



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE 50th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., 21-25 September 1998

CSP25/SR/4
22 September 1998
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FOURTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA CUARTA REUNIÓN

Tuesday, 22 September 1998, at 2:30 p.m.
Martes, 22 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m..

<i>President:</i>		
<i>Presidente:</i>	Mr. Branford Goddard	Barbados
<i>Later:</i>	Dr. Elizabeth Thompson	Barbados
<i>Después:</i>	Dr. Alberto Mazza	Argentina

Contents *Contenido*

Item 4.4: Health Impact of the Southern Oscillation (El Niño)
Punto 4.4: Repercusiones sanitarias de la Oscilación del Sur (El Niño)

(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. Delegates are requested to notify Conference Document Center (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 31 October 1998. The final text will be published in the *Proceedings* of the Conference.

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 Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación 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 31 de octubre de 1998. El texto definitivo se publicará en las *Actas* de la Conferencia.

CONTENTS (*cont.*)
CONTENIDO (*cont.*)

Item 4.6: Health of Older Persons

Punto 4.6: Salud de las personas de edad

Item 7.1: Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1998:
Presentation of the Award

Punto 7.1: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1998: Entrega del
Premio

*The meeting was called to order at 2:35 p.m.
Se abre la sesión a las 2.35 p.m.*

ITEM 4.4: HEALTH IMPACT OF THE SOUTHERN OSCILLATION (EL NIÑO)
TEMA 4.4: REPERCUSIONES SANITARIAS DE LA OSCILACIÓN DEL SUR
(EL NIÑO)

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) reported that the Executive Committee, at its 122nd Session, had discussed the health impact of the climatological phenomenon known as the Southern Oscillation, or El Niño. Dr. Roberto Chuit, Regional Adviser on Communicable Diseases had outlined some of the actions that PAHO had taken in response to Resolution CD40.R13 to help the countries mitigate the possible health consequences of the El Niño phenomenon in 1997 and 1998. To assess the potential for increased transmission of infectious diseases as a result of El Niño, the Secretariat had reviewed data on disease transmission patterns associated with previous El Niño phenomena. However, their review had failed to reveal any conclusive evidence linking El Niño to increased transmission of several tracer diseases, including malaria, dengue, cholera, leptospirosis, and hantavirus.

On the other hand, there was ample evidence that the phenomenon had caused considerable environmental, economic, and infrastructure damage, which in turn had affected health conditions and mortality rates in the countries. Heavy rainfall and flooding associated with El Niño had claimed lives and destroyed or damaged homes, roads, drainage systems, sanitation and energy services, as well as the physical infrastructure of

health services. Places in which the El Niño phenomenon had led to drought had suffered crop losses and severe depletion of water supplies. Hence, while no direct correlation had been found between El Niño and increased transmission of infectious disease, the meteorological changes and environmental impacts of the phenomenon had definitely had consequences for health in the Region.

Also at the Executive Committee's 122nd Session, Dr. Hugo Prado, PAHO Program on Emergency Preparedness and Disaster Relief, had provided more specific information on some of the activities carried out by the Organization and the countries in the area of disaster prevention and mitigation and summed up the lessons that had been learned from the experience. Because the effects of El Niño had lasted much longer than expected, the health sector and other sectors had been obliged to respond on an ongoing basis over an extended period. That situation had pointed up the need for interdisciplinary, multisectoral emergency systems capable of providing a sustained response, as well as continual revision of emergency preparedness and disaster mitigation plans. Dr. Prado had also reported that PAHO was compiling technical reports from the countries for a regional publication on the experience and knowledge gained from the 1997-1998 El Niño phenomenon.

The Executive Committee had applauded the quality and sound scientific basis of the document. The consensus had been that, although few direct links had been found between El Niño and disease patterns and transmission rates, the effects of El Niño were part of the broader phenomenon of climate change, which had undeniable health

implications. The Committee had agreed on the need to put in place early warning and disaster preparedness measures in order to mitigate the effects of climate change. The Committee had adopted Resolution CE122.R11, which was reproduced in the document before the Conference.

El Dr. RODAS (Ecuador) dice que, aunque en el documento relativo a este punto se afirma que no se ha comprobado una relación directa entre el fenómeno de El Niño y el aumento o disminución de la transmisión de enfermedades infecciosas, en el gráfico de la página 14 se advierte un claro paralelismo entre las apariciones de dicho fenómeno y algunos brotes de malaria en el Ecuador. Esto se aplica en particular a los años 1986 y 1992, y en 1992 la coincidencia no es exacta. En 1998, aunque el pico de la curva no ha sido tan alto como en ocasiones anteriores, se han notificado hasta la fecha 20.000 casos de malaria, lo que indica un nuevo ascenso.

En general, la aparición del fenómeno de El Niño correspondiente a 1997-1998 quizás haya sido la peor del siglo en el Ecuador, pues afectó al 60% de la población (7 millones de personas) y al 40% del territorio nacional. Hubo 287 muertos y 88.000 damnificados; resultaron dañadas 15.000 viviendas y se produjo una gran destrucción de caminos y de toda la infraestructura del Ministerio de Salud.

El orador opina que se debe combatir la falta de previsión frente a los desastres naturales y que la colaboración entre países debería orientarse hacia la adopción de medidas preventivas conjuntas. Cree además que llegada la hora de la reconstrucción, es

necesario evitar que el exceso de autocompasión convierta a todo el mundo en damnificado y que, por lo tanto, se espere recibir ayuda gubernamental o internacional de manera permanente. Habría que fomentar una actitud dinámica entre las autoridades y la población, para tratar de convertir la tragedia en fortaleza, de manera que no se reconstruya para volver a la situación anterior sino para mejorarla.

El Sr. MARTÍNEZ (Observador, Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental) destaca el apoyo brindado por la OPS a las organizaciones no gubernamentales que desarrollan actividades relacionadas con la salud y el ambiente. Explica que la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) es una organización no gubernamental que participa en 32 países y congrega a 30.000 profesionales de distintas disciplinas; su objetivo primordial es el desarrollo de la ingeniería sanitaria y las ciencias del ambiente. Al igual que la OMS, fue fundada en 1948 y en su medio siglo de existencia ha participado con la OPS y los países en tres niveles de colaboración horizontal. Primero, sirviendo como eslabón entre las instituciones gubernamentales en el nivel nacional; segundo, fomentando la elaboración de programas ambientales y sanitarios entre países en el nivel regional; y tercero, integrando las aportaciones de cada país en sus congresos interamericanos, lo que sería el nivel continental. Precisamente, el 26.º Congreso Interamericano de la AIDIS se realizará del 1 al 5 de noviembre de 1998 en Lima y está previsto examinar ampliamente el tema del fenómeno de El Niño, sus consecuencias, la manera de mitigar sus efectos y los programas

de prevención que podrían adoptar los países. Por último, manifiesta que la AIDIS seguirá apoyando a la OPS en todos sus programas encaminados a mejorar la salud y el bienestar de los habitantes del continente.

