la FID y la OPS, y las palabras de la presidenta de FID estimulan y reflejan la energía que se ha incorporado a la lucha contra la diabetes en las Américas. El desarrollo de políticas y programas orientados al control de la diabetes en la Región se enfrenta a una serie de dificultades y el Documento CD39/19 ilustra sobre las mismas, así como sobre la proyección de demanda que esto está originando en los servicios de salud de los países. A ese respecto Chile considera imperativo lo siguiente: 1) impulsar la estrategia de promoción de la salud, que requiere una decisión política sostenida en el tiempo y respaldada con los recursos financieros necesarios para lograr una movilización social en torno al tema de los estilos de vida saludables; 2) contar con la colaboración de otros actores sociales para lograr esa

movilización, formando coaliciones sociales entre los cuales destacan las asociaciones de diabéticos y las compañías farmacéuticas; 3) desarrollar estrategias de prevención específicas sobre los factores de riesgo de la diabetes no insulino-dependiente; 4) estimular y promover la formación de grupos de autocuidados; 5) desarrollar actividades de detección precoz en grupos de riesgos, orientadas a la prevención de complicaciones. (en Chile se ha puesto en marcha el examen de salud del adulto, orientado a la detección precoz de la diabetes y otras patologías); 6) desarrollar estrategias educativas para concientizar a los pacientes; 7) desarrollar programas integrales que consideren los aspectos promocionales, preventivos, curativos y de prevención secundaria y aseguren la coordinación interprogramática; 8) incentivar la formación de especialistas en diabetes, y 9) actualizar el nivel técnico de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, laboratorios, etc., y actualizar los arsenales terapéuticos y agilizar los sistemas de expendio de medicamentos.

Chile está dando un gran impulso a todo este conjunto de actividades.

El Dr. DOTRES (Cuba) dice que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que cada día cobra mayor importancia como causa de morbilidad y mortalidad en las Américas: se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países de la Región.

En Cuba, después de que se registró un incremento de la mortalidad por esta enfermedad a finales de los años ochenta, esta se estabilizó en el primer quinquenio de los noventa, aunque existió un pico en 1992 y en 1995. Al analizar las tasas

estandarizadas, la tendencia se ha estabilizado. El pico ha estado relacionado con la situación económica que ha tenido que enfrentar el país en estos últimos años, lo que ha limitado y dificultado la obtención de insulina, reactivos, y otros insumos.

El país cuenta con un programa nacional de lucha contra la diabetes, con una infraestructura de recursos humanos calificado desde la atención primaria hasta un instituto que es centro colaborador de la OMS. Existe además centros antidiabéticos, se trabaja en las escuelas, se trabaja en los campamentos con los niños para educarlos y existe una sociedad de pacientes diabéticos.

El orador destaca que es preciso contar con la voluntad política de los Gobiernos Miembros, que facilite además el enfoque multisectorial del problema de la diabetes. Por último, propone que en la página 3 del documento que se ha presentado se añada un punto referente a la necesidad de investigaciones operacionales, lo que en cada país redundaría en una mejor organización de los servicios de salud y de la atención integral a los pacientes diabéticos.

La Dra. MUÑIZ (México) también felicita a la OPS por haber designado a la diabetes como una de sus prioridades entre las enfermedades no transmisibles. Para México, la diabetes mellitus, es un problema de salud pública debida a su alta letalidad y al incremento constante de su incidencia. Su control, al igual que en el caso de hipertensión arterial, requiere la modificación de hábitos en la población e implica numerosas acciones. Se trata de detectar sistemática y oportunamente los casos en la población mayor de 25 años, estableciendo el manejo adecuado, limitando el daño a

órganos y tejidos y disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras. Asimismo, es preciso realizar acciones de promoción y educación para la salud tendientes a identificar y a controlar los factores de riesgo.

El programa de México propone la detección oportuna de diabetes mellitus a través de glicemias capilares, fortalecer la observación de la normatividad en diagnóstico, control y tratamiento a través de capacitación del personal de salud, y fundamentalmente la difusión de información que propicie la adopción de conductas saludables que influyan en la prevención del padecimiento.

El Dr. LÓPEZ (Honduras) desea unirse a las expresiones de congratulación a la OPS por haber incluido el tema de la diabetes en esta reunión del Consejo. Hace tiempo hubo una larga discusión en otro foro sobre las prioridades a atender por la OMS y por las Américas. Los extremos eran atender las enfermedades transmisibles, las enfermedades prevenibles en detrimento de las enfermedades crónicas y de las crónicas degenerativas, las cardiovasculares, las enfermedades de trabajo, etc. México sostuvo entonces que tanto unas como otras merecen la atención del mundo, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas.

