

*executive committee of
the directing council*

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION



*working party of
the regional committee*

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



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

CE101/SR/3
28 June 1988
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Tuesday, 28 June 1988, at 9:00 a.m.
Martes, 28 de junio de 1988, a las 9:00 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Norman Gay

Bahamas

Contents
Indice

- Item 4.4: Provisional Draft of the Program Budget Proposal of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1990-1991
- Tema 4.4: Proyecciones presupuestarias provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1990-1991

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 27 July 1988. The edited records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aun aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 27 de julio de 1988. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

- Item 4.1: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
Tema 4.1: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- Item 4.2: Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus from the Americas by 1990
Tema 4.2: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis de las Américas para 1990

The session was called to order at 9:05 a.m.

Se abre la sesión a las 9:05 a.m.

- ITEM 4.4: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET PROPOSAL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1990-1991
- TEMA 4.4: PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS PROVISIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1990-1991

The CHAIRMAN called attention to Document CE101/20 and asked the Chairman of the Subcommittee on Planning and Programming, Dr. Rodríguez, to present the report.

El Dr. RODRIGUEZ (Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) dice que el Subcomité recibió información general sobre la disminución del presupuesto por programa de la OMS para 1988-1989 en US\$25.000.000. La reducción correspondiente a la Región de las Américas es de \$2.470.000. En cuanto al presupuesto inicialmente aprobado en 1987 por la Asamblea Mundial de la Salud, que ascendía a \$62.631.000, la reducción de base para 1990-1991 será de \$60.161.000. A esa cifra se podrá añadir un máximo de \$5.370.000 por aumento de costos, o sea 8,9% de lo asignado. El Subcomité instó al Director de la OSP a guiarse de acuerdo con las prioridades programáticas establecidas por los Cuerpos Directivos de la Organización al considerar reducciones en los programas, aun cuando algunas reducciones deben hacerse en forma proporcional. No se trata, por tanto, de reducir uniformemente el efecto porcentual de la reducción de \$2.470.000, sino de efectuar reducciones proporcionales cuando se pueda y no afectar a algunos programas que se estime imprescindible mantener en las condiciones originales.

Mr. MILAM (PASB) reminded the Committee that the 1990-1991 program budget projections had first been published in Official Document 210 in May 1987. The projections for WHO Regular Funds at that time had amounted to \$69,448,000, an increase of \$6,817,000 (10.9%) over the 1988-1989 program of \$62,631,000 approved by the Fortieth World Health Assembly in May 1987. However, the Forty-first World Health Assembly in May 1987 had called for a global \$25 million reduction in the 1988-1989 program, resulting in a \$2,470,000 reduction for the Region of the Americas, for which the revised 1988-1989 program stood at \$60,161,000.

The 1990-1991 proposal for WHO Regular Funds in Document CE101/20 amounted to \$65,027,000, representing an increase of 8.1% over the revised 1988-1989 base, or 3.8% over the originally approved 1988-1989 program; it was thus \$4,421,000 less than originally projected in May 1987.

Parts A and B of Table I (page 5 of the document) illustrated the maximum increase allowed between 1988 and 1989 and between 1990 and 1991, using the original 1988-1989 program base allocation of \$62,631,000 and the revised base of \$60,161,000. No overall program increase was allowed by the Director-General's instructions. Part C of Table I showed the actual proposal which, despite the 8.1% cost increase, was \$504,000 less than the maximum increase permitted. In accordance with the instructions, if the maximum allowed cost increase (8.9%) was not required the Region could not use the difference for program increases.

Table II (page 6) showed the program budget history since 1970-1971, including the original and revised allocations for 1988-1989.

For the four-year period 1986-1989, the Region's WHO Regular Funds were reduced by \$9,317,000, or 7.7% of the original allocations. During 1986-1987, the reductions totaled \$4,377,000. To date in the biennium 1988-1989 they totaled \$4,940,000, accounted for by \$2,470,000 in reductions approved by the World Health Assembly in May and an additional \$2,470,000 internal implementation reduction instituted by the Director-General until the quota collection situation improved.

Table III (page 7) showed the distribution of WHO Regular funds by location and compared the revised 1988-1989 program base to the 1990-1991 proposal. The only increases proposed were in country programs (from 46.3% to 47.0% of the total) and Caribbean Program Coordination. Reductions were of course necessary in other locations to avoid any overall program increase.

Table IV (pages 8-10) compared the distribution of the adjusted 1988-1989 program to that proposed for the 1990-1991 program, which included several new programs added by WHO to the classification structure. He called attention to several large decreases and increases shown in Table IV and discussed in the text of the document. Following the guidance given by the Subcommittee on Planning and Programming at its last two meetings, the Director had decreased the allocations for Direction, Coordination, and Management (Part A, Table IV) from 4.8% to 4.4% of the total, and for Program Support (Part D) from 14.4% to 14.1% of the total. Funding for Health Systems Infrastructure (Part B) was increased from 42.5% to 43.4% of the total, reflecting the priority

accorded by the Organization to that area. Health Science and Technology (Part C) remained at about the same level: 38.3% in 1988-1989 compared to 38.2% in 1990-1991.

In arriving at the overall cost increase (8.1%, or about 4% per year), four major budget elements had been considered: permanent personnel, short-term consultants, fellowships, and all other budget elements.