El Dr. CHUIT (OPS) dice que es verdad que en el caso del Ecuador se observan algunas coincidencias temporales, pero en general resulta difícil demostrar la existencia de una relación directa entre un fenómeno climático y el aumento de algunas enfermedades. Menciona que el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS está recopilando todos los datos relativos al fenómeno de El Niño correspondientes a 1997-1998, para generar una base de datos institucional y, a partir de allí, tratar de ahondar en el estudio de la posible relación existente entre las enfermedades transmisibles y los fenómenos climáticos. También se ha creado una red de estaciones centinelas para la vigilancia de estas situaciones.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution.

El RELATOR dice que en el documento CSP25/10 figura el siguiente proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking note of the grave impact of El Niño 1997–1998 on the health and economy of the entire Region of the Americas;

Having seen Document CSP25/10 on El Niño and its impact on health, presented by the Director;

Concerned about the vulnerability of the health sector to events resulting from this phenomenon;

Recognizing the importance of the measures adopted by several countries to strengthen their systems for epidemiological surveillance, basic sanitation, and communicable disease control;

Convinced that the damage to the infrastructure of the sector, including health facilities, water and sanitation systems, and other vital services, can be minimized for future catastrophic events and that greater efforts should therefore be made by the Member States in this regard;

Recalling Resolutions CD24.R10 (1976), CD26.R36 (1979), CD27.R40 (1980), CD32.R10 (1987), and CD40.R13 (1997) of the Directing Council, mandating that PAHO provide technical cooperation on disaster preparedness in matters related to health and, specifically, that it continue this cooperation designed to prepare the sector to deal with the disasters caused by El Niño; and

Taking into account Resolution AG/RES.1584, "Special Program of Support to Countries affected by El Nino," adopted by the XXVIII regular session of the General Assembly of the Organization of American States, urging the member states and the organs and agencies of the inter-American system (in particular the Inter-American Development Bank, the Inter-American Institute for Cooperation in Agriculture, and the Pan American Health Organization), as well as the nongovernmental organizations that are pursuing similar aims, to intensify, within the framework of the International Decade for Natural Disaster Reduction, their cooperation with efforts aimed at preventing, reducing, and repairing the effects of El Nino,

RESOLVES:

1. To invite the Member States to review and update their emergency health plans, using as a foundation the lessons learned from the disasters caused by El Niño 1997–1998.
2. To urge the Member States that had developed disaster preparedness and mitigation programs prior to the disasters caused by El Niño to strengthen these programs, maintaining a comprehensive vision that encompasses all types of risks.
3. To request the Member States that still have not done so to:
 - (a) develop disaster mitigation programs that, in keeping with the recommendations of the International Conference on Disaster Mitigation in Health Facilities held in

- Mexico in 1996, include aspects of design and structural and nonstructural reinforcement and maintenance of health facilities, water and sanitation systems, and other vital services;
- (b) strengthen their programs for preparedness in any emergency, placing multidisciplinary emphasis on epidemiological surveillance, disease control, environmental quality, environmental sanitation, and vector control, as well as on disaster preparedness in hospitals and communities;
 - (c) support data collection and medium- and long-term research projects in order to determine with greater certainty the impact of El Niño on human health.
4. To request the Director to:
- (a) strengthen technical cooperation with the Member States for the development of policies and programs geared toward upgrading the sanitary structure for the prevention and mitigation of damages caused by disasters;
 - (b) promote regional and country efforts to ensure the creation of an institutional memory with respect to El Niño 1997-1998, as well as epidemiological surveillance and research studies that lead to a better understanding of the impact of this phenomenon.

LA 25.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Tomando nota de las graves consecuencias provocadas por el fenómeno de El Niño 1997–1998 sobre la salud y la economía de toda la Región de las Américas;

Visto el documento CSP25/10 presentado por el Director sobre las consecuencias del fenómeno de El Niño sobre la salud;

Preocupada por la vulnerabilidad del sector de la salud frente a los eventos originados por dicho fenómeno;

Reconociendo la importancia de las medidas de reforzamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y control de enfermedades transmisibles hechas por varios países;

Convencida de que los daños sobre la infraestructura del sector, tanto en instalaciones de salud como en los sistemas de agua, alcantarillado y otras líneas vitales,

pueden ser minimizados para eventos catastróficos futuros, y que por lo tanto los Estados Miembros deben realizar mayores esfuerzos al respecto;

Recordando las resoluciones CD24.R10 (1976), CD26.R36 (1979), CD27.R40 (1980), CD32.R10 (1987) y CD40.R13 (1997) del Consejo Directivo, donde se confiere a la OPS el mandato de desarrollar la cooperación técnica en preparativos para casos de desastre en lo que atañe a la salud y, específicamente, la continuación de esta cooperación orientada a la preparación del sector para enfrentar los desastres provocados por El Niño, y

Tomando en cuenta la resolución AG/RES.1584 "Programa especial de apoyo para los países afectados por el fenómeno de El Niño", aprobada en el XXVIII período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos que exhorta a los Estados Miembros y a los organismos y organizaciones del sistema interamericano (en particular al Banco Interamericano de Desarrollo, al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura y a la Organización Panamericana de la Salud), así como a las organizaciones no gubernamentales vinculadas al tema, a que intensifiquen, dentro del marco del Decenio Internacional para la Reducción de Desastres Naturales, su cooperación con los esfuerzos dirigidos a prevenir, reducir y remediar los efectos causados por el fenómeno de El Niño,

RESUELVE:

1. Invitar a los Estados Miembros a que revisen y actualicen sus planes de salud para situaciones de emergencia, tomando como base las lecciones aprendidas en los desastres provocados por El Niño 1997–1998;
2. Instar a los Estados Miembros que han desarrollado programas de mitigación y preparativos con anterioridad a los desastres causados por El Niño a que refuercen estos programas manteniendo una visión integral para todo tipo de riesgos.
3. Instar a los Estados Miembros que aún no lo han hecho que:
 - a) organicen programas de mitigación para casos de desastre, incluyendo aspectos de diseño, reforzamiento y mantenimiento estructural y no estructural en las instalaciones de salud, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en las Instalaciones de Salud, celebrada en México en 1996, así como en los sistemas de agua, alcantarillado y otras líneas vitales;
 - b) refuercen sus programas de preparativos para cualquier situación de emergencia, poniendo énfasis multidisciplinario desde el punto de vista de la vigilancia