Algunos conceptos de la magnífica exposición que hizo la Sra. de Alva valen no solamente para la diabetes sino para otras patologías.

Por otra parte, en este como en otros campos resalta la necesidad de la prevención y la promoción de la salud, la necesidad de hacer esfuerzos grandes en los países para

dedicar recursos humanos, financieros y de toda índole y hacer participar a la sociedad para hacer frente a los problemas. En Honduras recientemente se ha creado la filial de la FID para el país, y también hay una asociación de diabéticos que se ha venido reuniendo permanentemente por algunos años y que hace esfuerzos para ayudar a otros diabéticos.

El Dr. MONTIEL (Nicaragua) felicita tanto a la OPS como a la Sra. de Alva y deja constancia de la ayuda que hace unos años se recibió en Nicaragua a través de un gran amigo norteamericano de clase media, diabético desde su niñez, el Sr. Robert Greenberg, que fundó un programa que se llama "Insulina para la Vida" y que dió apoyo durante un par de años donando mensualmente 1.000 frascos de insulina para enfermos pobres diabéticos jubilados del seguro social. Al fallecer el Sr. Greenberg, se interrumpió la canalización de esa insulina. Se fundó entonces una fundación para enfermos crónicos, formada por médicos pobres para enfermos pobres, dada la necesidad de ayudar a esta gente, porque el Ministerio, era incapaz de hacer frente a los problemas de salud de estos pacientes. Ahora gracias al apoyo que está dando la OPS con cursos de capacitación, con entrenamiento, formación de clubes de diabéticos hipertensos, el único problema que existe es el de la compra de medicamentos para estos pacientes.

El Dr. GUTIÉRREZ (Venezuela) también se une a las voces de reconocimiento y agradecimiento a la OPS por haber tomado tanto interés en el tema de la diabetes y dice que le conmovieron las palabras de la Sra. de Alva, así como lo señalado por el

Dr. White. El orador señala que él es diabético, aunque todavía no insulino-dependiente, pero reconoce la importancia de que los pacientes tengan acceso a la insulina, que es un medicamento de alto costo. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela ha tomado la iniciativa de una ley que está ante el Congreso y ya fue aprobada por el Consejo de Ministros, que se llama Fondo Social para las Enfermedades de Alto Costo y de Alto Riesgo, entre las cuales figura la diabetes, los enfermos renales, los cancerosos, los epilépticos, los cardiovasculares, los hipertensos y los hemofílicos. Es casi seguro que el proyecto de ley va a ser aprobado por el Congreso de la República.

El Dr. PICO (Argentina) también felicita a la OPS por esta importante iniciativa, lo mismo que por el trabajo conjunto realizado con la Federación Internacional de Diabetes. Es evidente la importancia que tiene el control de las enfermedades crónicas en general y la diabetes en particular y es pertinente destacar la importancia de la asociación con determinadas instituciones en el logro de objetivos comunes de salud. En ese sentido destaca que en su país se ha creado oficialmente, como un órgano dentro del proceso de gestión, la Comisión Nacional para la Participación de las Organizaciones no Gubernamentales en los Programas de Promoción y Protección de la Salud, con lo que ya 160 instituciones están participando en el Programa Nacional de Garantía de Calidad Académicas, Científicas o Profesionales, así como también los organismos no gubernamentales. Para terminar, el orador felicita a la Sra. de Alva por el testimonio de su vida que dió, creó y que estimula a seguir trabajando para lograr que la salud para todos sea un hecho.

La Dra. MORENO (Panamá) se une a las felicitaciones a la OPS por incluir el tema de la diabetes en esta reunión y agradece a la Sra. de Alva el sentido testimonio de su vida como diabética. Los programas de prevención de la diabetes o de cualquier enfermedad crónica deben dirigirse a la toma de conciencia del que la padece y de su familia. Es sólo con este desarrollo del comportamiento humano que habrá éxito en la vida de los diabéticos y de otras enfermedades crónicas.

La Dra. GAMERO (El Salvador) felicita a la OPS y a la Federación Internacional de Diabetes por el trabajo en conjunto que están haciendo por combatir esta enfermedad que día a día ha ido aumentando en los países de la Región. En El Salvador el eminente endocrinólogo Dr. Roberto Cerritos ha formado una asociación de diabéticos que reúne no sólo a estos enfermos sino a sus familiares y les da capacitación y organiza seminarios de educación para mejorar los estilos de vida. También se complace del mensaje de la Sra. de Alva, porque sólo si los diabéticos están convencidos de la necesidad de mejorar su estilo de vida y si están capacitados y educados para mejorarlos, es que van a lograr salir adelante.

