

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XXXVII Meeting

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/1
27 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Monday, 27 September 1993, at 9:00 a.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1993, a las 9:00 a.m.

Acting President: Dr. Carlos Castro Charpentier Costa Rica
Presidente Provisional:

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Contents
Indice

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

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: *This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.*

Contents (cont.)
Indice (cont.)

- Item 2.1: Appointment of the Committee on Credentials
Tema 2.1: Nombramiento de la Comisión de Credenciales
- Item 2.2: Election of the President, Two Vice Presidents, and the Rapporteur
Tema 2.2: Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y el Relator
- Item 2.3: Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution
Tema 2.3: Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
- Item 2.4: Establishment of the General Committee
Tema 2.4: Establecimiento de la Comisión General
- Item 2.5: Adoption of the Agenda
Tema 2.5: Adopción del programa de temas
- Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1992
Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1992

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

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

EL PRESIDENTE PROVISIONAL declara abierta la reunión y pide al Secretario que informe si hay quórum.

The SECRETARY (Dr. Knouss, Deputy Director, PASB) said that as there were Representatives of at least 32 States present, there was a quorum.

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

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) dice que siente una gran satisfacción al darles a todos la bienvenida a la Sede de la Organización Panamericana de la Salud y de la Oficina Regional de la OMS para las Américas, que es la casa de la salud de las Américas.

Señala que con la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se cierra el año de celebración del nonagésimo aniversario de la OPS. Durante todo el año se llevaron a cabo diversas actividades para conmemorar el aniversario y dar a conocer la Organización, tanto en sus éxitos como en sus fracasos.

Entre las actividades regionales se destacó la publicación del libro *Pro Salute Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, el cual fue preparado por el Servicio Editorial de la OPS. Este libro fue presentado a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1992, y distribuido en toda la Región y otras partes del mundo. El 2 de diciembre, fecha en que se cumplían los 90 años de haberse realizado la reunión internacional que dio vida a la OPS, se celebró en la Sede una ceremonia especial de conmemoración. Además, durante el año se emplearon timbres y sellos conmemorativos para la correspondencia oficial de la Organización y se publicaron artículos sobre el aniversario en las revistas oficiales de la OPS.

Agradece de todo corazón las diversas actividades que celebraron los Gobiernos Miembros en conmemoración del acontecimiento. Se presentaron placas recordatorias, medallas, certificados e incluso condecoraciones, en Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Los correos nacionales emitieron estampillas o matasellos conmemorativos en las Antillas Neerlandesas, Bahamas, Colombia, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay. Se realizaron concursos de fotografía, música, y otras expresiones de arte en Barbados, Colombia, Cuba, Nicaragua, Paraguay y Trinidad y Tabago. También se publicaron comunicados de prensa especiales en Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Venezuela y otros países.

Para quienes trabajan en la Organización, el nonagésimo aniversario ha sido una oportunidad para reflexionar profundamente sobre el significado de la salud en la vida

de las personas, las familias, las comunidades y los pueblos, y para reforzar el compromiso de todos con los principios de salud para todos y las estrategias que la puedan hacer posible.

Reconoce que la agenda de la reunión está bastante cargada, pero se hizo lo posible por discutir con los Gobiernos Miembros los temas de interés y especialmente los que tienen significado especial por ser la primera vez que se presentan ante el Consejo Directivo. Espera que la reunión se lleve a cabo con el espíritu constructivo que siempre ha caracterizado las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y que de ella emanen recomendaciones y decisiones que fortalezcan los programas regionales y nacionales, así como la capacidad institucional de la propia Organización.

Por último, llama la atención de los presentes a la exposición de material gráfico y audiovisual que se ha preparado y que esta vez está dedicada al quehacer de dos Centros de la OPS: el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con sede en Montevideo, Uruguay y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en Lima, Perú, que acaba de celebrar su vigésimo quinto aniversario. Invita, por lo tanto, a echarle un vistazo a la exposición. Reitera a todos su bienvenida y les asegura que la Secretaría tendrá mucho gusto en servirles en lo que fuere necesario.

El PRESIDENTE PROVISIONAL agradece al Director sus palabras y pide al Director General de la OMS que se dirija al pleno.

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

Dr. NAKAJIMA (Director-General), WHO): "Mr. President, Honorable
Representatives, Distinguished Colleagues, Ladies and Gentlemen.

"It is a traditional duty, but also a pleasant privilege, for me to meet with you
on the occasion of your Regional Committee and, as I have done over the past five years,
provide you with an update on the evolution of WHO and its global activities.

"Political turbulence and financial crises, which have hit hard the world over,
have also reached the World Health Organization and the health sectors of most
countries. Health has emerged as a major political issue, as the realization has grown
that it is a major social and economic issue. Public opinion today commonly ranks health
as one of its main concerns and expects governments to live up to their responsibilities
in this field. The economic impact of health has also come to the fore: not only as a
line of heavy expenditure in national budgets, but also as a potential investment in a
booming service industry, as an investment in human beings and the future of our planet
and, last but not least, as a prerequisite for sustainable human development.

"As a political issue, health will be a more difficult, sensitive and competitive
domain at the national and international levels, but most of all at the local level. This
political environment, however, also creates new opportunities. We must explore them
and make the most of them to improve the health of all peoples of the world. We must

win the battle for the survival and happiness of humankind. We in WHO must adapt and rise to the challenge with innovative approaches to health systems and interventions.

"WHO's initiatives and activities are on track and will meet their targets. Dracunculiasis, which is prevalent mainly in Africa, will be eliminated by 1995. Leprosy will be eliminated as a public health problem by the year 2000. We can reasonably expect that poliomyelitis will be eradicated by the year 2000. The WHO Onchocerciasis Control Program has reached its final stage and calls for devolution to the local level, with international support for land development, human resettlement, and redevelopment of agriculture in the 24 million hectares that have been made oncho-free. Although we are confronted with a serious cholera pandemic, there has been a striking reduction in case fatality rates throughout the world, except in those areas where a new strain has recently appeared. WHO Programs on Control of Diarrheal Diseases and Acute Respiratory Infections have made steady progress. The Expanded Program on Immunization has already reached 80% coverage of the world's children. If sustainability can be achieved, these last three programs together will help prevent seven and a half million child deaths per year. The WHO Global Program on AIDS continues to strengthen its support to national AIDS programs, as well as to research and development efforts.

"In carrying out WHO's task, we can trust in the wisdom of our Constitution. The mission and fundamental principles it proposes for WHO are still relevant today. To all WHO Member States I have pledged that, during my second mandate as Director-

General of WHO, I will continue to pursue our common goals of health for all through primary health care. 'Health for all' must remain our common vision -- the vision of a world in which all peoples and individuals can enjoy an affordable health care, of acceptable quality.

"Peace and sustainable development, equity and democracy are the principles that must guide health development. There can be no lasting peace without social justice and harmony. Sustainable human development must be both economic and social. It will be achieved only when all people, individuals and communities alike, are freely involved and given a chance to enhance their own potential. It implies the exercise of democracy and respect for human rights. In WHO programs, this translates as 'community participation,' 'social justice,' and 'equity.' These principles are not rhetoric. They must govern action. They must be achieved through a pragmatic partnership.

"The new partnership for health that I called for at the January session of the Executive Board this year, endorsed by the World Health Assembly in May, expresses my concern for pragmatism and democracy in health action and cooperation. Through this new partnership, all social actors will be motivated to share responsibilities in the all-out efforts required to achieve health for all, with universal access to health care and services. Our new partnership for health will ensure greater effectiveness through collective action or synergy. It will also emphasize sustainability through the continuing commitment of all actors concerned, within and beyond the health sector. As health

becomes an important domain in the broader realm of public policy, WHO will foster and take the lead in interdisciplinary, intersectoral and interagency alliances for health.