- epidemiológica, control de enfermedades y calidad del ambiente, saneamiento ambiental y control de vectores, así como en los preparativos hospitalarios y comunitarios para casos de desastre;
- c) apoyen la recolección de datos y los trabajos de investigación a mediano y largo plazo, a los efectos de poder establecer con mayor certeza los efectos de El Niño sobre la salud humana.
4. Solicitar al Director que:
- a) refuerce la cooperación técnica con los Estados Miembros en el desarrollo de políticas y programas de prevención y mitigación de los daños causados por los desastres, dirigidas a la estructura sanitaria;
 - b) estimule los esfuerzos a nivel regional y nacional para asegurar una memoria institucional sobre El Niño 1997–1998, así como los trabajos de vigilancia epidemiológica y de investigación que lleven a un mejor entendimiento del impacto de El Niño.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Dr. Thompson (Barbados) took the Chair
La Dra. Thompson (Barbados) pasa a ocupar la Presidencia

ITEM 4.6: HEALTH OF OLDER PERSONS

PUNTO 4.6: SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that, at the Executive Committee's 122nd Session, Dr. Marta Peláez, Regional Adviser on Aging and Health, had presented the proposed plan of action on aging and health, which was based on the holistic approach of the WHO Global Program on Aging. The plan sought to promote services and interventions for successful or active aging, which was seen as an

imperative, given that the prospect of an extended old age was now becoming a reality for more people than ever before in the Americas. PAHO therefore considered it essential to develop policies and systems to promote the health and minimize the dependency of older persons.

To that end, PAHO technical cooperation with the countries over the following four years would focus on two main objectives: (1) improving the health of older persons and (2) creating public spaces and opportunities for older persons to participate as agents of change. The Organization's specific regional strategies would emphasize the dissemination of information, the development of human resources through education and training, and the provision of appropriate tools for advocacy at all levels of decision-making.

The Aging and Health Program would serve as a clearinghouse for information through an Internet site, printed materials, and audio and video materials, and it would work to strengthen the network of centers of excellence that would be active in the areas of gerontology, geriatrics, primary health care, healthy aging, and lifelong learning among older adults. To implement the plan of action, the Program would seek to build linkages with other PAHO programs; mobilize national, regional, and international resources to supplement the funds allocated to the Program; develop a network of collaborative centers with expertise in health and aging; and build partnerships with private and public foundations.

The Executive Committee had endorsed the plan of action and the paradigm presented in the document. The Committee had agreed that the health of older persons was a matter of concern for all countries and that the multifaceted nature of the issues involved required a holistic approach. The Committee had also expressed strong support for the concept of community- and family-based care for older persons. It had emphasized that older persons should be seen as resources, not as problems or as mere recipients of paternalistic programs. It had also pointed out that there is a natural synergy between the needs of children and those of older adults and that older persons can play a valuable role in helping to care for children and strengthening the family as the basic social unit.

While the Committee had recognized the multisectoral nature of issues related to population aging, it had felt that the health sector should take the lead in coordinating the response to those issues. It had also pointed out the need to integrate the efforts of community-based, nongovernmental, and private organizations with those of government programs, as well as the need to regulate the quality of services provided by private programs and facilities. The Committee had highlighted the growing trend away from institutional care and toward home-based care of the elderly, which pointed up the need for government policies to support such approaches. The importance of better training and education in the health sector to sensitize health care providers to the special needs of the older adult had also been stressed. Finally, the Committee had underscored PAHO's

vital coordinating and leadership role in collecting and disseminating information on issues relating to aging and health.

The Committee had adopted Resolution CE122.R9, which appeared in the document before the Conference.

La Dra. ALIÑO (Cuba) dice que, en el presente siglo, la ancianidad ha dejado de ser privilegio de algunos para convertirse en oportunidad de muchos, y que en la actualidad el envejecimiento de la población es tema importante en los países en desarrollo. Sin embargo, América Latina y el Caribe deben hacer frente a este fenómeno con una ínfima parte de los recursos con que cuentan los países desarrollados. Es difícil hablar de una vejez satisfactoria o con calidad de vida cuando la pobreza, la falta de pensiones dignas, y la poca cobertura de la seguridad social o de los servicios de salud son problemas con los que siguen enfrentándose las personas de edad de la subregión.

En Cuba se está produciendo un envejecimiento rápido de la población en su país, y cálculos conservadores señalan que, en los próximos 25 años, uno de cada cinco cubanos será una persona de edad, y a partir de 2010 será mayor el número de personas mayores de 60 años que el de menores de 15. En 1996, el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, fundado en los años setenta, pasó a ser uno de los cuatro programas prioritarios del sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud está impulsando la coordinación de todas las fuerzas sociales que aspiran a lograr una vejez

satisfactoria para los cubanos, para lo cual será necesario el apoyo financiero de la comunidad internacional.

Finalmente, la Dra. Aliño manifiesta que Cuba respalda decididamente el nuevo marco conceptual para el envejecimiento sano propugnado por la OPS, e informa de que, en septiembre de 1999, su país será sede del Congreso Latinoamericano de Gerontología y Geriatria y del Segundo Encuentro Iberoamericano de Asociaciones de Adultos Mayores. Considera que esas reuniones brindarán la oportunidad de intercambiar experiencias y por ello invita a todos los presentes a asistir.

O Dr. YUNES (Brasil) diz que o Ministério da Saúde do Brasil endossa integralmente o documento Saúde dos Idosos, acatando seus componentes programáticos e suas estratégias básicas, que estão consoantes com as diretrizes nacionais que visam o atendimento de forma integral a esse significativo segmento da população brasileira. O envelhecimento da população brasileira constitui um fato contundente, visto que a faixa etária de 60 anos e mais já ultrapassa os 7,5%, correspondendo a mais de 12 milhões de pessoas. A mudança na pirâmide populacional brasileira decorre da transição entre uma situação de alta fecundidade e mortalidade para uma baixa fecundidade e progressiva queda da mortalidade, situação essa que vem gerando aumento constante e acentuado na população adulta e idosa. Essa transição tem acarretado, por outro lado, uma rápida mudança nos perfis de saúde, nos quais predominam as enfermidades crônicas não-

transmissíveis e ganham importância crescente os fatores de risco, requerendo a adoção de medidas, sobretudo de caráter preventivo e de promoção da saúde.

As doenças cardiovasculares são responsáveis hoje por mais de 40% das mortes no país, diferentemente do que ocorria em 1950, quando correspondiam a somente 12%. Além do aumento na prevalência de doenças crônicas, cujo atendimento é bastante custoso, estudos nacionais têm demonstrado que a elevação da sobrevida acarreta a perda da independência funcional e da autonomia desse grupo etário, com sérias e previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, provocando, do ponto de vista do setor saúde, um impacto significativo no financiamento dessas ações.