Dr. WHITE (PAHO) noted that many good points had been made during the Council's discussion. He had been particularly impressed by the idea that what was good for the person with diabetes was good for the family. That idea could be extended further, and it could be said that what was good for the person with diabetes was good not only for the family but for the community at large. Moreover, adopting a healthy

lifestyle would also help to forestall other noncommunicable diseases, because many of the risk factors for diabetes and its complications were also risk factors for a wide range of other diseases. Hence, taking on diabetes as a priority would enhance the Organization's efforts to address the problem of noncommunicable diseases as a whole.

The DIRECTOR said that the Secretariat accepted the recommendations presented by the representatives and would be happy to incorporate any additional suggestions into a plan of action.

*The session was suspended at 11:00 a.m. and resumed at 11:35 a.m.
Se suspende la sesión a las 11.00 a.m. y se reanuda a las 11.35 a.m.*

**CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION
CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTES DE
APROBACIÓN**

*Item 5.10: Tuberculosis in the Americas
Tema 5.10: Tuberculosis en las Américas*

El PRESIDENTE pide al Relator que dé lectura al proyecto de resolución sobre el tema:

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed Document CD39/20 on tuberculosis in the Americas;

Acknowledging the declaration by the World Health Organization that tuberculosis represents a global health emergency and the establishment by the World Health

Assembly of global control targets for the year 2000: cure of 85% of new sputum smear-positive cases detected and detection of 70% of these newly infectious cases;

Convinced that tuberculosis continues to pose a grave threat to the public's health and development in the Region;

Considering that conditions exist in many areas of the Region that have been shown to facilitate the resurgence of the disease and the emergence of drug resistance; and

Recognizing that the proven cost-effective tuberculosis control strategy, DOTS—"Directly Observed Treatment, Short-course"—has been successfully implemented in some countries in the Region, thereby providing powerful models for adaptation to other countries,

RESOLVES:

1. To urge Member Governments:
 - (a) To adopt the DOTS strategy and its five principal components of: government commitment to a tuberculosis program; case detection through predominantly passive case-finding; standardized and directly-observed short-course chemotherapy for all pulmonary smear-positive cases; regular drug supply; and a program monitoring and evaluation system;
 - (b) To evaluate tuberculosis control programs using the principal indicators of cure and case detection rates, in order to quickly identify and resolve problems as well as report on progress towards the year 2000 global tuberculosis control targets;
 - (c) To collaborate with each other in these activities;
 - (d) To promote the involvement of communities, local governments, nongovernmental organizations, and bilateral and multilateral institutions in these efforts.
2. To request the Director, as resources permit:
 - (a) To provide relevant technical information, training and tools for effective tuberculosis control to Member Governments, with particular attention to countries with moderate and high tuberculosis incidence;
 - (b) To provide technical cooperation in the creation and expansion of DOTS demonstration areas, with a focus on high-incidence countries;

- (c) To continue to build consensus and cooperation within and among countries for the control of tuberculosis by fostering the development of advisory groups, organizing meetings, supporting intercountry visits and operational research, and advocating for efficient and effective investment in control programs.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe "Tuberculosis en las Américas" (documento CD39/20);

Reconociendo que la Organización Mundial de la Salud ha declarado que la tuberculosis representa una emergencia sanitaria mundial, y que la Asamblea Mundial de la Salud ha establecido dos metas mundiales para el control de esta enfermedad para el año 2000: curar el 85 % de los casos con baciloscopia de esputo positiva y detectar el 70 % de los casos infecciosos nuevos;

Convencida de que la tuberculosis sigue planteando una grave amenaza para la salud pública y el desarrollo en la Región;

Considerando que en muchas partes de la Región prevalecen condiciones que facilitan el resurgimiento de la enfermedad y la aparición de la farmacorresistencia; y

Reconociendo que la estrategia de control de la tuberculosis conocida como tratamiento acortado directamente observado (DOTS, por la sigla en inglés), de eficacia comprobada y eficaz en función de los costos, se ha aplicado con buenos resultados en algunos países de la Región, los cuales pueden ser modelos a seguir para adaptar su experiencia a otros países,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que adopten la estrategia de DOTS y sus cinco componentes principales: el compromiso del gobierno con un programa contra la tuberculosis; la detección de casos mediante la localización de casos predominantemente pasiva; el tratamiento acortado directamente observado y estandarizado de todos los casos con baciloscopia positiva; el abastecimiento regular de medicamentos; y un sistema de seguimiento y evaluación del programa;
 - b) A que evalúen los programas de control de la tuberculosis, utilizando para el efecto los principales indicadores de curación y las tasas de detección de casos,

a fin de identificar y resolver rápidamente los problemas así como informar sobre los progresos logrados en la consecución de las metas mundiales de control de la tuberculosis para el año 2000;