"To meet the challenges of changing environment, WHO itself is undertaking a process of profound internal reform of its structures and working methods. I wish to stress that, to me, the ultimate purpose of any reform must be to improve the relevance and performance of WHO services at country level. We must be ready and equipped to support countries in developing their health systems and in implementing health policy reform.

"Reform is made necessary worldwide by the interplay between global change and the epidemiological transition we are going through. The nature and scope of the AIDS pandemic and the resurgence of communicable diseases such as tuberculosis, malaria and cholera, constitute public health problems which also have considerable socioeconomic and political dimensions. Changes in lifestyles, influenced by market structures and marketing practices, bring with them an increased incidence of non-communicable diseases and psychosocial problems such as substance abuse, violence and suicide. Changes in the global environment are creating serious health problems, in particular a marked increase in respiratory diseases such as asthma. The economic recession, unemployment, migration, refugees, aging, and other demographic factors, all have a serious impact on health and public policies in developed and developing countries alike.

"The technological and information explosions have profoundly modified health care practices, the roles and responsibilities of health care professionals, and their relations with their patients, who now want to be recognized as constituents and fully-fledged partners. New ethical and legal issues are raised.

"All these changes call for the reform of public policies and, within this framework, the reform of our health care systems and approaches. They also require a clear redefinition and distribution of responsibilities for the formulation, coordination and implementation of public health policies, both at national and international levels. It is in this context that WHO has undertaken its reform process.

"Since the last session of your Regional Committee, the Executive Board Working Group on the WHO Response to Global Change has finalized its report and submitted its recommendations to the Forty-sixth World Health Assembly and the Executive Board. Acting upon the resolutions of the Assembly and the Board on this matter, the Secretariat has also been guided by the special report of the External Auditor, and the recommendations of the United Nations Joint Inspection Unit on decentralization.

"Having carefully looked into the report of the Working Group and its practical implications, the Secretariat worked out concrete proposals for the Program Committee of the Executive Board which met last July. The Secretariat suggested some regrouping of the 47 recommendations produced by the Working Group, and identified priorities for action together with a tentative timetable for their implementation.

"The Program Committee of the Executive Board discussed our proposals and made its own comments and suggestions, which are for your consideration at this session of your Regional Committee. The Program Committee is scheduled to meet again in November to complete its review of the recommendations of the Working Group and their follow-up, taking into account the views the Regional Committees may wish to express. In particular, it will consider the terms of reference of the Budget and Finance Committee that has been proposed to assist the Executive Board.

"Within headquarters, the reform process is underway. I am focusing on management, to streamline decision-making. The permanent dialogue I have initiated with the Regional Directors will be formalized within a Global Policy Council whose core membership will also include the Assistant Directors-General and the Director of the International Agency for Research on Cancer. This Global Policy Council is designed to strengthen the overall development, coordination, implementation and updating of WHO policies. A Management Development Committee will be made up of the Assistant Directors-General, Executive Directors, and Directors of Program Management from the six WHO regions, representing the Regional Directors. This Committee will ensure further linkage of program and budget management between headquarters and the regional offices. To support the Director-General in coordination and the development of strategies, communication, information, and executive functions, I have set up a Cabinet which will also act as secretariat to the Global Policy Council and the Management Development Committee.

"WHO's work will fall under four main policy directions: integration of health into public policies; equity and quality; promotion and protection of health; and disease prevention and control. A revised Classified List of Programs is being finalized. It will propose six major programs and activities. Within the Ninth General Program of Work, the reorganization and clustering of activities and expertise will be subordinated to targeted outcomes. Priorities will be assessed on both a technical and financial basis. Realistic goals and targets will be spelled out to facilitate regular monitoring and evaluation which, in turn, will serve as the basis for our biennial program budget proposals, within the general framework of our health for all strategy. Following up the recommendations of the Executive Board Working Group, we are initiating a process of publishing yearly assessments of the world health status. Finally, we are adjusting our financial procedures and administrative structures to keep bureaucracy to a minimum and further strengthen transparency and accountability. Changes are being introduced in the preparation of the proposed program budget for 1996-1997. On all these measures and proposals, I shall report to the Executive Board in January 1994, and to the Forty-seventh World Health Assembly in May 1994

"When the Program Committee met in July, I stressed that a number of recommendations for reform could be addressed directly by headquarters, but that others, of a global nature, would have to be taken up in coordination with the whole United Nations system, and that still others, involving the regional and country levels, had to be jointly addressed by WHO headquarters and all WHO regions.

"This applies to the review of current methods of delegation of authority between headquarters and regional offices, as well as between regional and country offices. It also relates to the redefinition of the functions, training and recruitment procedures for the WHO country representatives, including PAHO/WHO representatives. As a global health network, WHO brings together a wide range of skills and knowledge. Member States should be able to have full and quick access to WHO's capabilities, at all levels and wherever they may be located. This could be facilitated, for example, through greater use of intercountry teams and interregional missions.

"While it is the prerogative of the Regional Committees to decide on their own methods of work, this has implications for the scheduling and harmonization of reform for the whole of WHO. In fact, any final proposals for improvements in policy planning, analysis capability, and information systems, at any level, will require overall coordination between countries, regions and headquarters.

"Honorable representatives and colleagues, I have come to ask for your support and participation. I urge you all to be active and full partners in the major reform process that together we have launched. I request you, as the Regional Committee for the Americas, to set up a working group along the lines you deem most appropriate, to look into the recommendations made at the global level, as they apply to your region and your countries, particularly. Your initial suggestions and recommendations may then be submitted as an interim report by your Regional Director to the WHO Executive Board

in January 1994. A fuller report will be considered by the Board in January 1995, together with the program budget proposal for 1996-1997.

"WHO is the only global health network with a comprehensive approach to health and a deliberate concern for long-term impact and sustainability. It now numbers 187 Member States. It has always served all peoples of the world without exception. It has a long-standing tradition of political neutrality, and of high technical and ethical standards. We must uphold this tradition while improving our performance and demonstrating our capacity to adapt to our environment.

"The Region of the Americas may be characterized by its great geographic, economic and social diversity. Yet, it is also cemented by a strong sense of intraregional unity and solidarity generated by language, history and culture. This has inspired the countries and peoples of this hemisphere to work assiduously on building subregional and transnational cooperation, including in the field of health, as has been shown in the commemorative book on the history of PAHO. Their determination to define a common future for the region comes in support of my deeply-held belief that in health, as in peace and development, we are all interdependent, and we have to act on this principle.

"I commend all countries of the Region for having responded effectively to the cholera epidemic. Faced with this widespread challenge, they moved quickly to broaden access to oral rehydration therapy and improve their supply and distribution of oral rehydration salts and other necessary drugs, such as tetracycline and doxycycline, which is effective even against the new strain of cholera, which has not yet reached your

Region and against which, unfortunately, other drugs that have been recommended are not effective. They were also able to provide tight control over the quality and safety of their food production, thus minimizing the adverse impact of the cholera epidemic on their economies. These measures have brought about a dramatic reduction in the annual case-fatality rate due to cholera, demonstrating the crucial importance of political will and overall public policies for the final success of health interventions. Furthermore, from now on, we can expect that national and international funding will be more readily available for the development and upgrading of infrastructure for sanitation and water supply, considering that the cost of such investment is more than offset by its economic and social return. Yet, we must remain alert to the negative impact which the lingering economic recession may have on health, and warn decision-makers against any temptation in such circumstances to jettison their health and social development policies.