Os estudos têm mostrado também uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente na utilização de leitos hospitalares. De outra parte, há evidências claras de que os aumentos dos gastos assistenciais do setor saúde com o atendimento desse segmento da população não se traduzem em benefício direto para a população idosa, em especial sobre a sua qualidade de vida. Isso indica a necessidade do atendimento integral, priorizando-se, de fato, as medidas preventivas e de promoção da saúde.

O Ministério da Saúde, em decorrência, tem trabalhado sobretudo no sentido de proteger e promover a saúde desse segmento populacional, com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa dos idosos na comunidade e junto à sua família, com o maior grau possível de independência funcional e de autonomia. Para alcançar essa finalidade, a atenção integral à saúde da população nessa faixa etária compreende cinco vertentes

essenciais. A primeira é a da promoção da saúde, cujo enfoque será a inserção do idoso no seio familiar. Para tanto, está sendo organizado um amplo processo de capacitação de cuidadores familiares devidamente habilitados para atender ao idoso no seu cotidiano. Esse processo deverá envolver diferentes possibilidades pedagógicas que facilitam a sua difusão ampliada, inclusive com o uso de vídeos e outros recursos audiovisuais, além da elaboração de um manual em linguagem acessível, relativos aos cuidados essenciais que devem ser prestados aos idosos, contemplando desde orientações de dieta até adaptações físicas no ambiente domiciliar.

No âmbito da promoção da saúde, o Ministério vem implementando o Projeto Viva Bem a Idade que Você Tem, e o Programa Vida Ativa. O projeto baseia-se na difusão de informações acerca do idoso, tanto para si próprio quanto junto à sua família e determinados segmentos da sociedade em geral. Já o programa Vida Ativa, no qual se engaja o poder público, dele participando inclusive um órgão ligado à Presidência da República e a iniciativa privada, compreende um conjunto de ações destinadas a conscientizar e mobilizar a sociedade, de modo a possibilitar ao idoso o acesso a a atividades físicas e a permanência nas mesmas.

A outra vertente da atenção refere-se à prevenção de agravos à saúde da população idosa. Nesse contexto, prevê-se a definição e implantação de protocolo que uniformize enfoques e procedimentos em todo o país, bem como a consolidação, no sistema de saúde, da vacinação de adultos e principalmente do idoso, como a antitetânica, pneumocócica e antigripal, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Como estratégia para consolidar a prática do uso de vacinas nesse grupo etário, o Ministério de Saúde irá, em 1999, Ano Internacional do Idoso, instituir o Dia Nacional de Vacinação, para o qual de antemão já pedimos a cooperação da OPAS e que deverá ser no mês de março, levando em conta o período de inverno. No entanto, para a realização dessa Campanha Nacional de Vacinação será promovido um estudo epidemiológico que oriente a definição dos períodos de maior risco, tendo em vista a extensão territorial do país, e, por conseguinte, os diferentes graus de exposição ao risco.

A assistência à saúde, o terceiro componente da atenção ao idoso, envolve a assistência ambulatorial, prestada pelas unidades básicas de saúde, a consulta médica geriátrica, bem como a assistência hospitalar, nestas incluídas as modalidades de hospital/dia e de internação domiciliar para atendimento aos doentes crônicos, a assistência domiciliar por intermédio das equipes multiprofissionais do programa de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde.

A assistência farmacêutica é outro componente fundamental do programa, visando a promover o acesso aos medicamentos adequados e de uso contínuo para situações comuns dos idosos, como diabetes, mal de Parkinson, hipertensão arterial, etc., bem como a adoção do manual básico pelos profissionais de saúde para emprego dos medicamentos neste segmento populacional.

A penúltima linha de ação refere-se à atenção integral à saúde do idoso e à formação e ao aperfeiçoamento de recursos humanos, mediante a identificação de pólos

potenciais para treinamento e articulação, que nos parece fundamental, com o setor de educação e suas instituições de ensino superior.

Por último, o apoio à pesquisa e estudos voltados ao perfil epidemiológico e ao desenvolvimento de um sistema de informações sobre a população idosa configura a última vertente do trabalho e tem a finalidade de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações empreendidas.

Dr. SMADU (Canada) said that Canada was pleased that the document recognized the importance of a holistic view in matters of health and acknowledged the many determinants that influenced the health of older persons, especially those related to socioeconomic status and gender. The policy framework presented in the document was consistent with the focus on active aging endorsed by Canada and the G8 countries in 1997, as well as the orientations recommended by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) in 1998. Canada also endorsed the proposed plan of action, which was multisectoral and comprehensive. Her Delegation was particularly pleased to note that the plan identified a clear role for seniors with respect to each programmatic component, and it encouraged PAHO to seek other ways of involving seniors and ensuring their valuable input in the plan's implementation. Such a participatory orientation was indeed appropriate as the Organization and the countries prepared to launch activities for the International Year of Older Persons in 1999.

In Canada, older persons made an important contribution to the well-being of families and communities through both paid and volunteer work. They were also the largest per capita donors to charitable organizations. Canada had many seniors who had had long and productive careers in health and had expressed their willingness to offer their experience to PAHO and other countries in the Region. Her Delegation encouraged PAHO to find ways to utilize that wealth of expertise.

With regard to the document, her Delegation felt that several aspects needed clarification. The links between the various components of the plan, for example, were not entirely clear. In addition, the document should give greater emphasis to ethical issues relating to the health of older persons and to the gender factors that influenced the health of older women. The strategy relating to information dissemination could be strengthened, and greater attention could be given to strategies aimed at addressing the problems of seniors at the lower end of the socioeconomic continuum, seniors with less education, and seniors who had limited access to services.

Canada was developing a national framework on aging, which incorporated five guiding principles for the development of programs and policies affecting seniors: dignity, fairness, independence, security, and participation. The country also had a National Advisory Council on aging that provided valuable advice, as well as public information and education on all aspects of aging. Health Canada had identified four priorities to guide its activities in relation to the health of older persons: (1) addressing factors that led to a high risk of illness, disability, and death; (2) enhancing the autonomy and

independence of seniors; (3) strengthening Canada's capacity to support healthy aging; and (4) addressing concerns surrounding the end of life.

Canada believed that PAHO had set itself an ambitious program that would provide a strong basis for understanding and enhancing human potential throughout the life cycle. Canada looked forward to continued collaboration with PAHO and would be pleased to share its research and expertise on health and aging.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that her Delegation appreciated the document's emphasis on health promotion and wellness, which could result in cost-effective and sustainable strategies. In the United States, while conditions for the aging population had improved since the enactment of legislation in the 1960s, many older persons were still being denied their basic rights and benefits and could profit from advocacy on their behalf. A holistic approach to advocacy was needed in order to foster collaboration and promote policies and practices that would improve the quality of life for older persons. Quality of life would be enhanced through a reliable health care system that promoted independence and dignity in concert with families and caregivers. Countries must develop the necessary interventions and policies to ensure functional independence and good health for aging populations.