Regarding permanent personnel, the actual post count remained unchanged between 1988 and 1989 and between 1990 and 1991 at a total of 304, of which 177 were professional and 127 were supporting positions. The overall cost increase came to 10.7%, or just over 5% annually. In the past, a lapse figure had been calculated to take into account vacant professional positions at Headquarters, but that practice had been discontinued in both the 1988-1989 period and the 1990-1991 proposal. Instead of adding staff, it was planned to use the funds for temporary assistance, and thus the proposal included an additional 43 months for short-term consultants.

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

For all other budget elements in the proposal the increase was 6.7% in Washington and 9.4% in the field offices. Although inflation rates could not be reliably forecast and recent increases in, for example, air fares and per diem rates had varied widely between countries, the estimates were thought to be reasonable and conservative.

He reminded the Committee that in June 1989 it would be considering the PAHO Regular Budget proposal for 1990-1991, and that the present meeting's recommendations to the PAHO Directing Council would lead in turn to recommendations by that Body to the Director-General, who would present the global WHO proposal for 1990-1991 to the Executive Board of WHO and the World Health Assembly in 1989 for final decision.

Mr. BOYER (United States of America) expressed the hope that further clarification would be provided as to what changes had been made in the original budget proposal for the biennium 1988-1989 in order to effect the reductions called for by WHO. The question was relevant to a matter that the United States delegation had been raising in many organizations as well as PAHO, namely the need for some mechanism by which Member Governments could help to set priorities when decisions regarding budgetary reductions were required. Perhaps the Regional Director could explain, in terms not just of figures but of activities, what was going to be different in 1990-1991 compared to 1988-1989.

He believed that the 8.1% increase in the 1990-1991 budget proposal over 1988-1989 was indeed reasonable, and commended PAHO on the fact that the amount was less than the maximum authorized by WHO.

El Dr. BORGONO (Observador, Chile) dice que ante los problemas financieros de la OPS y de la OMS, especialmente de esta última, es muy difícil pronosticar lo que va a pasar en el futuro. Sin embargo, dado lo planteado en Ginebra por el grupo de países de América Latina cuando se discutió el presupuesto, reitera que los países de la Región de las

Américas no pueden hacer frente a un aumento de las cuotas, cualesquiera que sean las circunstancias. Lo contrario sería una franca contradicción de lo que el grupo planteó en forma categórica. Considera que los ajustes no pueden basar exclusivamente en las proyecciones de la inflación--que son muy difíciles de calcular--sino que tienen que tener en cuenta la política de los países respecto al presupuesto de la OMS. La posición es algo distinta cuando se discute el presupuesto asignado a la OPS. No hay nada que indique que la posición de los países va a cambiar, particularmente en vista de los atrasos en el pago de las cuotas tanto a la OPS como a la OMS.

Le gustaría oír algún comentario del Director o del Sr. Milam con respecto a los fondos extrapresupuestarios, que cada día adquieren más importancia. Esto se nota en programas especiales como el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS y aun en el caso de países; los fondos presupuestarios asignados a Chile para 1988 son iguales o superiores a los fondos del presupuesto ordinario para el país. Sería conveniente conocer las proyecciones y tendencias sobre este aspecto que es tan importante para determinados programas. Por otra parte, el mayor porcentaje que hoy día se asigna a los programas de país es un aspecto muy satisfactorio que debe respaldarse con entusiasmo.

Mr. MILAM (PASB) pointed out that, while 47% of the WHO regular funds were budgeted for country programs, when combined with PAHO regular funds the figure was close to the 35% required by resolutions of the Governing Bodies. The WHO budget was always higher for country programs.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) se refiere al Cuadro 2 del Documento CE101/20, con objeto de comparar la evolución del presupuesto regional de fondos provenientes de la OMS a través de los años. Hasta el bienio 1982-1983 la OPS estaba en una situación paradisiaca, en el sentido de que los aumentos concedidos oscilaban entre 19,5 y 25,2%. En el bienio 1982-1983 se inició una tendencia descendente en los incrementos de los presupuestos regionales hasta llegar al aumento total de solo 3,8% propuesto para el bienio 1990-1991. Es muy importante tener esto en cuenta al evaluar las crecientes dificultades que plantea la elaboración del presupuesto de la OPS. Para el bienio de 1984-1985 fue relativamente fácil soportar la reducción del incremento; para 1986-1987 no fue tan difícil y aun para 1988-1989, a pesar de la gran reducción proyectada, todavía hubo margen para maniobrar con cierta flexibilidad. Pero para el bienio de 1990-1991 es evidente que toda la grasa acumulada se ha agotado y hay que empezar a cortar de los huesos y la carne, por decirlo así.

En cuanto a la reducción de \$2.470.000 del presupuesto para la OPS para 1988-1989 aprobada por la Resolución WHA41.10 de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1988, se han hecho los siguientes ajustes: 1) una reducción de \$256.500 en las actividades relacionadas con la Dirección, Coordinación y Gestión de la Organización, excluidas las de los Cuerpos Directivos, y centrada particularmente en el Programa del Director Regional y en el desarrollo general de la Coordinación de Análisis y Planificación Estratégicas; 2) una reducción de \$1.020.200 en el Desarrollo de la Infraestructura de los Sistemas de Salud, particularmente en