"Altogether, this has been a significant learning experience which can and should serve for tackling other health problems. Its lessons can usefully be transferred to other countries and regions. Here is a clear example of what could have proven a human and economic disaster for a whole region. Instead, it has been used by the countries of this Region as an opportunity to review their national policies, adjust their priorities, reassess their public health philosophies and realign their plans for infrastructure development. Health promotion and education, intensified training of primary health care workers, essential drug production and supply, community information and participation, and

intersectoral cooperation have all been on the agenda and have been boosted in the process.

"On this experience, I am sure, you will be able to build many other health achievements in future health achievements, which are better qualified as national achievements, sustained through regional cooperation, as demonstrated again by this Region's successful poliomyelitis eradication campaign. PAHO's response to cholera exemplifies the demand for a comprehensive approach to all health issues, communicable and non-communicable diseases alike. It reminds us that health problems, like economic and social problems, will not stop at geographic, political or social boundaries. It makes the point that there can be no real and sustainable solution without national and international cooperation--in other words, solidarity. Solidarity, as a sense of collective responsibility, is also the driving force of the present health care plan submitted to Congress and the American people by the United States Administration, in its ambitious bid to ensure health coverage for all its citizens.

"Solidarity is our best investment for security, as I shall continue to stress to the international community. Solidarity and aid to development must go beyond short-lived compassion. They imply long-term commitments. They must pave the way for the development and sustainability of health infrastructure. There are no quick-fix solutions to AIDS, tuberculosis, malaria, cardiovascular diseases, cancer, cholera and malnutrition. Prevention and treatment of such health problems need long-term planning, research, training and investment of resources, and multisectoral interventions. Health

development and sustainable national economic development are mutually dependent. And both, in turn, are largely dependent on fair and stable international economic relations.

"For vulnerable populations and countries in greatest need, WHO launched a special initiative for intensified cooperation at the end of 1988. It has earned high regard, not only among the beneficiaries but also among bilateral and multilateral donors. It is my intention that this initiative, now a major activity, will be one of our highest priorities in a reformed WHO. The success of this activity, however, depends on close cooperation between headquarters and the regions, a key element in our reform process.

"In a world where relations between countries are becoming increasingly complex and interdependent, strong forces are at work which also drive towards fragmentation. This is a real and major risk. To be fully effective, our Organization must be one. Diversity is one of the major assets of the World Health Organization. Our regions are the very substance of that diversity. Fragmentation, however, would soon spell insignificance, and disintegration.

"WHO must be one. Decentralization can and must be reconciled with unity of purpose and coordination of resources, action and information. Flexibility must be matched by accountability. WHO structures and programs must show internal coherence to maximize efficiency. They must also be directly relevant and adapted to the needs of our Member States. Your participation in the current reform process is thus essential.

In the end, the contributions of the regions will be crucial to the successful outcome of the reform process in WHO.

"Our ultimate objective in reforming WHO reaches far beyond strengthening WHO as a major United Nations development agency. It is nothing less than ensuring the future of global health cooperation. It is to improve the health, not just of a few, but of all peoples of the world, including the most vulnerable groups.

"Today, contrary to post-Cold War expectations, poor countries are suffering more than ever. Natural, but also man-made disasters and wars, especially, are producing millions of casualties and leave millions to suffer unproductive lives in ill health. At the same time, rich countries, despite their relative difficulties, continue to enjoy improving health and an environment of peace. It must be our shared moral responsibility to fight suffering and injustice. Thus, I call for the world to unite for peace through health and development.

"Honorable representatives and colleagues, I shall look forward to your advice and recommendations. I thank you for your attention."

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

El PRESIDENTE PROVISIONAL solicita al Secretario que informe sobre el establecimiento de la Comisión de Credenciales.

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

El PRESIDENTE propone a los representantes de Brasil, Jamaica y Panamá para formar parte de la Comisión de Credenciales.

It was so decided

Así se acuerda

The session was suspended at 10:00 a.m. and resumed at 11:00 a.m.

Se suspende la sesión a las 10:00 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

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

Mr. LEAKEY (Jamaica), Rapporteur of the Committee on Credentials, stated that the Committee, consisting of the Representatives of Brazil, Jamaica, and Panama, had held its first session and had elected Dr. Halim Antonio Girade, (Brazil) as Chairman and himself as Rapporteur. In accordance with Rules 16 and 17 of the Rules of Procedure of the Directing Council, the Committee had examined the credentials delivered to the Director of the Bureau and had found those of the Representatives of the following countries to be in order: Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Dominican Republic, Ecuador,

El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, Venezuela (Member and Participating Governments), Puerto Rico (Associate Member), and Spain (Observer). The Committee recommended that the Directing Council recognize the validity of those credentials. It would meet again to examine any other credentials that might be received later.

Decision: The first report of the Committee on Credentials was approved.
Decisión: Se aprueba el primer informe de la Comisión de Credenciales.

ITEM 2.2: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE PRESIDENTS, AND THE RAPPORTEUR
TEMA.2: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y EL RELATOR

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

El PRESIDENTE PROVISIONAL informa que, de conformidad con el Artículo 48 del Reglamento Interno, procede elegir a un Presidente y que, por consenso logrado en reuniones oficiosas entre los Representantes presentes, sugiere que este cargo recaiga en el Dr. Julio Montt, Ministro de Salud de Chile.

Decision: Dr. Julio Montt (Chile) was elected President by acclamation.
Decisión: Por aclamación, el Dr. Julio Montt (Chile) es elegido Presidente.

Dr. Julio Montt took the Chair.
El Dr. Julio Montt pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE agradece a todos los Representantes la confianza y el honor que han dispensado a su país al elegirlo Presidente de la XXXVII Reunión. Se compromete a procurar que todos los acuerdos se logren por consenso y formula votos por que la activa participación de todos los presentes promueva el mejoramiento de las condiciones de salud de todos los pueblos de la Región de las Américas.

Señala a continuación que corresponde elegir a dos Vicepresidentes y que en las reuniones oficiosas llevadas a cabo, hubo consenso en proponer para esos cargos a la Dra. Ivy L. Dumont, de las Bahamas, y al Sr. Edward M. Aiston, del Canadá.

Decision: Dr. Ivy L. Dumont (Bahamas) and Mr. Edward M. Aiston (Canada) were elected Vice Presidents by acclamation.
Decisión: Por aclamación, la Dra. Ivy L. Dumont (Bahamas) y el Sr. Edward M. Aiston (Canadá) son elegidos Vicepresidentes.

El PRESIDENTE anuncia que también se ha logrado consenso para nombrar Relator al Dr. Douglas Souza, de Nicaragua.

Decision: Dr. Douglas Souza (Nicaragua) was elected Rapporteur by acclamation.
Decisión: Por aclamación, el Dr. Douglas Souza (Nicaragua) es elegido Relator.

Dr. Souza assumed his position.
El Dr. Souza asume su cargo.

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

The SECRETARY read Article 6.B of the PAHO Constitution concerning suspension of the voting privileges of governments in arrears in the payment of their quota contributions and said that it had traditionally been the practice of the Directing Council to appoint a working party made up of the Representatives of three Member Governments to study the application of that Article.

El PRESIDENTE propone que los Representantes de Ecuador, Honduras y Trinidad y Tabago sean elegidos para constituir el grupo de trabajo.

Decision: The Representatives of Ecuador, Honduras and Trinidad and Tobago were appointed members of the working party.

Decisión: Los Representantes de Ecuador, Honduras y Trinidad y Tabago quedan nombrados miembros del grupo de trabajo.