Her Delegation believed that PAHO could, within the limited resources available, have a strong and positive impact on the health and situation of older persons in the Region. The United States agreed that more data were needed and that existing data

should be better shared. PAHO had an important role to play in that regard, and it could serve as a catalyst for policy dialogue among partners in order to increase awareness of the special challenges confronting older persons. As an example, she hoped that Dr. Pelaez would comment on the recent partnership that had been established between PAHO, the National Institutes of Health, and the United States Bureau of the Census.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) dice que su delegación respalda plenamente el documento sobre la salud de las personas de edad. En su país, la existencia de un sistema nacional de servicios de salud permite que la asistencia a los ancianos abarque los tres niveles de atención. Por ello considera importante que en el documento se dé cabida a la formación de especialistas en geriatría y que en el programa de estudios de todos los técnicos y profesionales de la salud se incluya esta materia.

Informa de que actualmente, en Chile, casi el 7% de la población (alrededor de un millón de personas) tiene más de 65 años de edad y la esperanza de vida al nacer ha pasado de 50 años para los hombres y 56,8 para las mujeres en 1952, a 71,4 y 77,3 años, respectivamente, en 1992. Cálculos del Centro Latinoamericano de Demografía indican que para el año 2025 los mayores de 65 años constituirán el 12,7% de la población. Hay que tener presente que las personas de edad tienen más episodios de afecciones agudas, mayor riesgo de accidentes y mayor prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, reumatismo) que el resto de la población. Asimismo, sus tasas de mortalidad aumentan con la edad, y las personas de edad tienen tasas más altas de hospitalización (2,4

veces más que la población en general) y una estancia hospitalaria prolongada (por término medio, 12 días frente a 6,2 días para la población general).

Ante esa situación, el Gobierno de Chile está formulando una política integral de salud de las personas de edad, con medidas como alimentación complementaria; tratamiento hospitalario y ambulatorio de bronconeumonías; control de salud de las personas de edad; elaboración de un instrumento para valorar la mengua de las funciones psíquicas y físicas de estas personas, y autocuidado de la salud y aprovechamiento del tiempo libre. Cabe destacar que en este proceso intervienen distintas entidades públicas y privadas.

De manera complementaria, el Gobierno está impulsando un cambio cultural para que la sociedad en su conjunto valore a las personas de edad y les dé mejor trato. Para ello se ha creado la Comisión Nacional del Adulto Mayor, que depende directamente del Presidente de la República, y está en trámite legislativo la creación de un servicio nacional del adulto mayor. Desde 1998 se está aplicando formalmente una política de salud de las personas mayores, que se propone conservar o recuperar la autonomía y mejorar la calidad de la vida de los ancianos; prevenir o atenuar los episodios de morbilidad aguda o la agudización de padecimientos crónicos; disminuir la mortalidad por causas evitables; y, por último, ayudar a bien morir. Se trata de un ámbito de interés cada vez mayor para el intercambio de experiencias entre los países americanos, en el que la Organización desempeñará un importante papel.

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

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

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) dice que, de acuerdo con el Artículo 32 del Reglamento interno revisado de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Comisión de Credenciales, nombrada en la primera reunión plenaria e integrada por los delegados del Canadá, Nicaragua y Venezuela, celebró su tercera sesión el martes 22 de septiembre de 1998, a las 4.00 p.m. La Comisión procedió a examinar la credencial entregada al Director de conformidad con los Artículos 5 y 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. La Comisión encontró que la credencial del delegado del Estado Miembro de Dominica se presentó en buena y debida forma, razón por la cual la propone que la Conferencia reconozca plenamente 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 4.6: HEALTH OF OLDER PERSONS (*continued*)

PUNTO 4.6: SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD (*continuación*)

Mrs. GRAY (Bahamas) noted that the health of older persons would indeed be a critical aspect in the social and economic development of the countries of the Region in the 21st century, owing to the unprecedented growth projected for that population

segment. For example, United Nations estimates indicated that by the year 2025 the population aged 60 and older in the Caribbean countries would rise to 7.5 million, an increase of 131% from 1995. The majority of those older persons would be female and widowed or without a partner.

PAHO deserved praise for promoting the development of national plans on the health and wellbeing of older persons. Mounting a joint response to that challenge, the Caribbean countries had held a Forum on Health and Aging in May in the Bahamas, which was attended by some 70 representatives of the health and social sectors. At the forum, a policy framework had been developed to guide the formulation of national plans and programs for older persons in relation to issues of primary health care and health promotion, supportive environments, economic security and employment, and health and aging.

The theme of healthy aging was congruent with the family health priority area to be addressed in the second phase of the Caribbean Cooperation in Health initiative (1998-2003). The Caribbean countries were conscious that the focus on health care for older persons and the paradigm shift to healthy aging would require a multisectoral approach. As a result of the recent restructuring of CARICOM and the formation of the Council on Human and Social Development, which represented all the social sectors at the national and subregional levels, the Caribbean countries were in a better position to undertake the integrated planning needed for developing and implementing comprehensive services for older persons.

The Bahamas recognized the valuable work of Dr. Peláez and offered special thanks to Health Canada for having sponsored the Caribbean Forum on Health and Aging. The Conference was asked to endorse the offer made by Canada to provide volunteer resources and the countries were urged to involve seniors as volunteers throughout the Region.

El Dr. CHIESA (Uruguay) dice que las autoridades de su país siguen con gran preocupación los problemas de salud de las personas de edad. En 1950, las personas de 65 y más años de edad representaban un 7% de la población, en 1996 esta cifra ascendía al 13%, y desde entonces el porcentaje se mantiene en franco crecimiento. En ese mismo año, la proporción de los menores de 15 años había aumentado un 27% y la de los de 65 y más años, un 120%. Esos datos muestran que en el Uruguay, al igual que en todo el mundo se está produciendo también un envejecimiento de la población.

Un hecho demográfico de consecuencias notorias, tanto en el perfil de la mortalidad como en el de la demanda a los servicios, es el continuo crecimiento de la población de 65 y más años y, especialmente, de las mujeres. Las mujeres de 65 y más años representaban en Montevideo el 17% de la población de mujeres, cifra comparable y a veces superior a la de los países desarrollados. Este envejecimiento de la población plantea grandes desafíos en todos los campos del bienestar y, especialmente, en el de la salud, por cuanto significa la atención de las enfermedades crónicas.