- c) A que colaboren entre ellos en estas actividades;
 - d) A que promuevan la participación en ellas de las comunidades, las autoridades locales, las organizaciones no gubernamentales, y las instituciones bilaterales y multilaterales.
2. Pedir al Director, en la medida que lo permitan los recursos:
- a) Que facilite a los Gobiernos Miembros información técnica, adiestramiento e instrumentos pertinentes para el control eficaz de la tuberculosis, prestando especial atención a los países con incidencia mediana y alta de la enfermedad;
 - b) Que preste cooperación técnica para establecer y ampliar zonas de demostración del DOTS, prestando especial atención a los países con incidencia alta de la enfermedad;
 - c) A que siga formando consenso y aumentando la cooperación en materia de control de la tuberculosis dentro de los países y entre estos, mediante el fomento a la formación de grupos consultivos, la organización de reuniones, el apoyo de las visitas y la investigación operativa entre países, y la promoción de inversiones eficientes y eficaces en los programas de control.

El Dr. DOTRES (Cuba) solicita que al final de la parte resolutive del proyecto leído por el Relator, como punto 2 d), se añada: "Que continúe prestando atención y estimulando a la comunidad científica de los países para la obtención de nuevas y mejores vacunas contra la tuberculosis".

La Dra. NUNES (Brasil), hablando en español, apoya la propuesta de Cuba, que considera muy importante para el desarrollo de nuevas vacunas.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.6: *Aedes aegypti*

Tema 5.6: *Aedes aegypti*

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução apresentado pelo Comitê

Executivo:

RESOLVES:

1. To urge Member Governments:
 - (a) To collaborate in the development of a hemispheric plan that supports from a public health and environmental perspective (in particular the areas of water and garbage) the combating of *Aedes aegypti* as a public health problem;
 - (b) To use mass communication to inform and educate the population and strengthen community participation in integrated vector combat activities;
 - (c) To promote epidemiological, entomological, and environmental surveillance and strengthen national laboratories to enable them to participate effectively.
2. To request the Director, as resources permit:
 - (a) To review, in cooperation with relevant Member Governments, current programs to determine the effectiveness of different approaches, from a public health perspective, in combating *Aedes aegypti* as a public health problem;
 - (b) To support the improvement of national and regional surveillance, and to facilitate the implementation of integrated combat measures;
 - (c) To cooperate in the preparation and implementation of national plans to combat *Aedes aegypti*.
 - (d) To build consensus and cooperation among countries to address the threats of dengue and yellow fever.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento "Estudio sobre la factibilidad de la erradicación de *Aedes aegypti*" (Documento CD39/16);

Considerando la creciente incidencia de dengue y dengue hemorrágico en la Región de las Américas, así como el peligro potencial de reaparición de la fiebre amarilla urbana;

Reconociendo la importancia que estas enfermedades tienen para la salud pública en la Región y la influencia que las mismas ejercen sobre las economías del continente, y

Tomando en consideración el informe del grupo de estudio constituido para establecer la factibilidad, oportunidad y conveniencia de elaborar un plan continental para la erradicación de *Aedes aegypti*,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que colaboren en la elaboración de un plan continental que apoye, desde las perspectivas de salud pública y ambiental (en particular las áreas de agua y basura), el combate de *Aedes aegypti* como problema de salud pública;
 - b) A que utilicen los medios de comunicación para informar y educar a la población y para reforzar la participación comunitaria en las actividades integradas de combate del vector;
 - c) A que fomenten la vigilancia epidemiológica, entomológica y ambiental y fortalezcan los laboratorios nacionales para que puedan participar eficazmente.
2. Solicitar al Director, en la medida que lo permitan los recursos disponibles:
 - a) Que revise, en colaboración con los Gobiernos Miembros que corresponda, los programas actuales para determinar la eficacia, desde el punto de vista de la salud pública, de diferentes enfoques para combatir *Aedes aegypti* como problema de salud pública;
 - b) Que apoye el mejoramiento de la vigilancia nacional y regional, y que facilite la aplicación de enfoques integrados;

- c) Que coopere en la elaboración y la ejecución de planes nacionales para combatir *Aedes aegypti*;
- d) Que obtenga el consenso y la cooperación entre los países para afrontar las amenazas que plantean el dengue y la fiebre amarilla.