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

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

Council. The President of the Council would serve as Chairman of the General Committee.

El PRESIDENTE propone que los Representantes de la Argentina, Cuba y los Estados Unidos de América sean elegidos para formar la Comisión General.

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

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

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

The SECRETARY, presenting Document CD37/1, said that, in accordance with the Rules of Procedure of the Directing Council, the provisional agenda that had been made available prior to the meeting had been approved by the Executive Committee. However, Rule 10 indicated that the Council should adopt its own agenda and, in so doing, it might make any modifications or additions to the provisional agenda that it might wish. He pointed out that under Item 8, "Other Matters," two issues would be presented as information items: the monitoring of the Organization's activities related to health for all by the year 2000, and an update on vaccine development activities in the Region.

El PRESIDENTE dice que, no habiendo objeciones, corresponde dar por aprobado el programa de temas.

Decision: The agenda was adopted.

Decisión: Se aprueba el programa de temas.

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

TEMA 3.1: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) presenta el Documento CD37/5 sobre el tema, que el Consejo Directivo debe examinar en virtud de lo dispuesto por el Artículo 9.C de la Constitución de la OPS. Tras aclarar que solo se referirá ahora a los temas que no figuran en el programa de la presente Reunión, pues de los restantes se ocupará cuando sean considerados en otras sesiones plenarios, resume las deliberaciones de la 110a y 111a Reuniones del Comité Ejecutivo.

La sesión plenaria única de la 110a Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar el 25 de septiembre de 1992 y contó con la participación de los representantes de Argentina, Belice, Cuba, Chile, Estados Unidos de América, Honduras, México y Perú, así como de observadores de Canadá y Puerto Rico. Fueron elegidos por consenso para integrar la Mesa Directiva del Comité para el período comprendido entre septiembre de 1993 y septiembre de 1994, el Dr. César Castellanos Madrid (Honduras) como Presidente; el orador como Vicepresidente, y el Dr. Argentino Luis Pico (Argentina) como Relator.

En razón de haber llegado a su término los mandatos de Barbados, Brasil y Haití en el Comité, Belice y México fueron elegidos por consenso para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación; Perú, para integrar el Subcomité Especial

sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y Argentina y Cuba, como miembros del Subcomité Permanente sobre Organizaciones Interamericanas No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS.

El Comité revisó un proyecto de cooperación de la OPS/OMS con los parlamentos americanos. Este proyecto comenzó a desarrollarse en 1990 sobre la base de un acuerdo entre la OPS/OMS y la Organización de los Estados Americanos (OEA). Ese mismo año tuvieron lugar cinco reuniones subregionales de parlamentarios. En 1991 se puso en marcha la segunda etapa del proyecto, durante la cual se celebraron acuerdos de cooperación técnica en salud con 21 parlamentos y se establecieron vínculos de cooperación con organizaciones parlamentarias regionales y subregionales. Con este proyecto se pretende fortalecer la participación de los parlamentos en la formulación de las políticas de salud y en la definición de los instrumentos necesarios para su aplicación. Al respecto cabe señalar que solo incumbe a la OPS facilitar, desde un punto de vista estrictamente técnico y nada más que en materia de salud, el fortalecimiento de la interacción entre los poderes ejecutivo y legislativo de cada país y que la determinación de la política de salud nacional es exclusiva e indelegable responsabilidad de cada gobierno. El Comité manifestó su apoyo al programa de cooperación, que debe continuar y ser fortalecido.

La 111a Reunión del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 28 de junio al 1 de julio de 1993, con asistencia de los nueve Gobiernos Miembros del Comité y varios gobiernos y organizaciones observadores. En

ausencia del Presidente, Dr. César Castellanos Madrid (Honduras), el orador actuó como Presidente *pro tempore*. El Dr. José Ramón Pereira (Honduras) fue elegido Vicepresidente *pro tempore*. El Comité Ejecutivo celebró siete sesiones plenarios, en el transcurso de las cuales se trataron un gran número de temas, que resultaron en una serie de decisiones y resoluciones.

De conformidad con el Artículo 14 del Reglamento Interno, en la primera sesión plenaria se designó al orador, junto con el Relator, Dr. Argentino Luis Pico, para representar al Comité Ejecutivo en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo.

El Relator del Subcomité de Planificación y Programación informó al Comité Ejecutivo sobre los siguientes asuntos analizados por el Subcomité en sus 19a y 20a Reuniones: el Programa Regional de Enfermedades Transmisibles; las evaluaciones de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Cuba y en México; la crisis de la salud pública, tema sobre el cual el Subcomité opinó que la palabra "crisis" podía ser sustituida ventajosamente por el término "reto", y la actividad SUMA, un proyecto de manejo de suministros de socorro después de los desastres en América Latina y el Caribe.

Se presentó el informe de la 13a Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Entre los temas tratados, se dieron a conocer informes sobre la evolución, situación actual y perspectivas futuras de la cooperación técnica en relación con la mujer, la salud y el desarrollo y sobre las actividades interinstitucionales preparatorias de la Conferencia Mundial sobre la Mujer que se celebrará en 1995 en Beijing, China.

El Subcomité recomendó que se diera amplia difusión a la experiencia de Colombia denominada "Salud para las mujeres, mujeres para la salud" y se analizaron propuestas para promover la equidad de género en salud, especialmente la iniciativa de "Servicios Amigos de la Mujer". El Subcomité examinó la propuesta de un sistema regional de vigilancia y evaluación de la situación de la salud de la mujer y las diferencias de oportunidad entre los sexos que crean desventajas o discriminaciones en la sociedad, y estuvo de acuerdo en que había que establecer indicadores mínimos regionales o por grupos de países para garantizar el seguimiento y la evaluación de las condiciones de salud de la mujer en el plano regional.

Además, se recomendó por unanimidad que el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas desde la perspectiva de la salud pública y de sus repercusiones en las condiciones de vida y de desarrollo de la mujeres de la Región se incluyera en el programa de las reuniones del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo. Como consecuencia de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), celebrada en Río de Janeiro en 1992, la Organización se propuso celebrar una Conferencia Panamericana sobre Salud, Ambiente y Desarrollo, que tendría lugar en la Sede de la OPS en junio de 1994. Sin embargo, cuando se recordó que la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible (CDS), órgano subsidiario del Consejo Económico y Social (ECOSOC), celebraría una reunión de tres semanas en mayo de 1994, casi al mismo tiempo que la proyectada Conferencia Panamericana, se consideró más conveniente que ésta se celebrara en 1995 y no en 1994.

El Presidente de la Comisión del Medio Ambiente de la Organización de los Estados Americanos señaló que la OEA ha iniciado la traducción del llamado Programa 21, un trabajo que puede interesar a la OPS.

En su presentación ante el Comité Ejecutivo, el Representante de la Asociación del Personal subrayó la preocupación de los Representantes de las Asociaciones de Personal de las Oficinas Regionales de la OMS por el deterioro de las condiciones de trabajo de los funcionarios de las Naciones Unidas en 1992. Tras señalar que el estado de ánimo de los funcionarios de la OPS es muy bajo, especialmente entre el personal de servicios generales, dijo que un tema muy controvertido es la nueva Sede y los efectos y problemas que el traslado causará al personal, especialmente en lo que respecta a vivienda, impuestos y movilización. El orador solicitó que se incluyera a un representante de la Asociación de Personal en todas las etapas de planificación, diseño y construcción del nuevo edificio. Por otra parte, se reconoció que las relaciones con la Oficina de Personal habían mejorado notoriamente, sobre todo después del nombramiento de la nueva Jefe de Personal. Sobre la situación de la mujer en la OPS, es cierto que en los puestos profesionales las mujeres siguen concentradas en los grados inferiores (hasta P.3), y que es notoria la escasez de mujeres en los grados P.4 y P.5.