Ante esta situación, el Gobierno del Uruguay creó en 1995 el Programa Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (PRONASAM), en la órbita del Ministerio de Salud Pública. En 1996, se firmó un convenio con la Agencia Española de Cooperación Internacional, para la creación de un banco de datos, capacitación del personal de salud, y el fortalecimiento de instituciones que hospedan a adultos mayores. Asimismo, se creó la primera unidad geriátricogerontológica ambulatoria en un hospital público y se firmó un convenio con la Junta Nacional de la Droga de la Presidencia de la República, para investigación y prevención del consumo del alcohol, el tabaquismo y los psicofármacos en adultos mayores.

En julio de 1997, 115 delegados de 21 países redactaron la Declaración de Montevideo sobre políticas integrales para el envejecimiento y el envejecimiento sano. El 17 de febrero de 1998 se creó el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM) con el fin de planificar, coordinar, ejecutar y controlar las políticas en la materia. Según el informe de la OPS, el estudio multicéntrico sobre la salud y el bienestar de las personas de edad que se está llevando a cabo en Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y México, aún no se ha iniciado en el Uruguay, y por ello se solicita la colaboración de la OPS. Asimismo el 1 y 2 de septiembre de 1998 se celebró en Montevideo la reunión sobre el MERCOSUR y su proyección social, en la cual se intercambiaron ideas sobre el adulto mayor, tal como se estableció en la reunión anterior del MERCOSUR, celebrada en Buenos Aires en diciembre de 1997.

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) señala que, aunque en el Paraguay persisten importantes problemas de salud, como las altas cifras de mortalidad infantil y materna, los programas dirigidos a la atención de las personas de edad se acaban de incluir en las agendas de las políticas de salud y bienestar social del país.

Además de estar plenamente de acuerdo con el documento presentado, dice que se trata de un instrumento que puede y debe guiar los planes de acción nacionales. No obstante, es preciso hacer hincapié en tres aspectos abordados en dicho documento: los relacionados con los recursos humanos, los servicios de salud y la comunidad. En relación con los recursos humanos, ha de subrayarse la importancia que revisten la educación y la formación de profesionales en geriatría, especialmente en las escuelas de pregrado. En este sentido, se debe subrayar la promoción de una vida saludable de las personas de edad. En cuanto a los servicios de salud, y a pesar de los resultados obtenidos con la iniciativa relativa a los hospitales amigos de la lactancia, se deberá intentar que las prestaciones de los servicios de salud de los niveles secundario y terciario respondan también a las necesidades específicas de las personas de edad. Por último, será necesario diseñar alternativas de promoción de la salud de estas personas desde la perspectiva de la comunidad. Las actividades que se emprenden en esta línea de iniciarse antes de que dichas personas alcancen la edad de jubilación.

La Dra. RIERA (Venezuela) dice que su país dispone de un plan de acción integral para la población de edad avanzada, que se caracteriza por ser multisectorial,

multiinstitucional y multiministerial. Hay varios ministerios integrados que se encargan de concebir las acciones para este grupo de edad, así como 23 unidades geriátricas, que están ubicadas en las capitales de cada una de las entidades federales y han desarrollado la capacitación del personal para que oriente a esta población. Además, durante los cuatro años de gestión del Presidente Caldera se ha realizado un programa de alimentación especial para dicha población, que se ha coordinado con la ONG de las comunidades a nivel de los estados, los municipios y las parroquias y los distritos sanitarios. A nivel del ambulatorio se cuenta con un equipo de salud integrado por promotores sociales médicos y enfermeras, que está elaborando un plan para capacitar a las llamadas juntas socio-sanitarias, es decir, a la comunidad que dirige con el equipo de salud estos centros de salud para capacitarlos en el tratamiento de las enfermedades degenerativas y, lo más importante, para sensibilizar a toda la población hacia esas personas de esta edad avanzada.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) dice que el documento presentado por la Organización Panamericana de la Salud es válido tanto en el plano teórico como en el operativo. En los países desarrollados con sistemas de salud eficientes, la reproducción del capital humano hasta la edad de 18 años, la edad en que por definición se reproduce la fuerza laboral, representa aproximadamente el 2% del total del gasto asignado a la reproducción del capital humano. Esto se debe a que desde el primer día de vida hasta los 18 años, la labor sanitaria para estos grupos de población es esencialmente preventiva, lo

que reduce enormemente los gastos. En estos países con enormes recursos, los problemas de salud planteados por el crecimiento de la población adulta han coincidido permanentemente con un saludable crecimiento de la economía. En los países pobres, en cambio, la transición demográfica plantea serios problemas en salud difíciles de afrontar en su estado actual de desarrollo económico. Enfermedades como los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardiovasculares, o las enfermedades crónicas degenerativas demandan la intervención no solo de recursos ingentes, sino también de tecnologías de las que los sistemas locales no disponen.

A este panorama triste cabe añadir la situación producida por el acceso de grandes segmentos de la población a los bienes de consumo y de producción, que ha determinado un incremento de patología, lo que se relaciona con el SIDA, los accidentes automovilísticos y las muertes por violencia. Esto redunda en un fuerte incremento de los costos sanitarios que los países no están en condiciones de enfrentar. Si esos países no toman medidas preventivas desde los albores del siglo XXI, muchos sistemas de salud se encontrarán al borde del colapso. Por eso, la propuesta realizada para la reforma del sector salud está íntimamente relacionada con ese cuadro de transición epidemiológica y demográfica que obliga a revisar las formas tradicionales de la administración en el área de la salud. El triángulo está formado por los elementos equidad, eficiencia y eficacia, fuertemente interrelacionados, que deben ser los pilares de la estrategia fundamental de la reforma sanitaria a la que muchos países están abocados. El fin de las utopías ha incrementado la tolerancia, pero ésta no puede convertirse en indiferencia hacia los

problemas de los otros. La solidaridad ha sido el símbolo más sobresaliente de nuestra civilización y debe inspirar el proceso de globalización económica para poder resolver en forma conjunta los problemas que el crecimiento de la población adulta representará para las economías pobres y débiles.

Dr. FERDINAND (Barbados) urged endorsement of the conceptual framework for healthy aging presented in Document CSP25/12. The health of older persons was a major challenge in Barbados, where 11.6% of the population was 65 and over. Chronic noncommunicable diseases among the older population constituted a large burden for primary and tertiary health services. Although the country had some infrastructure in place to deal with the physical health needs of that population, the social aspects of aging presented serious problems. Inappropriate housing, inadequate community support, and family hostility led to the phenomenon of “Granny dumping” in health care facilities, straining the country’s geriatric care capacity. New approaches to care, involving placement in the private system, were needed to address the growing waiting list for care.

Legislation and policy guidelines had been drafted regarding the categories of caregiving institutions and standards of care. Formation of a coordinating committee with participants from several governmental sectors and nongovernmental organizations was planned. Barbados was also to be a participant in a multicenter study on the conditions of older persons in urban settings.

Communities must accept more responsibility for meeting the needs of older persons, while encouraging their independence and ensuring their rights. Greater intergenerational interaction was also needed. The idea that the government was the source of all assistance must be revised.