atención primaria de salud y recursos humanos en salud, excluido el programa de residencias internacionales; 3) reducción de \$866.700 en ciencias y tecnología de la salud, excluida en esta primera reducción la investigación y el programa sobre salud bucodental; 4) reducción de \$37.700 en nutrición; 5) reducción de \$250.700 en protección y promoción de la salud de determinados grupos de población, con reducción específica de \$199.300 en salud de los trabajadores mediante la eliminación de un puesto vacante en el programa; 6) reducción de \$86.300 en protección y promoción de la salud mental, \$50.000 en factores psicosociales y formas de comportamiento y \$35.400 en prevención y lucha contra el alcoholismo y el uso indebido de las drogas; 7) reducción de \$132.400 en fomento de la higiene del medio, concentrada en la parte de abastecimiento público de agua y saneamiento y excluyendo inocuidad de los alimentos; 8) reducción de \$359.600 en prevención y lucha contra las enfermedades, excluidas las actividades de inmunización, control de vectores, enfermedades diarreicas, tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual, ceguera y sordera, y otros aspectos generales de la lucha contra otras enfermedades no transmisibles; 9) reducción de \$326.600 en apoyo al programa, \$196.000 en disseminación de información científico-técnica y \$130.500 en presupuesto y finanzas. La tecnología de diagnóstico de tratamiento y de rehabilitación no experimentó ninguna reducción.

Refiriéndose a la otra suma de \$2.470.000 de modificación en el presupuesto para 1988-1989, explica que no se incluye en esta información porque es una reducción típicamente operativa indicada por el Director General como de carácter provisional. Espera que así sea.

Insiste en que las reducciones mencionadas se hicieron mediante la eliminación de puestos vacantes y la disminución o demora en el reclutamiento de personal, de acuerdo con lo indicado por el Subcomité de Planificación y Programación.

Con respecto a los elogios del Sr. Boyer, expresa su agrado por la manera en que se aprecia la estimación de los gastos de la Organización y espera que ello sea una tendencia general que incluya a las otras Oficinas Regionales. La OPS ha perdido algo en la distribución porcentual de los recursos de la OMS, lo que prodía ser una indicación de lo que está ocurriendo en otras áreas.

Dirigiéndose al Dr. Borgoño, indica que no le parece acertado cambiar las reglas del juego aisladamente a causa de la posición tomada por los Representantes de los países de América Latina en la Asamblea Mundial de la Salud, cuando se discutió el presupuesto para el bienio 1988-1989. Esta actitud simplemente pondría a la Región de las Américas en una situación desventajosa en relación a las otras Regiones. Señala que las Reglas de la OMS no fueron decisión del Director General, sino del Consejo Ejecutivo y son aprobadas por los Estados Miembros.

Volviendo a las dudas del Sr. Boyer en cuanto a las diferencias entre el presupuesto de 1988-1989 y el de 1990-1991, dice que en el cuadro antes mencionado se muestra la evolución de los porcentajes de aumento. En el bienio de 1990-1991 habrá que hacer esfuerzos para sobrevivir. La OPS está perdiendo la capacidad para introducir cambios y ponerlos en ejecución, porque el margen que le permite maniobrar, en términos de la utilización de recursos, es cada vez más exiguo. Todos

los que tienen experiencia administrativa y gerencial saben que cuando se implantan cambios hay que pagar un costo inicial, aunque el resultado final sea mayor eficiencia, pero la OPS ya no tiene reservas para pagar ese costo inicial.

Indica el Director que oportunamente se analizará un documento sobre las perspectivas presupuestarias inmediatas, pero no ve ninguna posibilidad de alterar la situación. De todos modos seguirá siendo optimista, e incluso idealista, y cree que podrá cumplir con el mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana lo que respecta a las orientaciones y prioridades para el cuatrienio 1987-1991. Se procurará intensificar las acciones de la Organización para apoyar a los países en sus esfuerzos por transformar, fortalecer y perfeccionar los sistemas nacionales de salud y los servicios correspondientes; atender a grupos prioritarios tales como madres, niños, ancianos y pobres, y continuar la generación, análisis y adaptación de la información científico-técnica para los países. Espera también continuar, en la medida posible, el perfeccionamiento administrativo y gerencial de la Organización, en particular los mecanismos de programación, ejecución y evaluación de las actividades de cooperación con los países. Su único temor es que entre las intenciones y la realidad haya una gran brecha.

Pasando al aspecto de los fondos extrapresupuestarios, dice que espera poder seguir movilizando esos fondos para proyectos y programas específicos. Para el bienio de 1988-1989 tiene la esperanza de conseguir unos \$100 millones, y de aumentar la cifra para 1990-1991. Hace notar, sin embargo, que la reducción de recursos del presupuesto ordinario

tendrá un efecto negativo hasta en la capacidad de movilizar recursos extrapresupuestarios, ya que la Organización no podrá ni siquiera asignar fondos iniciales para atraer recursos externos, preparar proyectos o incluso apoyar a los países para que elaboren proyectos que resultan atractivos para los bancos.

Mr. BOYER (United States of America), referring to Table IV, section 13, of Document CE101/20, noted that the WHO Regular Budget proposal for work on AIDS in 1990-1991 was \$100,000, whereas there was no provision for 1988-1989. Could the Director say how much was budgeted for AIDS in the current biennium from PAHO and WHO resources combined and what his intentions were for 1990-1991, so that the Committee could see whether any shift in the balance of budgetary allocations was proposed?