El Director prefirió no hacer comentarios sobre la presentación del Representante de Personal para no agudizar conflictos, pero lamentó que el informe presentado fuera muy distinto del texto del documento preparada por la Asociación para

el Comité Ejecutivo. De toda maneras, reiteró su predisposición a dialogar siempre. Por su parte, el Comité manifestó su sorpresa por el planteamiento efectuado por el Representante de la Asociación del Personal, habida cuenta de que las conversaciones con distintos funcionarios no confirman la impresión de descontento generalizado que se ha descrito.

Con respecto al Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y mantenimiento y reparación de los edificios de propiedad de la OPS, se informó sobre el estado actual de tres proyectos: el mejoramiento de los sistemas de seguridad del edificio de la Sede, el reemplazo de la celosía de hormigón de la Sala de Conferencia y la reparación del techo de dicha Sala. El Comité adoptó una resolución en la que se aprueba el proyecto para transformar el espacio para oficinas del actual centro de documentación del edificio de Venezuela y para construir un nuevo centro de documentación, con un costo estimado de \$85.500. Se aprobó también el gasto de \$441.000 adicionales para el reemplazo de la celosía de hormigón que rodea a la Sala de Conferencia del edificio de la Sede.

Las modificaciones introducidas en el Reglamento de Personal resultan de decisiones tomadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo séptimo período de sesiones, sobre la base de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI). La Resolución WHA46.38, referente a la eliminación del derecho al aumento de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio, es el resultado de la minuciosa búsqueda de una solución entre la

equidad para con el personal en funciones y el acatamiento necesario de una petición de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El Comité Ejecutivo aprobó, entre otras, una resolución que confirma las enmiendas al Reglamento del Personal de la OPS, con efecto desde el 1 de enero de 1990 respecto de la prima por terminación de servicio; con efecto desde el 1 de enero de 1993 respecto de los subsidios por familiares a cargo, tanto primarios como secundarios, para los puestos de las categorías profesional y superior, del subsidio de educación y del subsidio especial de educación para hijos minusválidos; y con efecto desde el 1 de marzo de 1993 en cuanto a la escala de sueldos aplicable a los puestos de categoría profesional y de directores y a la escala de contribuciones aplicable al personal de las categorías profesional y superior, sin familiares a cargo.

Asimismo, en otra resolución se dispone que, con efecto desde el 1 de marzo de 1993, se fija el sueldo neto anual del Director Adjunto en \$79.716 (con familiares a cargo) y en \$72.087 (sin familiares a cargo), y el sueldo neto anual del Subdirector en \$78.716 (con familiares a cargo) y en \$71.087 (sin familiares a cargo). Además, recomienda a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que fije el sueldo neto anual del Director en \$86.914 (con familiares a cargo) y en \$78.122 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de marzo de 1993.

Además, en otra resolución se pide al Director que modifique el Reglamento del Personal de manera que ningún funcionario que ingrese en la Oficina a partir del 1 de marzo de 1993 tenga derecho a escalones adicionales dentro del mismo grado por méritos

al cabo de 20, 25, 30 y 35 años de servicios; pide asimismo al Director que modifique nuevamente el Reglamento del Personal a fin de indicar que todos los funcionarios que trabajaban en la Oficina antes del 1 de marzo de 1993 y que habrían tenido derecho a un aumento reciban, en el momento en que hubieran podido acogerse a ese aumento, un aumento dentro del mismo grado equivalente a la suma que se habría concedido como aumento por méritos de servicio con arreglo a lo dispuesto en los Artículos 555.1 y 555.2 del Reglamento del Personal, y posteriormente no reciban ningún otro aumento de ese tipo.

El PRESIDENTE señala que toda la información contenida en el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo quedará reflejada en las actas de la presente Reunión.

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU
TEMA 3.2: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director), dice que tiene el honor de someter a la consideración del Consejo, el Informe Anual del Director correspondiente a 1992, que está contenido en el *Documento Oficial 256* que todos tienen en su poder. Formulará tan solo algunos comentarios al Informe y otros para actualizar la información sobre las actividades realizadas en los últimos meses.

En primer lugar, hace constar que la Oficina se ha esforzado por que el Informe del Director sea un instrumento útil en el proceso de monitoría de las actividades de la Organización, en particular, las de cooperación. En este sentido, se ha introducido un capítulo que versa sobre la situación socioeconómica y de salud en la Región, con objeto de facilitar la evaluación de las actividades de cooperación realizadas.

El Informe es el producto de un esfuerzo colectivo, al cual hicieron contribuciones valiosas los Gobiernos Miembros y todas las unidades y componentes de la Oficina. Es la primera vez que el documento ha sido preparado totalmente dentro de la casa, lo que permitió ahorrar en los gastos de producción. En sus páginas pueden apreciarse los progresos hechos por la Organización, así como las dificultades enfrentadas, los problemas todavía existentes y las deficiencias que hay que corregir. Muchos de los temas que se tratan en el Informe serán discutidos en esta Reunión.

Agradece las gentiles observaciones del Dr. Nakajima, Director General de la OMS, sobre el desempeño de la Región de las Américas en la lucha contra el cólera. Para honra de todos, el esfuerzo combinado de los Gobiernos Miembros, con la coordinación de la Organización y la participación de muchas otras agencias, no solamente contradijo las predicciones un tanto catastróficas sobre la diseminación de la enfermedad, sino que mantuvo bajo control las tasas de mortalidad. En consecuencia, la mortalidad por la epidemia en América Latina fue solo una décima parte de la observada por ejemplo, en Africa. Además, los esfuerzos contra el cólera han tenido efectos positivos para el control de otras enfermedades diarreicas. Se estima que, por

cada muerte atribuida al cólera, se han evitado por lo menos 10 muertes por otras diarreas.

Es grato mencionar, aunque después habrá ocasión de analizarlo en detalle, los avances hechos por el Programa Ampliado de Inmunización en la erradicación de la poliomielitis. Ya han transcurrido 25 meses sin que se registrara un solo caso de poliomielitis en la Región de las Américas. Este es un ejemplo que ha de servir como estímulo al esfuerzo mundial por lograr la erradicación total de esta enfermedad, para el año 2000.

Con el apoyo de los Gobiernos Miembros, también se están realizando esfuerzos especiales y vacunaciones masivas con el objetivo, no oficial todavía, de eliminar el sarampión de la Región. Los resultados han sido extraordinariamente alentadores. En Cuba el último caso de sarampión se registró hace más de cuatro años y, en todos los países del Caribe de habla inglesa, hace más de tres años. Las campañas en Chile, Argentina, Brasil y los países de América Central han tenido el efecto inmediato de reducir drásticamente la incidencia de esta enfermedad. En Chile, probablemente se ha eliminado la retransmisión.

También se han conseguido buenos resultados en la lucha contra la fiebre aftosa. Le complace informar que el Uruguay, y varias provincias de la Argentina, están ahora exentos de la enfermedad.

Sigue tratando de eliminar la enfermedad de Chagas, lo cual se hace difícil debido a la presencia común del vector *Triatoma infestans* en América del Sur, y a la transmisión por transfusiones sanguíneas.