La Dra. PELAEZ (OPS) agradece el apoyo, los comentarios, las reflexiones y las sugerencias que han permitido fortalecer las acciones propuestas en el documento. El plan de trabajo presentado para los próximos cuatro años solo podrá realizarse en la medida en que los países más adelantados de la Región en materia de envejecimiento de la población participen activamente en actividades de colaboración técnica regional. Hay que identificar urgentemente modelos apropiados de programas y servicios que permitan promover un envejecimiento digno y activo. Se trata de uno de los retos del siglo XXI, y quiere reconocer de nuevo la colaboración del Instituto Nacional de Envejecimiento, el National Institutes of Health y el U.S. Census Bureau en la elaboración de un documento de proyecciones estadísticas de población de todas las Américas. También quiero agradecer la iniciativa del Canadá de establecer un cuerpo internacional de jubilados voluntarios en el campo de la salud que puedan poner en práctica, de manera ejemplar, el concepto de colaboración; son recursos humanos que no se pueden desperdiciar.

En ese sentido, le parece excelente la invitación de Cuba de participar y aprovechar la oportunidad que habrá en La Habana en 1998 de iniciar un diálogo activo con dirigentes de organizaciones de adultos mayores, e integrarlos en la búsqueda de formas más directas

de participación, en la búsqueda de soluciones y modelos de servicios, para promover un envejecimiento saludable. La importancia que se ha dado a la promoción de recursos para la capacitación en todos los niveles es una de las prioridades del programa, y se trabajará de una forma interprogramática para aprender de otras experiencias de la Organización en la promoción de recursos humanos y empezar una campaña muy activa de producción de materiales y formulación de lineamientos para la educación gerontológica y geriátrica a varios niveles. No solo a nivel de atención primaria, sino también a nivel de escuelas, de pregrado y de especialistas. La tarea es larga, pero se darán los pasos apropiados. Una vez más, quiero agradecer el espíritu de colaboración con que se ha acogido y comentado el documento que se presentó.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution.

El RELATOR somete a la consideración de la Conferencia la resolución contenida en el documento CSP25/12:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that population aging will have a major impact on health care, on the kinds of institutions and informal arrangements that will be needed to support family caregiving, and on the distribution of resources along the life span;

Aware that the greatest challenge of the millennium will be to keep aging populations active and free of disabling diseases for as long as possible and that active and healthy aging depends to a large extent on a health promotion perspective; and

Recognizing that 1999, International Year of Older Persons, is an important opportunity for PAHO/WHO to strengthen its leadership role in aging and health issues,

RESOLVES:

1. To request Member States to:
 - (a) endorse the new conceptual framework for healthy aging developed within the contexts of WHO's Global Program on Aging and Health, international conferences, and PAHO's health promotion and family health and population framework;
 - (b) implement national and regional plans of action on health and aging;
 - (c) consider the need to address the following key concepts in the development of national plans, policies, and programs for aging and health:
 - recognition that the health of older adults has a significant impact on a number of dimensions in the development and the functioning of societies, requiring an intersectoral approach guided by policy and legislative instruments, informed by research, and supported by competent human resources and health services sensitive to the needs of older persons;
 - strengthening of the capacity of the primary health care sector to provide a continuum of services along the life cycle;
 - strengthening of the capacity of older persons as a resource for the development of healthy environments, provision of infrastructures to support family caregivers, development of community alternatives to institutionalization, and promotion of intergenerational programs.
2. To request the Director to:
 - (a) encourage the development and testing of instruments and methodologies, which facilitate the countries' implementation of an integral approach to the health of older persons;
 - (b) continue efforts to mobilize resources which will:
 - support population research on the health and well-being of elders;
 - strengthen the capacity of a regional public policy network;
 - provide geriatric education and training of the primary health care professional;

- develop social communication and mass media education for promoting a new conceptual framework for aging societies.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el envejecimiento de la población tendrá repercusiones importantes sobre la asistencia sanitaria, los tipos de instituciones y los arreglos informales que se necesitarán para apoyar la prestación de asistencia por las familias, y la distribución de los recursos a lo largo del ciclo de vida;

Consciente de que el más grande reto del milenio será mantener a las poblaciones que están envejeciendo activas y libres de enfermedades discapacitantes por tanto tiempo como sea posible, y de que el envejecimiento activo y sano depende en gran medida de una perspectiva de promoción de la salud, y

Reconociendo que 1999, el Año Internacional de las Personas de Edad, representa una oportunidad importante para que la OPS/OMS fortalezca su función de liderazgo en los asuntos relativos al envejecimiento y la salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) respalden el nuevo marco conceptual para el envejecimiento sano concebido en el contexto del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud, las conclusiones de distintas conferencias internacionales y los programas de promoción de la salud y de salud de la familia y población de la OPS.
 - b) ejecuten los planes nacionales y regionales de acción en materia de salud y envejecimiento;
 - c) consideren la necesidad de abordar los siguientes conceptos clave en la formulación de los planes, políticas y programas nacionales relativos al envejecimiento y la salud:
 - el reconocimiento de que la salud de las personas de edad tiene repercusiones considerables sobre varias dimensiones del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y que exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a las necesidades de las personas de edad;

- el fortalecimiento de la capacidad del sector de atención primaria de salud para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo del ciclo de vida;
 - el reforzamiento de la capacidad de las personas de edad como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, la creación de una infraestructura para apoyar a los miembros de la familia que prestan asistencia a las personas de edad, el desarrollo de opciones comunitarias a la reclusión en establecimientos asistenciales y la promoción de programas intergeneracionales.
2. Solicitar al Director que:
- a) fomente la elaboración y puesta a prueba de instrumentos y métodos que faciliten la adopción por los países de un enfoque integral de la salud de las personas de edad;
 - b) prosiga los esfuerzos para movilizar los recursos necesarios para:
 - apoyar las investigaciones de población sobre la salud y el bienestar de las personas de edad;
 - fortalecer la capacidad de una red regional de política pública;
 - proporcionar educación y capacitación geriátrica a los profesionales de la atención primaria de salud;
 - desarrollar la comunicación social y la educación por los medios de comunicación para promover un nuevo marco conceptual de las sociedades que envejecen.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

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

ITEM 7.1: REPORT OF THE AWARD COMMITTEE OF THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1998: PRESENTATION OF THE AWARD
PUNTO 7.1: INFORME DEL JURADO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 1998: ENTREGA DEL PREMIO

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) reported that the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1998, composed of the Bahamas, Chile, and Mexico, had met during the Executive Committee's 122nd Session in June to select the Award recipient for 1998. After a careful examination of the candidates' qualifications, the Committee had decided to confer the award on Dr. Christina Olive Moody, of Jamaica, for her contribution to the planning, administration, and leadership of health services in Jamaica and her continuous efforts toward the development of primary health care at the regional and global levels.