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) explica que el presupuesto de 1988-1989 fue elaborado en 1986, y por eso no incluyó fondos para la lucha contra el SIDA. Actualmente, la OPS cuenta con unos \$400.000 para ese programa: \$100.000 de la OMS y \$300.000 del presupuesto de la OPS. En el bienio anterior \$300.000 fueron transferidos a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) para equipos de laboratorio, los cuales no se utilizaron en su totalidad y parte de esos fondos está disponible. Del excedente generado en el bienio pasado, \$150.000 se aplicarán a la Segunda Teleconferencia sobre el SIDA. Lo que es más importante, y que no se expresa en términos financieros, es que se han tomado fondos de otras actividades de la Organización para asignarlos al programa del SIDA. Hoy en día hay tres funcionarios que trabajan

exclusivamente para ese programa, dos en la Sede y uno en CAREC, aunque están asignados en el presupuesto de otros programas. Esto representa una suma de \$600.000 aproximadamente para un bienio. En la medida en que la ejecución del presupuesto permita, se apoyará en todo lo posible al programa sobre el SIDA. En relación con el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS, que cuenta con un presupuesto de \$68 millones, reconoce que la Región de las Américas ha tenido una participación menor que otras Regiones, lo cual es comprensible si se considera la situación en la Región de África. Desde 1986 la Región de las Américas ha recibido cerca de \$5,5 millones del Programa Mundial, pero la mayor parte de esos recursos se asignan directamente al apoyo de programas nacionales y queda poco para el Programa Regional. Recientemente se han concertado acuerdos con el Programa Mundial que permitirán recibir más fondos para actividades regionales en el futuro inmediato.

Indica que también se acordó con la OMS que la Región no haría esfuerzos individuales para conseguir recursos extrapresupuestarios para el Programa Regional sobre el SIDA y que toda movilización de recursos se haría a nivel central en la OMS. La OPS ha cumplido con este parecer y la única actividad que se ha realizado independientemente nació espontáneamente y es un programa de investigación con los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América (NIH).

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

ITEM 4.1: ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS
TEMA 4.1: SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

Dr. ST. JOHN (PASB), introducing the information given in Document CE101/17 and the update of AIDS surveillance in the Américas (CE101/17, ADD. I), said that AIDS had first been brought to public awareness in 1981 when the United States Centers for Disease Control had reported the first five cases, although the spread of HIV had begun earlier. The extent of that spread could still only be guessed. WHO estimated that five to ten million people in the world were infected with HIV, and PAHO figures suggested that from two to two and a half million of those resided in the Region of the Americas. The figures for persons actually suffering from AIDS were more reliable. By May 1988, 136 countries had reported 96,433 cases to the WHO Global Program on AIDS, though the true figure was probably between two and four times higher owing to underreporting and was underdiagnosis.

From information presented at the IV World Scientific Meeting on AIDS, which he had just attended, a number of sobering conclusions could be drawn. Significant advances in the understanding of HIV at the biomolecular level indicated that the ability of the virus to affect aminoacid changes in its glyco-protein envelope could result in a total loss of host antibody reaction. Further, there was evidence that under certain conditions the human immune response might itself enhance viral replication in human monocytes. Certain areas of HIV structures that

contributed to its infectiousness were not readily accessible to the human immune system. All those factors increased the difficulty and complexity of public health intervention in prevention of the disease.

Although there might be a possibility of developing chemotherapeutic approaches to contain, retard, or stop the progressive deterioration of the human immune system, there was no such optimism with regard to the development of a vaccine. Even a vaccine that adequately stimulated the production of antibodies to the virus was no guarantee of protection against infection.

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

Clinical manifestations varied considerably from person to person, and seroconversion could occur at any point in the course of the disease.

In short, no major breakthroughs had been announced and, given the complexity of what was now known, it seemed likely that research would henceforth advance more slowly on many different fronts.

A summary of AIDS surveillance in the Americas showed that, as in all other Regions of the world, the number of known AIDS cases bore no relation to the magnitude of the problem.

The epidemic was being tracked by monitoring the total number of cases since 1981. Calculation of the ratio of reported cases per calendar year to the median population provided the basis for a comparison between countries, which showed very wide variations, from 7.5 cases per million in 1987 in Brazil, for example, to almost 400 per million in some Caribbean countries.

AIDS cases in Latin America had initially been reported among male homosexuals and bisexuals with a history of travel outside the Region, and that pattern of transmission had continued in North America and most of the countries in the Southern Cone and Andean areas. An important feature in some countries in Latin America was the proportion of bisexual males, who accounted for 15-25% of all AIDS cases. Many of them were married or had stable female partners, and therefore represented a very efficient bridge for transmission of the virus to the heterosexual population. Although seroprevalence studies to detect the presence of HIV antibodies among volunteer homosexual and bisexual men showed lower rates of infection than among similar groups in the United States of America, the data possibly indicated later introduction and dissemination of infection in the Latin American and Caribbean countries.

Cases involving heterosexual transmission of HIV were still below 10% of all cases in most countries of Latin America. In the Caribbean and parts of Central America, however, significant numbers of AIDS cases and HIV infections were being detected in women. For example, the male to female ratio throughout the Caribbean was now less than six to one, and in some Central American countries as low as two to one.

Blood transfusions were assumed to be responsible for 5-10% of AIDS cases in some countries. Transmission of the AIDS virus by the use of contaminated needles among intravenous drug abusers was, however, less significant in Latin America than in the United States of America.

Cases associated with perinatal transmission were still rare. The majority of cases in children were attributable to transfusion of infected blood and blood products or occasionally to child sexual abuse and prostitution.

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

What had been the national and regional response so far? Even before the formal organization of the Global Program on AIDS in 1987 countries had initiated activities for the prevention and control of HIV and AIDS. During the past 18 months PAHO had collaborated with most of the countries of the Region to consolidate those activities into national prevention and control programs. By August 1988 every country in the Region would have a short-term plan in operation, with PAHO providing technical collaboration, consultation, evaluation, and AIDS education and information.

In addition, PAHO had established contact with nongovernmental and private voluntary organizations and international agencies to coordinate technical and financial support for the national programs.