Por otra parte, casi todos los Países Miembros de la Organización están intentando reorganizar sus sistemas de salud sobre la base de la descentralización y la constitución o el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Cada vez está más convencido el Director de que cuanto más se informa a las comunidades locales para que asuman la responsabilidad de las acciones de salud, mayores son las posibilidades de progreso y más eficaces las intervenciones. Los problemas emergentes justifican dar mayor prominencia a la promoción de la salud. En noviembre de 1992 se celebró en Bogotá, Colombia, la primera conferencia de las Américas sobre ese tema, en la que se aprobó una declaración de principios y estrategias generales. En marzo de 1993 se realizó en Trinidad y Tabago otra conferencia sobre promoción de la salud, dirigida a los países de habla inglesa de la Región y, en particular, del Caribe, y los Ministros de Salud de los Gobiernos Miembros están considerando la aprobación de una carta sobre promoción de la salud para esos países.

Se continúan los esfuerzos en materia de salud ambiental y se han elaborado documentos que definen las estrategias de la Organización al respecto. El proyecto MASICA (Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano) continúa desarrollándose adecuadamente con el apoyo extraordinario de los países nórdicos. Tan solo algunos meses después de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio

Ambiente y el Desarrollo de Río de Janeiro, en junio de 1992, la OPS ha tomado la iniciativa de convocar una conferencia de salud y ambiente para los países del Istmo Centroamericano. Esta Conferencia se ha celebrado otra vez este año y en ella se han presentado planes de acción de todos los países para poner en práctica las decisiones tomadas.

Como base para el progreso futuro, se intenta definir más exactamente las relaciones y el papel de la salud en el proceso de desarrollo de la Región. Con este fin, se ha trabajado con otras instituciones de cooperación, tanto de carácter financiero como de carácter técnico. Se está haciendo un estudio en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC) que dará como resultado un documento sobre el papel que la salud debe desempeñar en las estrategias de desarrollo y su participación para lograr una transformación productiva con equidad.

Cree el Director que la Organización debe tener la capacidad para entender las variables del desarrollo y las variables de la salud dentro de este proceso, como fundamento para el futuro progreso de la salud. Desea compartir con los presentes su percepción del contexto en el que se inserta la actuación de la OPS. El mundo ha continuado un proceso de cambios acelerados después de la caída del Muro de Berlín y el fin de la llamada "guerra fría", pero no se han cumplido las expectativas creadas por la terminación de la confrontación entre el Este y el Oeste. Ni siquiera se han hecho realidad las expectativas de paz, porque la amenaza de un conflicto global ha sido

sustituida por una serie de conflictos locales provocados por sentimientos nacionalistas, influidos sobre todo por diferencias étnicas religiosas.

En lo que respecta a la movilización de recursos internacionales para apoyar los esfuerzos nacionales de desarrollo en América Latina, se ha vuelto aun más difícil competir por los escasos recursos disponibles a nivel mundial. Sin embargo, ha visto con agrado y también con alguna aprensión un cambio extraordinario en el discurso sobre la salud, pues ha pasado a ser un tema importante en las consideraciones de orden político e incluso en las discusiones de índole económica, como condición indispensable para mantener y sustentar los procesos de crecimiento económico. El informe del Banco Mundial sobre la inversión en salud, las propuestas del Banco Interamericano de Desarrollo en relación con su octava reposición de capitales y las propuestas de las Naciones Unidas en favor del desarrollo humano en sus programas de desarrollo, son expresiones de este nuevo discurso sobre el desarrollo social en relación con la salud.

Durante la campaña electoral que precedió a la elección presidencial de 1992 en los Estados Unidos, la salud figuró como uno de los temas más importantes, y actualmente se están haciendo esfuerzos para reformar el sistema de salud del país, uno de los más caros del universo. En países de América Latina y el Caribe, como Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Jamaica, Honduras, Trinidad y Tabago y Venezuela, entre otros, se están definiendo las propuestas de reformas del sector de la salud dentro del contexto de un proceso de moralización del Estado y del papel del Estado en el nuevo desarrollo de América Latina y el Caribe. Esta

preocupación se hizo evidente en la segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado realizada en Madrid en 1992 y en la tercera Cumbre realizada en El Salvador, Brasil, en 1993. El tema de la salud formó parte de las deliberaciones relativas al desarrollo social de los países de la Región y en la presente reunión del Consejo se examinarán las propuestas y reformas de la Organización Mundial de la Salud para responder adecuadamente a los desafíos implícitos en este cambio universal, en el contexto de este nuevo discurso.

Este discurso se plantea en un momento adecuado y quizás durante una coyuntura favorable en América Latina y el Caribe, donde se advierten los síntomas o quizás la expresión concreta de un renovado proceso de crecimiento económico, tras una etapa de desarrollo político en la cual se han resuelto crisis importantes con la utilización de mecanismos institucionalizados; así se han observado la superación de conflictos armados y un avance hacia procesos de integración subregional y regional. De todas maneras, subsisten muchos desafíos y los propios cambios crean otros desafíos a los que hay que hacer frente. El primero y básico es la participación de la OPS en la definición del desarrollo que necesita la Región. Ya no es posible que la salud y sus instituciones permanezcan a la espera de decisiones en otros niveles sobre las políticas relacionadas con el desarrollo integral, ni basta con prepararse para responder sencillamente a las consecuencias a veces perversas de esas políticas, perversas porque afectan a la salud de las poblaciones. Es necesario prepararse para participar en el diálogo y en las deliberaciones sobre las políticas de desarrollo que es preciso adoptar. Hay suficiente

consenso sobre las características generales del desarrollo que necesita América Latina en los años por venir. Y es innegable que ningún desarrollo se puede considerar auténtico si no está dirigido deliberadamente en pro del bienestar de todos.

Dentro de esta formulación general de principios, la equidad en nuestra Región debe constituirse en el primer y principal punto de referencia para la definición de políticas en el sector salud. Es sabido que la búsqueda de la equidad es compleja y a veces dolorosa. Es sabido que no es posible avanzar por esta senda sin introducir profundos cambios en las prácticas y en las organizaciones del sector y en los sistemas de salud de los países de las Américas. En este proceso de reorganización adquiere una importancia esencial el tema de las funciones y responsabilidades del Estado por conducto de sus instituciones y de las relaciones del Estado con la sociedad civil. No es admisible que al término de la guerra fría, después de haber adoptado o recetado principios ideológicos o de haber rechazado soluciones acríticamente y solo por la sospecha de su contaminación ideológica, que se sustituyan esas ideologías por otras de distinto tipo. No puede ser que se recomienden los mismos tipos de estrategia o de política general a países con \$22.000 de renta per cápita y que gastan anualmente más de \$3.000 per cápita en servicios personales de salud, y a países con ingresos per cápita que no llegan a \$1.000 y se concentran en minorías, dejando a veces hasta las dos terceras partes de la población en situación de marginalidad respecto de las economías de mercado. La objetividad en la búsqueda de la solución adecuada para cada circunstancia en particular es responsabilidad del Estado y exige la participación de los gobiernos. La efectiva

movilización de los otros sectores o agentes sociales, entre ellos el sector privado, para adoptar las decisiones más eficaces y más eficientes desde el punto de vista social constituye un gran desafío para todos.

La Organización continuará esforzándose por brindar la información necesaria para que se puedan tomar decisiones adecuadas, para que la salud no solo sea un aspecto importante de este nuevo proceso de desarrollo y un mecanismo eficaz y eficiente de promoción del bienestar, sino también el mecanismo eficaz y eficiente de promoción de la democracia con la participación popular y el adecuado uso de los fondos públicos.