O RELATOR leu a seguir a proposta de emenda da Delegação do Brasil ao projeto de resolução apresentado pelo Comitê Executivo:

RESOLVES:

1. To urge Member Governments:
 - (a) To collaborate in the definition of the general guidelines for a hemispheric plan to expand and intensify efforts to combat *Aedes aegypti* with a view to its eradication in the Americas;
 - (b) To prepare national plans to expand and intensify efforts to combat *Aedes aegypti* with a view to its eradication in the Americas;
 - (c) To utilize the mass media to inform and educate the population and strengthen community participation in the integrated activities to combat the vector;
 - (d) To promote epidemiological, entomological, and environmental surveillance;
 - (e) To strengthen national laboratories so that they can support the hemispheric plan.
2. To request the Director:
 - (a) To form a task force of professionals from the member countries and the Secretariat to define the general guidelines for the hemispheric plan;
 - (b) To support, advise, and cooperate with the member countries in the preparation and execution of their respective national plans;
 - (c) To present, at the next meeting of the Directing Council, an assessment of the epidemiological situation of dengue, dengue hemorrhagic fever, and yellow fever in the Hemisphere, as well as a progress report on the implementation of the hemispheric plan;

- (d) To make concrete efforts to obtain external resources to support the countries in the execution of the hemispheric plan;
- (e) To promote and support technical cooperation among the countries in the development of the national plans that comprise the hemispheric plan.

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que colaboren en la definición de las directrices generales para la elaboración de un plan continental de ampliación e intensificación del combate de *Aedes aegypti* con miras a su erradicación de las Américas;
 - b) A que elaboren planes nacionales de ampliación e intensificación del combate de *Aedes aegypti*, con miras a su erradicación de las Américas;
 - c) A que utilicen los medios de comunicación social para informar y educar a la población y reforzar la participación comunitaria en las actividades integradas de combate del vector;
 - d) A que fomenten la vigilancia epidemiológica, entomológica y ambiental;
 - e) A que fortalezcan los laboratorios nacionales para que puedan apoyar el plan continental.
2. Solicitar al Director:
 - a) Que establezca un grupo de trabajo integrado por profesionales de los países miembros y de la Secretaría, con el propósito de definir las directrices generales del plan continental;
 - b) Que apoye y asesore a los países miembros y coopere con ellos en la elaboración y ejecución de los planes nacionales correspondientes;
 - c) Que presente, en la próxima reunión del Consejo Directivo, un informe sobre la situación epidemiológica del dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla en el continente, así como una evaluación sobre el estado de avance en la ejecución del plan continental;
 - d) Que lleve a cabo esfuerzos especiales a objeto de obtener recursos externos para apoyar a los países en la ejecución del plan continental;

- e) Que fomente y apoye la cooperación técnica entre los países para la formulación de los planes nacionales que formarán parte del plan continental.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that her delegation sincerely appreciated the consensus-building effort that had gone into the formulation of the amended resolution proposed by Brazil. In the interest of greater clarity, the United States wished to proposed the following minor changes in wording:

In operative paragraph 1(a), to add the word "eventual" before the word "eradication" and the words "through persistent country-level efforts" after the word "Americas," so that the paragraph would read: "To collaborate in the definition of the general guidelines for a hemispheric plan to expand and intensify efforts to combat *Aedes aegypti* with a view to its eventual eradication in the Americas through persistent country-level efforts."

In operative paragraph 1(b), also, to add the word "eventual" before the word "eradication," so that the paragraph would read: "To prepare national plans to expand and intensify efforts to combat *Aedes aegypti* with a view to its eventual eradication in the Americas."

In operative paragraph 2(d), to add the words "based on national plans of action" after the word "plan," so that the paragraph would read: "To make concrete efforts to obtain external resources to support the countries in the execution of the hemispheric plan, based on national plans of action."

The DIRECTOR, referring to operative paragraph 2 of the resolution, proposed that the phrase "as resources permit" be inserted immediately after the words "To request the Director." In regard to operative paragraph 2(a), he felt that the expression "to define the general guidelines for the hemispheric plan" was too vague and did not actually call for the formulation of a plan. Moreover, the words "and the Secretariat" were unnecessary, since the Secretariat would obviously be involved in drawing up the plan. Accordingly, he suggested that the wording be changed to the following: "To form a task force of professionals from the member countries to develop the hemispheric plan."

With respect to operative paragraph 2(c), he pointed out that it had been standard practice in meetings of the Directing Council not to try to define the agenda for the next meeting of the Council. Moreover, it might be difficult to show significant progress in implementation of the plan by the Council's next meeting. Therefore, he proposed that the expression "at the next meeting of the Directing Council" be changed to read "at a future meeting of the Directing Council." He also suggested that the word "concrete" be eliminated from operative paragraph 2(d), since efforts were, by definition, concrete.