The Organization's first goal had been achieved with the development of AIDS programs throughout the Region. It was now essential to concentrate on the long term, including the identification of financial needs and possible mechanisms for funding national prevention and control efforts. Educational efforts must be strengthened and a target set for guaranteeing the safety of all blood and blood products used in the Region. Political and financial commitment by every country would be essential, and national priorities might have to be redefined in favor of the health sector in general.

The session was suspended at 10:35 a.m. and resumed at 11:00 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:35 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

Dr. HINMAN (United States of America) said that PAHO played an important role in assisting Member Governments to develop programs in AIDS prevention and control. Such programs were also a priority for his Government which, through the Agency for International Development, had provided approximately \$2 million in bilateral support in 1988. He noted that Document CE101/17 contained various figures relating to AIDS funding, and in that connection he requested clarification of the overall scheme, in particular the anticipated contributions of Member Countries.

With respect to surveillance and reporting of AIDS cases, he noted that, while bisexual males accounted for an estimated 20% of AIDS cases,

women and children accounted for only approximately 5% or less. Those statistics might reflect either the recent introduction of the virus into population of women and children, who had not yet had time to develop the illness, or the inadequacy of the surveillance methods for identifying cases among women and their offspring. Perhaps Dr. St. John could comment on that point. A related issue was the lack of a standardized definition of pediatric AIDS, and he would encourage the development of such a definition.

Finally, he noted that the phrase "acquired immune deficiency syndrome" appearing in Document CE101/17 should be modified to read "acquired immunodeficiency syndrome."

El Dr. BORGÑO (Observador, Chile) comenta varios aspectos del Programa Especial de Lucha contra el SIDA. En primer lugar, se refiere al aspecto gerencial y de organización, que es el más deficitario. Todo está centralizado en Ginebra, en el Programa Mundial, donde se reúnen los recursos de acuerdo con las presentaciones de las regiones, y las decisiones son lentas. No está claramente establecido qué decisiones son regionales y qué otras son mundiales, y esta es una cuestión muy importante para la ejecución del programa. Tampoco se ve ninguna proyección programática en relación con los presupuestos necesarios para un programa incluso de corta duración, por ejemplo de cinco años, indispensables para orientar la recolección y distribución de fondos. Al mismo tiempo, los gobiernos deberían tomar cada vez más conciencia de que no pueden contar solamente con los fondos provenientes de la OMS, sino que tienen que aportar su propia parte para poder llevar a cabo los

programas nacionales contra el SIDA. Salvo la estructura de personal, que seguramente ya estaba en los servicios de salud o en los ministerios, los países destinan pocos recursos a estos programas. No obstante, desviar recursos de otros programas también puede crear problemas en las políticas de salud ya que, si bien es cierto que el SIDA es muy importante, tiene que haber un adecuado equilibrio entre las prioridades de los servicios de salud en relación con los beneficios en función de los costos, la magnitud de los problemas y la posibilidad de solucionarlos. Por lo tanto, hay que insistir en el aspecto gerencial del Programa.

Desde el punto de vista administrativo, el orador pregunta al Dr. St. John en qué estado se encuentra la creación del fondo rotatorio para la adquisición de reactivos. Se ha planteado varias veces que las compras de esos reactivos, que son en general caros, e incluso la compra de algunos equipos, podrían hacerse en forma centralizada, en el ámbito regional, tal como ya viene haciéndose con respecto a las vacunas en el Programa Ampliado de Inmunización. Es importante saber en qué etapa se encuentra este proceso, así como difundir los nuevos métodos rápidos de detección, que podrían facilitar su ejecución. Los aspectos técnicos relacionados con la administración del Programa son bastante importantes, y se requiere actualizar los conocimientos acerca de esta situación. Por otro lado, la capacitación de personal es fundamental. Hay pocos países con gente capacitada, y se solicitan con demasiada frecuencia sus servicios fuera de sus países. Eso no quiere decir que estos técnicos no

deban cooperar con otros países, porque este es un problema que afecta a todo el mundo, pero tampoco se trata de que pasen cuatro meses al año asesorando a otros técnicos de otros países y desatiendan las necesidades de su propio país.

Con respecto a los productos sanguíneos destinados a los hemofílicos, dice el orador que ya ha habido ciertos problemas. Los métodos de esterilización de esos productos, por ejemplo, han fracasado y se ha detectado la posibilidad de infección por medio de ellos. Se han cambiado las normas, pero todavía es pronto para saber los resultados de este cambio. Conviene que los países intercambien información acerca de este tipo de problema para evitar la posibilidad de infección en los hemofílicos. Asimismo, se requieran los esfuerzos conjuntos de los países para evitar la difusión de esta enfermedad. En especial, es necesaria la colaboración entre los países con un intercambio importante de turistas o de otro tipo de población, así como entre los países limítrofes. A su vez, el Programa debería proponer a los Cuerpos Directivos una política en relación con los requisitos necesarios para residir por un período relativamente largo en otro país. Cada país debe hacer lo que estime más conveniente, es cierto, pero es evidente que para ello serán muy útiles las sugerencias y recomendaciones de los expertos.

Por último, el Dr. Borgoño se refiere a la necesidad de promover la investigación de los aspectos sociales, psicológicos y éticos relacionados con el SIDA. Las personas están informadas sobre el uso de preservativos, por ejemplo, y a pesar de que saben que son útiles para evitar la transmisión de la enfermedad no los usan. Dice, por lo tanto, que no habido un cambio en la conducta de la gente, como ya comentó el

Dr. St. John, y que obviamente es necesaria la investigación de esta actitud. Finalmente, en relación con la Teleconferencia sobre el SIDA que se celebrará en Sao Paulo en septiembre próximo, pregunta si su país ha sido seleccionado para recibir la transmisión por televisión en directo.