En 1994 la Conferencia Sanitaria Panamericana deberá aprobar la tercera propuesta de orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, en el contexto del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. Habrá que tener en cuenta las realidades específicas de esta Región y habrá que conceder especialmente atención a todo lo relacionado con la promoción de la salud y el control o la erradicación de enfermedades, siempre en procura de utilizar mejor las inversiones para desarrollar esta nueva capacidad que hace y hará que la salud sea más eficaz y más eficiente, utilizando los medios de comunicación para impulsar la transferencia de información y conocimiento, para incrementar la capacitación de las comunidades y de los individuos y para intensificar la cooperación entre los países. Para esto hace falta un nuevo liderazgo, un liderazgo diferente en salud que no tenga miedo de enfrentar los retos a pesar de las amenazas y de las presiones de las coyunturas del corto plazo que sea capaz de tener visión de futuro y coraje para definir las

estrategias que conduzcan a la construcción del futuro deseado. No hay duda de que las experiencias pasadas y la labor que se desarrolla hoy son garantía suficiente de capacidad para construir un futuro mejor.

El PRESIDENTE dice que el impostergable programa de trabajo organizado para el mediodía aconseja postergar hasta la segunda sesión plenaria el debate que tradicionalmente se plantea a fin de analizar pormenorizadamente el importante Informe Anual del Director.

The session rose at 12:00 noon.
Se levanta la sesión a las 12:00 m.

directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/2
27 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH
PORTUGUESE-SPANISH

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

Monday, 27 September 1993, at 2:30 p.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1993, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Contents
Indice

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

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1992
(*continued*)

Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1992
(*continuación*)

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

Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions

Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Item 6.2: Interim Financial Report of the Director for the Year 1992

Tema 6.2: Informe financiero parcial del Director para el año 1992

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

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

The SECRETARY reported that the General Committee, under the Chairmanship of the President and with the participation of the two Vice Presidents, the Rapporteur, and the Representatives of Argentina, Cuba, and the United States of America, held its first meeting on Monday, 27 September 1993, at 12:00 noon. As a result of its deliberations, the General Committee fixed the hours of work of the Council and decided that the working languages of the Meeting would be English, French, Portuguese, and Spanish. It further endorsed the order of the agenda items contained in the document entitled "Program of Sessions" (WP/1) and instructed the Council not to permit individual interventions to exceed 10 minutes on any agenda item.

**ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU, 1992 (*continued*)**

**TEMA 3.2: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA, 1992 (*continuación*)**

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) dice que también su país está reformando los sistemas de salud pública para responder a su nuevo orden social y económico. El sistema actual se estableció hace 40 años, cuando las enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, gastroenteritis) hacían estragos, pero, a medida que el país dejó de ser una sociedad agraria para convertirse en una sociedad industrial, el estado de salud

de su población mejoró sensiblemente. En los últimos 50 años se ha reducido la mortalidad general de 18 a 7 por mil habitantes y la mortalidad infantil de 113 a 13 por mil nacidos vivos, mientras que la expectativa de vida ha aumentado de 46 a 74 años.

En Puerto Rico hay un servicio médico para los que pueden pagarlo y otro para los indigentes, pero este último ofrece todos los cuidados necesarios. La mortalidad infantil sigue siendo elevada, pero las causas principales de la muerte de los adultos son, ante todo, las dolencias cardíacas y el cáncer, seguidas del SIDA y la diabetes. El sistema sanitario debe reformarse para eliminar las discriminaciones y ofrecer a todos los habitantes servicios de calidad. A tal efecto, el Departamento de Salud de Puerto Rico asumirá, la importante función de promover y fijar normas, y controlar los servicios sanitarios para que se beneficie la población indigente, que actualmente asciende a 1,2 millones de personas.

El modelo de los servicios que se prestarán es el llamado del "cuidado dirigido" (en los Estados Unidos, los HMO) y, por otra parte, la Ley 400 se propone crear una administración de seguros según el concepto de "alianza para la salud". El nuevo sistema debe comenzar a funcionar el 1 de noviembre de 1993, y sus dos componentes principales serán un nuevo plan de seguros sanitarios para todos, administrado por las empresas privadas, y un nuevo concepto de hospital, a cargo de empresas no gubernamentales. De esa forma se eliminará la discriminación en el cuidado médico y se logrará prestar servicios directamente a la población indigente.

O Dr. SANTILLO (Brasil) começou por felicitar o Presidente, o Vice Presidente e o Relator do XXXVII Conselho Diretor por sua eleição. Em seguida, felicitou e agradeceu o Presidente interino do Comitê Executivo por seu relatório correspondente a 110 e 111 Reuniões, e ao Diretor, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, por seu relatório anual de 1992. Disse que o Conselho Diretor da OPAS, junto com as conferências que se realizam cada quatro anos, são muito mais do que o corpo de governo principal de nossa Organização. São também o foro mais importante da saúde no âmbito das Américas.

O Brasil é um país de grandes potencialidades e de diferentes necessidades. Coloca-se entre outros países de grande dimensão territorial ao lado do Canadá, Estados Unidos, China, Austrália e Rússia, ocupando 47% da América do Sul. Ao contrário de muitos países, o Brasil tem uma economia diversificada, produz mais da metade do petróleo de que necessita, dispõe de importante parque industrial, de uma agricultura forte, de reserva florestal igual a 30% do total do planeta, com subsolo riquíssimo, sendo considerado a nona economia do mundo. Apesar de todas as potencialidades, observa-se hoje, como nunca, uma falta de correlação entre a riqueza do solo brasileiro, a produção nacional e a qualidade de vida do homem brasileiro. A situação política atual é o reflexo das dificuldades que se acumularam nos últimos 12 anos, que são explicadas pela inserção do país nos sucessivos ajustes econômicos configuradores de uma nova ordem internacional; pela postura das elites brasileiras em suas relações com o poder, devido à ausência de um projeto nacional forjado pelo conjunto da sociedade; pelo acirramento

do conflito distributivo, em uma conjuntura econômica desfavorável; pela desestruturação do setor público; e pelo descompasso entre o arcabouço político-jurídico e a capacidade do Estado brasileiro em financiar o social.

Ao assumir o Ministério da Saúde do Brasil, há poucas semanas, apresentei um plano de ação setorial de caráter emergencial. Este plano compreende um conjunto de princípios, tais como a priorização das ações de promoção e proteção da saúde; a ação conjunta do nível federal e dos estados em apoio aos municípios, reforçando a implementação do sistema único de saúde, através da descentralização e de sua municipalização; a promoção da participação ativa da sociedade civil e do controle social do sistema de saúde; a ação intersetorial e multi-institucional; a priorização dos grupos de população mais vulneráveis, como crianças, mães e populações em miséria ou pobreza; a priorização de alguns componentes essenciais como vacinas e medicamentos; o enfrentamento das prioridades com critério epidemiológico e social; e o reforço de ações em processo, de execução, que contribuem ao cumprimento dos princípios anteriores. A plano contempla também a formulação imediata de um plano global do setor saúde, que cubra o tempo que resta até que assumo o novo governo, no qual se cria as melhores condições possíveis de governabilidade setorial e incluindo as modificações e adequações necessárias das estruturas de diferentes níveis de um novo sistema de saúde. Um ponto muito importante do plano é a necessidade de buscar uma solução permanente e não aleatória para o financiamento de um novo sistema de saúde que é preciso construir desde a periferia até o centro, em função da promoção e proteção da saúde.