Finally, he emphasized the importance, for the countries and the Secretariat alike, of having a clear understanding of the commitment and responsibilities that the adoption of a hemispheric plan would entail.

La Dra. NUNES (Brasil), hablando en español, dice que si bien no comparte totalmente los criterios sustentados por la representante de los Estados Unidos de

América y el Director, en los que se refiere a los puntos 1 a) y 2 c) de la parte resolutive del proyecto enmendado que se examina, acepta sus puntos de vista par no romper el consenso que parece haberse logrado.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) respalda las consideraciones de la Representante del Brasil y manifiesta que hubiera preferido que se mantuviese la redacción original del punto 2 c) de la parte resolutive del proyecto enmendado que presentó la delegación de dicho país pues entiende que es imprescindible presentar informes frecuentes, por lo menos anuales, sobre problemas tan graves como los que entrañan el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla para la Región.

El PRESIDENTE opina que los Representantes de Brasil y Costa Rica coinciden en última instancia con las sugerencias formuladas por el Director y solicita del Relator que reitere y sintetice las propuestas formuladas por los distintos oradores que se han referido al tema que examina.

The RAPPORTEUR read out the operative part of the resolution, with the proposed amendments.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) entiende que se debe eliminar la frase "hasta donde lo permitan los recursos" que el Director ha sugerido que se añada después de "Solicitar al Director", en el encabezamiento del punto 2 de la parte resolutive del proyecto en consideración, pues es una clara redundancia. Todo se hace tan solo hasta

donde los recursos lo permiten. Por otra parte, insite en la conveniencia de que en el punto 2 c) se mantenga la redacción original y se diga "en la próxima reunión del Consejo Directivo".

The DIRECTOR said that it was customary in any organization to ask that additional activities be carried out within the limitations of existing resources. With regard to the presentation of a progress report, he pointed out that, from a practical standpoint, it might not be feasible to present a report by September 1997. It might be found that by April or May 1997, when the report would have to be prepared, little concrete progress had been made at the national level, so that there would be little information to transmit to the Directing Council. If the Secretariat found that, in fact, significant progress had been made, then it would present a report. He had suggested that the wording be changed mainly as a matter of practicality. Moreover, he did not want to set a precedent of establishing agenda items for the Directing Council a year in advance, as that had not been the past practice within the Organization.

La Dra. NUNES (Brasil), hablando en español, dice que no quiere insistir con sus puntos de vista para no quebrar el consenso logrado, pero que concuerda con el Representante de Costa Rica. Al respecto aclara que lo importante es que, de la misma manera que el nombre del Dr. Ciro de Quadros llegó a identificarse con la erradicación de la poliomielitis, aparezca ahora en la OPS alguien que se responsabilice en primer

término de la lucha contra el dengue, de manera que la Organización quede comprometida con la solución de este problema de una manera más formal y concreta.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) dice que hay olvidarse un poco de lo convencional, de lo diplomático e ir más a lo práctico. Recuerda, sin ir más lejos, que en la presente reunión del Consejo Directivo todos los representantes —entre los que se incluye y a quienes de ninguna manera pretende incomodar— se han dado el gusto de hablar de cosas muy bellas y de grandes éxitos, pero en ningún caso se han referido a los fracasos que normal y lógicamente tiene que haber. El reconocimiento de un error o un contratiempo es también un avance. Por eso, si en el curso de un año no se logran progresos en la lucha contra el dengue, por ejemplo, habrá que reconocerlo, y procurar que no vuelva a ocurrir.

The DIRECTOR stressed that his reluctance to commit to a firm date for the presentation of a report was in no way indicative of a lack of commitment on the Organization's part to working with the countries to implement the hemispheric plan. PAHO would provide technical cooperation for that purpose, regardless of whether or not a progress report was presented at the next meeting of the Directing Council. He reiterated that his main concern was practicality and assured the delegations that if sufficient information was available to warrant the presentation of a progress report at the next Directing Council, the Secretariat would present one.

Mr. AISTON (Canada) said there appeared to be a conflict between the desire for practicality and the desire to see real progress on the issue. That conflict might be resolved by wording operative paragraph 2(c) as follows: "To present to the Directing Council, at the earliest opportunity, an assessment of the epidemiological situation of dengue, dengue hemorrhagic fever, and yellow fever in the hemisphere, as well as a progress report on the implementation of the hemispheric plan." That wording would reflect the sense of urgency but still leave the Secretariat some flexibility in carrying out the work.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) adhiere a la propuesta del Representante de Canadá, en el convencimiento de que "tan pronto como sea posible" quiere decir "no después de la próxima reunión del Consejo Directivo".