El Dr. QUIJANO (México) felicita al Dr. St. John por su presentación, que no solo ha sido equilibrada en cuanto a conocimientos básicos y epidemiológicos, sino también respecto a las consecuencias socioeconómicas.

Si bien hay razones para enorgullecerse del liderazgo ejercido por la OMS y la OPS en la lucha contra el SIDA, es evidente que hacen falta todavía muchas investigaciones sociológicas, psicológicas y biológicas. Sin embargo, no debe dejarse ese trabajo solo a tres o cuatro países, como los Estados Unidos de América y algún país europeo. Los países latinoamericanos han de poner en práctica los conocimientos adquiridos gracias al adiestramiento recibido en la Organización sobre pruebas sencillas de detección, pero no aprovechar los reactivos y los estuches únicamente para realizar pruebas entre prostitutas, homosexuales y gente de conducta dudosa, como ha ocurrido en ciertas ocasiones con algunos funcionarios de salud pública que, sintiéndose investigadores epidemiológicos, han actuado de esa manera. Es esencial que se utilice el equipo de detección y diagnóstico, sobre todo en las pruebas con donantes de sangre.

Dr. ALLEN (Panamá) felicita también al Dr. St. John por la presentación del tema, así como al Dr. Hinman por la información complementaria que ha facilitado al Comité.

A continuación, expresa la preocupación que existe en su país por la expulsión de los Estados Unidos de América de ciertos panameños. En 1987 se celebraron consultas entre las representaciones de Centroamérica y Panamá el Dr. Guerra de Macedo y el Dr. Koop, respecto a la expulsión de ciudadanos panameños que no tuviesen la documentación en regla y estuvieran enfermos de SIDA, lo que se haría en virtud de una ley estadounidense. Se solicitó entonces que se difundiera profusamente información, pues uno de los mejores medios de prevenir la enfermedad es la educación del público, y el Gobierno de los Estados Unidos de América se comprometió a facilitar datos sobre la evolución del SIDA en las últimas fechas y también sobre las personas en las que se había detectado la enfermedad y habían sido expulsadas. Sin embargo, se ha repatriado a panameños y no se ha recibido información alguna.

Otro sector importante en el que se requiere la ayuda de la Organización, aunque ya se cuenta con ella en cierta medida, es el de la compra de reactivos y equipo para pruebas de detección. Sería útil que se efectuase de forma uniforme en toda la región centroamericana.

Asimismo, convendría que todos los países tuvieran personal formado en los diferentes métodos de detección, con lo cual se aprovecharía mucho mejor la información que se recibe.

Dr. ST. JOHN (PASB), in response to Dr. Hinman's request for clarification of the AIDS funding situation, said that in 1987 PAHO had

received \$2,580,000 for direct support of countries and \$480,000 for regional activities, resulting in a total of \$3,060,000 in funding under WHO's Global Program on AIDS (GPA). In 1988, country support to date had amounted to \$2,373,000 and regional support, to \$355,000, making a total of \$2,728,000. For the remainder of 1988, PAHO had requested \$1.03 million in additional funding for new staff, and had advised WHO to put approximately \$4.7 million on reserve for direct support to countries.

It was not possible at the present time to estimate the total amount of external and internal funding required for AIDS prevention and control. The main effort had so far concerned start-up costs, with little attempt to examine longer-term funding needs. In that connection, countries had been asked to develop 3-year plans indicating both their funding requirements and their commitments.

He agreed with Dr. Hinman that there were surveillance problems, and thought that the small number of AIDS cases reported for women and children was probably due to both the factors suggested, as well as perhaps others.

In most countries there were no systematic attempts to screen different populations. The surveillance problem was, as noted by Dr. Hinman, further aggravated by the absence of a definition of pediatric AIDS and he hoped that a regional meeting on AIDS case definition would be held by the end of 1988 so that the standard WHO/CDC definition could be adapted to the Region's needs.

Responding to Dr. Borgoño's comments on program management, he noted that WHO had, at least in the case of PAHO, changed its policy of

centralization and had made the latter agency responsible for the recruitment and selection of posts related to AIDS prevention and control. It was true that there had been a slowdown in response time from WHO; however, that was related strictly to the overwhelming burden of work as a result of the AIDS effort.

He agreed that there was a need for budgetary projections and for planning exercises both at the regional and national levels and, in that connection, PAHO expected by the end of 1988 to produce a regional plan covering the period 1989-1991.

The most efficient way of assisting countries to meet the import costs of AIDS reagents and testing kits had not yet been determined. Currently under negotiation was an arrangement with commercial producers which would allow countries to purchase reagents and kits through PAHO under a fixed-price contract. Many new screening tests were being developed, including the "rapid test" whose results could be read without special equipment.

However, such tests were probably too costly for large-scale screenings and would be useful only in selected individual cases or in remote areas lacking the necessary equipment.

He regretted that the relative absence of qualified consultants in the field of AIDS had caused PAHO to depend on a few key personnel in Latin America and the Caribbean. That problem would be alleviated as the AIDS effort continued, with more people receiving the necessary technical and language training.

There had been a short-lived problem in Canada concerning products for treatment of hemophilia that had been contaminated with the AIDS virus owing to an inadequate heating process. After the problem had been identified, most companies had rapidly adopted a modified process which should guarantee the safety of the products.