The Executive Committee had welcomed the selection of Dr. Moody, emphasizing her pioneering work in the area of primary health care and her many contributions to both the scientific development of the health field and the training of health workers throughout the Caribbean region.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R7, which took note of the Award Committee's decision and transmitted its report to this Pan American Sanitary Conference. The full text of that report appeared in Document CSP25/25.

El PRESIDENTE dice que, cada año, los gobiernos de los países de las Américas, por intermedio de sus delegados que participan en las reuniones de los Cuerpos Directos

de la Organización Panamericana de la Salud, confieren el premio OPS en Administración como reconocimiento de una contribución sobresaliente en el campo de la administración de la salud dentro del marco de los servicios nacionales de salud. Este premio se remonta a 1969, cuando el Comité Ejecutivo de la OPS, en su 61a sesión, aceptó una subvención generosa del Dr. Stuart Portner, ex Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, para instituir un premio anual que contribuyera al mejoramiento de los sistemas administrativos de salud.

La ganadora del premio correspondiente a 1998 es la Dra. Christina Olive Moody. Los logros de la Dra. Moody en el área de salud pública en general, y en el de la atención primaria en particular, dan muestra elocuente de sus méritos, no solo para merecer este premio, sino por el legado que deja a todos los que trabajan en este campo. A pesar de que el trabajo de la Dra. Moody ha sido principalmente en Jamaica, no hay duda que sus esfuerzos pioneros ayudaron a perfilar el curso de la salud pública más allá de su país en otros países vecinos del Caribe y, por extensión, en toda la Región de las Américas.

Este premio no pretende ser una compensación a sus esfuerzos, sino un reconocimiento y una muestra de aprecio por su trabajo ejemplar. La Dra. Moody tiene el rasgo distintivo de ser una excelente líder, con la necesaria visión y creatividad para desarrollar e implementar programas de atención primaria e integrar conceptos de ampliación de roles de los trabajadores de salud, trabajo en equipo, participación comunitaria e interacción interdisciplinaria. Se sabe que fue audaz y luchó contra los preconceptos de la burocracia para imponer enfoques innovadores. Una parte integral en

el desarrollo del enfoque de equipo que ella conceptualizó fue la necesidad de minimizar el tiempo que el personal altamente calificado dedica o dedicaba a tareas de simple rutina, lo cual permitió incorporar más trabajadores con entrenamiento más simple y rápido para desempeñarlas. La Dra. Moody fue incansable en su tarea de sensibilizar a los niveles decisores y a los trabajadores de salud sobre conceptos de atención primaria y sobre el hecho de esta estrategia no podía desarrollarse en un vacío, sino que era imprescindible adoptarla como parte integral de los servicios de salud y del diseño mismo de los sistemas de salud. Entre otros excelentes trabajos, el aporte de la Dra. Moody fue fundamental para entrenar nanas o parteras empíricas a fin de incorporarlas al sistema de provisión sanitaria y lograr una atención segura y eficiente. La Dra. Moody ha sido no sólo una visionaria y una trazadora de rutas en el campo de la salud pública, sino también una figura modelo para imitar, una tutora y formadora de generaciones, una organizadora y una líder capaz de un pensamiento nuevo y diferente.

The President presented the PAHO Award for Administration, 1998,
to Dr. Christina Moody, of Jamaica.
El Presidente hace entrega del Premio OPS en Administración, 1998,
a la Dra. Christina Moody, de Jamaica.

Dr. MOODY (Recipient of the PAHO Award for Administration, 1998) expressed her sincere thanks to the Conference for having honored her with the Award and to the Government of Jamaica for having nominated her.

Dr. Moody proceeded to review some of the highlights of her career. Soon after receiving her medical degree, she had worked in India for two years, and subsequently in Ghana, West Africa. In those countries, she had been introduced to the public health problems characteristic of the tropics and had learned the value of health education and of using locally available materials to produce good health. In addition, while she was in Ghana, WHO had introduced a program then called “rural health infrastructure” and she had been selected to develop a pilot project, which was later replicated in other parts of the country.

Dr. Moody had come to work in Jamaica, the country of her father’s birth, in 1969. Following up on administrative experience gained during a short-term consultancy in maternal and child health for WHO in the Philippines, she helped develop and implement a plan for primary health care in Jamaica. That program had been documented and submitted as Jamaica’s contribution to the primary health care conference at Alma-Ata in 1978.

Her contributions to public health, she believed, consisted of (1) identifying and stressing the value of simple interventions; (2) putting into practice the idea that no highly trained health worker should do a routine job that could be done by someone with less training; (3) developing the health team concept by training new categories of health workers and involving all members of the health team in decision-making; and (4), most importantly, working as a team leader capable of bring together and inspiring a diverse group of people to contribute to health. She had learned the following six lessons: (1)

the fact that the patient in primary care health care was the community, not the individual, determined the approach to delivery of services; (2) the primary health care team was crucial to success and would vary in composition according to the needs of the overall program; (3) all team members must be involved in all aspects of planning and decision-making; (4) the health team must interact at the community level with the community to which it provided services; (5) a qualified, motivated, and accessible public health doctor was needed at each primary care district headquarters; and (6) an efficient referral system to higher levels of care was key to the success of the primary care program.

In the 21st century, primary health care would have to confront problems created by increasing urbanization, violence, trauma, accidents, psychiatric disorders, and geriatric conditions, among others, while still dealing with the problems linked to lifestyle diseases, which had become the emphasis in the 1990s. The problems of the present and future were largely “people problems,” and their solution involved the difficult task of convincing people to change their lifestyles and habits. Primary health care workers must become teachers and health promoters and must work side by side with community members in a variety of venues to encourage people to make wise decisions. Primary health care workers must respond to the needs of the whole person—physical, social, mental, and spiritual—and the whole community. Producing health communities was the main objective of primary health care on threshold of the new millennium. The challenge was to devise ways to get sufficiently close to the people in the community to help them solve their health problems and the social problems with which they were intertwined.

Dr. JUNOR (Jamaica) congratulated Dr. Moody on being awarded the PAHO Award for Administration, 1998. As the nominating country, Jamaica thanked PAHO for having proffered the prestigious award to her.

Dr. Moody was considered the matriarch of the modern primary care systems in Jamaica, a system which had enabled Jamaicans to enjoy a health status equivalent to that in wealthier countries. Her life of service was an inspiration to those engaged in public health administration in Jamaica and elsewhere. As demonstrated by her recent address to a conference of public health doctors and to the Pan American Sanitary Conference today, her new role included that of medical historian and insightful elder.

*The meeting rose at 5:35 p.m.
Se levanta la reunión a las 5.35 p.m.*