El PRESIDENTE señala que la responsabilidad de trabajar en pro del bienestar y la salud de los pueblos de las Américas entraña la necesidad de actuar lo antes posible. Entiende que se ha agotado el debate y que el Consejo aprueba el proyecto de resolución en examen con las enmiendas indicadas por el Relator.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.9: Diabetes in the Americas

Tema 5.9: Diabetes en las Américas

O RELATOR leu o seguinte projeto de resolução:

THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having reviewed Document CD39/19, which addresses the growing importance of diabetes in the burden of disease in the Americas;

Noting that promotion of healthy diets and regular exercise can reduce the incidence of non-insulin-dependent diabetes, and that improved quality of care, including patient education, will reduce the incidence of complications among all persons with diabetes;

Recognizing, as a fundamental principle of diabetes care, that insulin must be available for all persons in need;

Recognizing, also, that persons with diabetes, despite their abilities, sometimes suffer from discrimination in employment; and

Noting with appreciation the new relationship between PAHO and the International Diabetes Federation (Resolution CE118.R8) to develop joint technical cooperation, and the successful formulation of a Declaration of the Americas on Diabetes as the first product of this partnership,

RESOLVES:

1. To urge Member States:
 - (a) To recognize that diabetes is a health problem of increasing regional importance;
 - (b) To adopt the Declaration of the Americas on Diabetes as a guide for national program development.
2. To urge the participation of all partners in the mobilization of resources, in addition to training, research, dissemination of information, and direct technical cooperation within and among Member States.
3. To recommend to the Director that PAHO continue strengthening its collaboration with diabetes associations and other nongovernmental organizations, promote an integrated approach to noncommunicable diseases within which diabetes would be addressed, and support the development of national diabetes programs.

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado y debatido el documento CD39/19, que aborda la importancia cada vez mayor de la diabetes como parte de la carga de morbilidad en las Américas;

Teniendo en cuenta que la promoción de un régimen alimentario saludable y el ejercicio regular puede reducir la incidencia de diabetes no dependiente de la insulina, y que una mejor calidad de la atención, incluida la educación de los pacientes, reducirá la incidencia de complicaciones en todas las personas con diabetes;

Reconociendo, como un principio fundamental de la atención de la diabetes, que la insulina debe estar al alcance de todas las personas que la necesitan;

Reconociendo, además, que las personas con diabetes, a pesar de su capacidad, a veces sufren discriminación en el empleo, y

Tomando nota con satisfacción de la nueva relación establecida entre la OPS y la Federación Internacional de la Diabetes (resolución CE118.R8) para prestar cooperación técnica conjunta, y la formulación satisfactoria de la Declaración de las Américas sobre la Diabetes como el primer fruto de esta asociación,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) A que reconozcan que la diabetes es un problema de salud cada vez más importante en la Región;
 - b) A que adopten la Declaración de las Américas sobre la Diabetes como guía para la elaboración de programas nacionales.
2. Exhortar a todos los socios a que participen en la movilización de recursos, además del adiestramiento, la investigación, la difusión de información y la cooperación técnica directa en los Estados Miembros y de estos entre sí.
3. Recomendar al Director que la OPS siga fortaleciendo su colaboración con las asociaciones de lucha contra la diabetes y otras organizaciones no gubernamentales, promueva un enfoque integrado de control de las enfermedades no transmisibles dentro del que pueda abordarse la diabetes y apoye la elaboración de programas nacionales contra la diabetes.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

**ITEM 7.1: RESOLUTIONS AND OTHER ACTIONS OF THE FORTY-NINTH
WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL
COMMITTEE**

**TEMA 7.1: RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 49ª. ASAMBLEA
MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL COMITÉ
REGIONAL**

La Dra. GAMERO (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la 118ª Reunión del Comité Ejecutivo, en junio de 1996, el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la OPS, reseñó varias de las 29 resoluciones aprobadas por la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1996, que tenían pertinencia específica para la Región de las Américas. Varias de ellas abordaban asuntos tratados por el Comité Ejecutivo en esa Reunión, incluidas las resoluciones WHA49.25 sobre la prevención de la violencia, WHA49.27 sobre el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y el WHA49.9 sobre empleo y participación de las mujeres en las actividades de la OMS.