The relation of the movement of people between countries and requirements for AIDS testing was a complex issue. He was proud that all the countries in the Hemisphere had agreed not to restrict the movement of casual travellers. The issue of prolonged stays was more difficult. He saw no reason on epidemiological grounds to require testing for individuals planning lengthy stays in another country, but there might be economic reasons for taking such an action: for example, an infected person might move to a country where advanced care was available and thus add to the burden on the health services. Many countries had implemented regulations concerning AIDS testing for immigrants. The length of time after which testing would be mandatory appeared to be arbitrarily determined, and in some cases excessively short. Further discussion was needed on the issue.

WHO and PAHO were in the process of finding new directions for the AIDS effort. Further behavioral and sociological research was definitely needed and, to that end, the Global Program on AIDS had established a behavioral research unit. PAHO was also planning an expanded program in the Americas which would include a similar focus. Another innovation was

the two-way audio/video interaction which, depending on funding availability, would be offered during the Second Pan American AIDS Teleconference.

With respect to the question raised by the Representative of Panama, he noted that there was no international agreement about the transfer of information regarding the HIV status of individuals. The questions of confidentiality and transfer of information between and within countries were the subjects of heated debate, and much more discussion was needed to arrive at a just solution. In the meantime, PAHO would continue to provide countries with pertinent technical information.

El Dr. VILLALBA (Uruguay) se manifiesta preocupado por el comportamiento de la sociedad con los casos de infección por el VIH o de SIDA propiamente dichos, cada vez más numerosos.

La prensa internacional influye en gran medida en ciertas formas de conducta, debido a su avidez de noticias sensacionalistas. Para contrarrestar esa influencia, en el Uruguay, donde hay pocos casos de SIDA, se facilita información periódica sobre casos y defunciones, pero sin dar los nombres de los pacientes. Por otra parte, es indispensable que exista un intercambio entre los países en materia de legislación con miras a la rehabilitación de los pacientes.

The CHAIRMAN requested the Rapporteur to prepare a proposed resolution for distribution at a subsequent plenary session.

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

El Dr. DE QUADROS (OSP) indica que faltan 30 meses para la fecha fijada por los Cuerpos Directivos de la OPS para alcanzar las metas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), es decir, de vacunar a todos los niños de la Región y de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para fines de 1990. Es importante mencionar el alto grado de compromiso de los países, así como el alto grado de cooperación internacional entre las diversas organizaciones que han formado el Comité de Coordinación Interagencial de apoyo al programa regional de la OPS: la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Club Rotario Internacional. También es importante mencionar que en los últimos dos años todos los países han completado sus planes nacionales quinquenales para el PAI y la erradicación de la poliomielitis en la Región. Todos estos países, a excepción de tres, han firmado acuerdos entre ellos y el Comité. Este Comité, que en un principio solo se ocupaba de los temas relacionados con la inmunización, ahora ha ampliado sus funciones y trabaja con otros aspectos de la atención de salud, en especial en el área maternoinfantil y otros programas prioritarios.

Seguidamente el orador pasa a mostrar y comentar algunas diapositivas. Explica que la aportación de los diversos miembros del

Comité de Coordinación Interagencial asciende a un total de US\$90 millones. En 1985-1986, cuando se elaboró el plan de acción quinquenal, toda la ayuda internacional se estimaba más o menos entre \$50 y \$60 millones, pero hoy en día la AID, por ejemplo, ha proporcionado a la OPS \$20,6 millones y además ha destinado otros \$20,5 millones para actividades bilaterales con el PAI. El Club Rotario Internacional, que en principio aportó \$10 millones para el plan, ya ha desembolsado \$18,5 millones. Esto no solamente significa que hay un gran interés en el Programa por parte de las organizaciones mencionadas, sino que asimismo refleja el trabajo hecho en los países, la buena elaboración de los planes y los resultados alcanzados hasta el momento. En relación con el Club Rotario Internacional, hay que señalar que si bien había prometido una ayuda de \$6 millones a nivel mundial, en realidad destinó \$210 millones, o sea, que incluso el sector privado y no gubernamental reafirma su compromiso de cooperación.

El Programa Ampliado de Inmunización se considera como uno de los mayores éxitos en salud pública de los últimos años. Así fue afirmado en la reunión cumbre de Ministros de Salud celebrada en Tailloires, Francia, en marzo de 1988. Cuando se inició el PAI, en 1978, la cobertura de vacunación era muy baja, pero en estos años de intenso trabajo ha aumentado considerablemente hasta alcanzar a cerca del 50% de toda la población infantil del mundo. En la Región de las Américas ha habido un aumento importante en la administración de la vacuna antipoliomielítica en relación con las otras vacunas, pero todavía queda mucho camino que recorrer para cumplir las metas propuestas. En los últimos tres años, la

vacunación con DPT se ha mantenido alrededor de 50-55%. En el caso del sarampión ha disminuido; esto se atribuye a un efecto indirecto del programa del SIDA en América Latina, ya que algunos países han tenido dificultades en mantener los programas de vacunación contra el sarampión debido al problema de las jeringas y su esterilización. En los países del Cono Sur ha aumentado la cobertura de vacunación antisarampionosa; lo mismo ocurre en la Area Andina con respecto a DPT.

En el caso específico de la vacuna antipoliomielítica, se ha progresado bastante, especialmente en el Brasil, México, el Caribe de habla inglesa y el Cono Sur. Hay problemas importantes en Centroamérica, en el Area Andina y en parte del Caribe.

Hay que tener en cuenta que la estrategia recomendada por el Grupo Técnico Asesor se basa en tres puntos fundamentales: mantener altas coberturas de vacunación, vigilar escrupulosamente todos los casos--tanto sospechosos como confirmados--y contener eficazmente todos los brotes.

En cuanto a la cobertura, hay mucho que hacer para alcanzar la meta, como se verá por algunas de las cifras siguientes. En el Brasil y México, gracias a las jornadas nacionales de vacunación, se ha llegado al 60%; en Chile y el Paraguay se ha superado el 80%, y el Uruguay se acerca a este último porcentaje. En el Caribe Latino (Cuba, la República Dominicana y Haití) hay una gran diferencia entre Cuba, que presenta más del 80%, y los otros dos países. Los países más problemáticos son, en el Area Andina, el Ecuador, el Perú y Colombia y, en la subregión centroamericana, Guatemala, El Salvador y Honduras, donde actualmente hay

casos de poliomielitis. En resumen, la situación presenta diferencias muy grandes, al igual que ocurre respecto a otras enfermedades objeto del PAI.

Otro método de análisis de la cobertura empleado es "por municipios", teniendo en cuenta la infraestructura y las zonas de riesgo, para conseguir una distribución más equilibrada de los recursos. Según las cifras obtenidas en los países a partir de 1986, la cobertura en 1987 había aumentado en un 10% en casi todos los municipios de alto riesgo, mientras que en otros superaba el 80%. Por ejemplo, en Colombia casi el 60% de todos los municipios tienen una cobertura alta. Estos datos muestran que este indicador permite evaluar la organización de los sistemas de salud. Tomando el ejemplo de Chile, el que más del 90% de sus municipios tengan una cobertura superior al 80% muestra que la infraestructura es adecuada y que el programa de vacunación funciona bien.

En cuanto a la vacunación en sí, el Grupo recomienda que los países que tengan casos de poliomielitis incluyan en sus programas jornadas nacionales de vacunación, con el fin de que el virus vacunal pueda interrumpir la transmisión del virus salvaje, además de aprovechar esos días para practicar otras inmunizaciones, con lo cual el PAI tendrá repercusiones más significativas. Desde 1987 todos los países expuestos a la poliomielitis, o con casos ya notificados, organizan jornadas de ese tipo, pero en algunas ocasiones no han tenido éxito debido a la mala organización o a la discontinuidad de las campañas. La política de la OPS--de los Cuerpos Directivos, del Grupo Técnico Asesor y del Comité Interagencial--es que la estrategia debe continuar aplicándose hasta interrumpir la transmisión.

Volviendo al tema de utilizar otras vacunas en las jornadas nacionales de vacunación antipoliomielítica, en la diapositiva proyectada se ve que todo el programa avanza cuando se sigue la estrategia (por ejemplo, en Colombia, donde no sólo aumentó de un 40 a un 60% la cobertura contra la poliomielitis, sino también la protección conferida por la vacuna DPT y la antisarampionosa), mientras que los efectos son negativos si se interrumpe. Cabe citar también el caso de El Salvador, que antes de implantar dichas jornadas tenía unas tasas de abandono entre la primera y la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica del 80%, mientras que, a partir de 1984, año que se iniciaron las jornadas nacionales de vacunación, dichas tasas comenzaron a disminuir llegando al 20% en 1987.

En cuanto a los progresos conseguidos con el programa, cuando en 1978 se inició el PAI en las Américas el promedio anual de casos de poliomielitis oscilaba entre 4.000 y 5.000; a partir de ese año, la incidencia no ha dejado de disminuir y la cobertura es actualmente de un 80%. En 1987 se notificaron 650 casos, mientras que en 1986 esa cifra era de 933 (reducción de un 30%); según la información recibida hasta mediados de junio, en 1988 se ha registrado una nueva disminución del 30% en relación con el mismo período en 1987: 179 casos de poliomielitis en comparación con 268, respectivamente.

En la reunión que celebrará el Grupo Técnico Asesor a fin de 1988 será interesante analizar la situación en El Salvador, donde en 1987 se confirmaron 54 casos y recientemente se ha registrado un caso confirmado y cinco o seis sospechosos. Si esto se mantiene podría pensarse con optimismo que lo mismo habrá ocurrido en todos los países de la Región.

Refiriéndose de nuevo a las recomendaciones del Grupo Asesor Técnico, dice el orador que la mayor dificultad que aún se encuentra en los países de la Región es la falta de decisión política, junto con el mantenimiento de las estrategias del Programa. Los recursos están disponibles y los problemas de orden técnico se están resolviendo.

Considera que el esfuerzo para la erradicación de la poliomielitis ha ejercido un efecto muy positivo para el desarrollo general del PAI. El aumento de la cobertura, aunque no al mismo nivel que respecto a las otras vacunas, la mejora considerable en la vigilancia epidemiológica, la organización de las redes de laboratorios, las metodologías de planificación y de coordinación interagencial, así como la evaluación de programas han resultado útiles para otros programas de los países y para el proceso general de descentralización de los servicios de salud y de la organización de los sistemas locales de salud. Sin embargo, la tarea es muy difícil. El compromiso de la Región de las Américas en la erradicación de la poliomielitis es todavía mayor si se tiene en cuenta que en mayo de 1988 la Asamblea Mundial de la Salud estableció el plan de acción para erradicar esta enfermedad; sin duda las experiencias de las Américas pesaron mucho en las decisiones de la Asamblea.

The session rose at 12:10 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:10 p.m.