En cuanto a la resolución WHA49.11, enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, programa especial sobre el paludismo, el Dr. Brandling-Bennett destacó que la Región de las Américas ha estado a la vanguardia de los esfuerzos para diseñar y ejecutar la estrategia mundial de lucha contra el paludismo, aunque ésta sigue siendo una de las enfermedades reemergentes más importantes de la Región. Dijo al Comité que la resolución WHA49.14, sobre la estrategia revisada en materia de

medicamentos de la OMS, había sido una de las que más desacuerdo había suscitado debido a las inquietudes acerca de la posible repercusión de las normas de la OMS sobre las donaciones de medicamentos y la complejidad inherente a la fijación de precio de los medicamentos. La mayoría de esas inquietudes, aparentemente, se habían resuelto mediante las conversaciones que se sostuvieron antes de la Asamblea con organizaciones no gubernamentales y representantes de los laboratorios farmacéuticos. Aun así, los Gobiernos Miembros en las Américas tal vez deseen sopesar la factibilidad de aplicar las normas en la Región, teniendo presente su posible repercusión sobre las donaciones de medicamentos.

El Dr. Brandling-Bennett señaló así mismo que la iniciativa emprendida en 1992 por la OPS para mejorar la salud de los pueblos indígenas en las Américas, es plenamente compatible con la resolución WHA49.26, sobre la elaboración de un programa de acción para el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. También informó que el 1 de mayo de 1996, el Director de la OPS firmó un convenio con el Parlamento Indígena de las Américas para promover medidas legislativas y normativas enderezadas a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Además la Organización ha solicitado al BID apoyo financiero para la iniciativa.

La Secretaría apoya firmemente los esfuerzos para reducir el consumo de tabaco en la Región y, en consecuencia, recibió con beneplácito la iniciativa de elaborar una convención-marco internacional para la lucha antitabáquica, tal como se promueve en la

resolución WHA49.17. El Dr. Brandling-Bennett dijo también que la Secretaría está muy complacida con la decisión de la Asamblea de recomendar que se destruyeran las reservas restantes de virus variólicos. En el debate del Comité en torno a este tema, la aprobación de la resolución sobre la lucha antitabáquica se consideró como un logro digno de mención; se señaló que los Gobiernos de la Región habían apoyado la resolución por unanimidad. Un representante añadió que el Gobierno de Jamaica merecía reconocimiento especial por haber adoptado una postura a favor de la lucha antitabáquica, a pesar de que Jamaica es un país productor de tabaco. El Gobierno de Francia también fue elogiado por el apoyo que dio a la resolución, a pesar de que el apoyo no fue unánime en la Región de Europa.

Con respecto a la resolución sobre la prevención de la violencia, se sugirió que la OPS, con su experiencia en esta área, podría hacer aportes valiosos a las actividades de la OMS para caracterizar el problema y formular un plan de acción que tuviese en cuenta un enfoque de salud pública para la prevención de la violencia. Varios representantes observaron que la duración de las reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud se había acortado considerablemente gracias, en gran parte, al ejemplo que ha dado la OPS al abreviar sus reuniones, y elogiaron a la OPS por demostrar que el trabajo de la Organización puede realizarse de manera más eficiente. El Comité Ejecutivo no estimó necesario aprobar una resolución sobre este tema.

El PRESIDENTE dice que, al no haber observaciones sobre el tema, da por terminado el debate. La presentación del informe quedará reflejada en el acta correspondiente.

**CLOSING OF THE XXXIX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL
CLAUSURA DE LA XXXIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO**

The DIRECTOR thanked the President for his able and efficient leadership in conducting the meeting. He also thanked the delegates for their valuable contributions to the work of the Organization. In reflecting on the matters considered by the Council, one item stood out in his mind—the item on diabetes. The idea that persons with diabetes could be agents of change had impressed him profoundly. That idea could carry over to other diseases and health problems with which the Organization was concerned, and the persons affected by those problems could be enlisted as allies in the Organization's efforts.

He encouraged the delegates to communicate to the Secretariat any concrete suggestions they might have with regard to how the productivity of meetings of the Governing Bodies might be enhanced, noting that productivity was measured by the extent to which the decisions taken were applied in the countries to improve the health of the people of the Americas and to promote equity. In that regard, the issue of equity had been repeatedly emphasized during the meeting, and he had been especially pleased that the delegates had recognized that the quest for equity would underlie much of what the Organization would do in the future.

La Dra. NUNES (Brasil), hablando en español, agradece a los representantes por la paciencia con que escucharon las argumentaciones expuestas por su representación y el consiguiente apoyo brindado a su país.

El PRESIDENTE manifiesta que se siente honrado por haber sido elegido para presidir la última parte de la Reunión y reitera su convencimiento de que, en las Américas, que son el continente de la esperanza, los problemas de la salud tienen garantizada su progresiva solución gracias a la buena voluntad y la comprensión de todos sus representantes.

*The President declared the XXXIX Meeting of the Directing Council closed.
El Presidente declara clausurada la XXXIX Reunión del Consejo Directivo.*

*The session rose at 12:35 p.m.
Se levanta la sesión a las 12.35 p.m.*