O cumprimento deste plano necessitará de um apoio muito especial da nossa Organização, o que incluirá também as melhores formas de utilização de toda cooperação externa disponível e potencial. Reconhecendo o valor das ações que a esse respeito já se vêm realizando, é preciso reiterar que a relação e a ordem entre as prioridades nacionais não são necessariamente as mesmas que as prioridades da cooperação técnica. Cada prioridade nacional é um processo complexo dentro do qual devem ser estabelecidas também múltiplas e diversas prioridades que competem entre si, sendo que apenas algumas delas constituem pontos críticos onde a cooperação pode ter um impacto significativo e decisivo. Estes pontos críticos apenas poderão aparecer com nitidez como resultado de um diálogo aberto e autocrítico das duas partes da cooperação: o país e a nossa Organização. Neste diálogo, é preferível partir da hipótese de que uma parte da cooperação atual pode não corresponder às necessidades desses pontos críticos e de que algumas formas tradicionais de cooperação resultam, às vezes, incompatíveis com às demandas de ditos pontos dos contextos nacionais concretos. O Brasil tem o propósito de assumir plenamente sua responsabilidade no esforço conjunto orientado a obter o máximo proveito possível da cooperação de nossa Organização. Na próxima semana, se realizará em Brasília, com a presença do Diretor, a etapa final da avaliação conjunta. Fatores derivados das mudanças políticas recentes não permitiram o cumprimento cabal das fases preparatórias desta avaliação. No entanto, isto não pode ser um obstáculo intransponível, especialmente se consideramos que a programação conjunta da cooperação

Brasil/OPAS/OMS e sua avaliação devem ser processos permanentes e não apenas exercícios ocasionais e formais.

O Projeto de Orçamento por Programa para o biênio 94-95 pressupõe um orçamento igual, em termos de poder aquisitivo, ao do biênio 92-93, graças a uma redução de 0,2% no programa -- cerca de meio milhão de dólares. Embora isto possa ser considerado razoável, nos preocupa o aumento de cerca de 18% das quotas dos governos membros, que vai significar um grande esforço para os países, a maioria dos quais atravessa crises econômicas e fiscais, com diminuição às vezes dramática dos gastos sociais. E a isso se agrega a diminuição notória dos fundos extraorçamentários. Cremos, então, que chegou o momento de ir além de congelamentos e reduções dos gastos dos programas. Portanto, consideramos que é imprescindível realizar um estudo sério dos aspectos fundamentais, tais como: forma de superar possível dispersão dos recursos em muitos projetos pequenos e pontuais, grau de impacto real dos projetos em função do seu efeito catalítico, qualidade das formas através das quais é provida cooperação, etc.

Um programa que merece maior apoio e um grande esforço por parte dos Governos membros é o que se refere à promoção e à proteção da saúde.

Entendido em sua verdadeira e nova dimensão, dada a sua importância e transcendência, a aplicação desse programa nos países apresenta muitos desafios e limitações para seu cabal e correto desenvolvimento. O fomento da saúde, do nosso

ponto de vista, não pode ser um programa a mais, mas um programa nuclear em função do qual deveriam reorientar-se os nossos sistemas de saúde.

No Brasil, inquietam dois temas: o da auto-suficiência imunobiológica nacional e o dos medicamentos. Com respeito ao primeiro, continuaremos priorizando o controle das doenças evitáveis por imunização, do que a auto-suficiência é um componente essencial. Merece o nosso reconhecimento a iniciativa do Sistema Regional de Vacina (SIREVA), que busca estimular, através do esforço cooperativo dos países da região, o desenvolvimento de tecnologias e de produtos que assegurem a eficiência e eficácia dos programas de imunizações. Dentro das limitações de recursos do país, o Brasil está contribuindo com US\$100.000 para a implementação do SIREVA. Com respeito a medicamentos, cabe assinalar que, no campo de medicamentos essenciais, o Ministério da Saúde do Brasil está comprometido na implantação de uma política de medicamentos genéricos, que sustente o desenvolvimento de um mercado competitivo de produtos farmacêuticos. Esse mercado facilitará o acesso da população carente a uma farmacoterapia racional. Ao mesmo tempo, o Ministério está encaminhando a implantação de um programa de assistência farmacêutica integrado no desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde para viabilizar o sistema único da saúde pública. A vigilância sanitária deverá ser fortalecida nas áreas de registro e de inspeção e controle de qualidade, com a finalidade de atender às nossas necessidades e às demandas do MERCOSUL. Deverá ser formulado e implantado um plano nacional de capacitação e

educação continuada dos recursos humanos para assistência farmacêutica, integrado ao programa nacional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Finalmente, Senhor Presidente, o Ministério prevê a estruturação de um programa nacional de assistência farmacêutica que coordene e dê seguimento à implantação das políticas e áreas programáticas referidas, assim como a SEME e instituições extra-setoriais.

El Dr. PEREZ (Cuba) dice que son muchos los desafíos con que se enfrenta la Región, pero el más importante es el del desarrollo, tal como indicó el Director en el seminario-taller sobre salud internacional. La economía de la Región sigue siendo la de más alta inflación del mundo, la de mayor endeudamiento y la de distribución de ingresos más desigual.

Las corrientes neoliberales han aplicado sobre esas bases ciertos ajustes que han hecho más difícil la vida, sobre todo la de los que malviven en la Región, cuyas condiciones de salud, como consecuencia, han empeorado. Por eso ve con agrado que en el informe de la OPS se afirme que no se presta la suficiente atención a las consecuencias sociales y humanas de esos procesos de ajuste. Los nacidos bajo la sombra del subdesarrollo arrastran una especie de tara genética, desde cuya perspectiva muchos signos ostensibles del desarrollo sólo sirven para recordarles el atraso global que los aqueja. Sin desarrollo no hay salud, y la salud no es un lujo sino un derecho esencial para la vida; no es sólo el resultado del progreso socioeconómico sino una condición previa para lograrlo.

Desde la desaparición de la URSS, Cuba atraviesa una situación económica muy difícil pues realizaba con ese país cerca del 80% de sus transacciones comerciales. El cuadro se ha agravado por los desastres climatológicos y por la aparición de la epidemia que se ha dado en llamar neuropatía epidémica. Cuba se ha visto obligada a aplicar, desde el último trimestre de 1990, un programa de emergencia denominado "período especial" que nada tiene que ver con las medidas de ajuste aplicadas en muchos países de América Latina, pues parte del principio de asegurar una protección adecuada a todos los ciudadanos, sobre todo los más vulnerables.

Ante el interrogante que plantea el informe de si la salud ha mejorado o empeorado en la Región no habrá respuesta, ni positiva ni negativa si se intenta darle una respuesta tecnócrata. Es preferible partir de los indicadores negativos que se reflejan en el informe, y que dan la medida del esfuerzo descomunal que hay que desplegar para poder acercarse a la salud para todos.

El representante de Cuba se refiere luego a los siguientes indicadores: de 130 a 140 millones de habitantes de las Américas no tienen acceso permanente a los servicios sanitarios y, entre ellos, hay 90 millones de niños y de mujeres en edad de procrear. Hay 130 millones de personas que carecen de agua o de acceso a ella. Unos 220 millones no tienen instalaciones sanitarias y apenas se trata el 10% del volumen total de las aguas servidas, antes de su evacuación en los ríos y mares de la Región. Si no disminuyen esas cifras estadísticas, centenares de miles de habitantes estarán condenados a morir innecesariamente. A pesar de las tremendas limitaciones y restricciones que se

derivan de la difícil situación económica, el pueblo de Cuba y su Gobierno luchan denodadamente por mantener las conquistas que la Revolución ha logrado en el campo de la salud.

Esto resulta posible gracias a un sistema sanitario único que brinda cobertura y acceso al 100% de la población y que se ha venido estructurando desde hace 30 años. En tal sistema desempeña un papel primordial la sección primaria, que se basa en el modelo revolucionario del médico y la enfermera de la familia y en el que trabajan más de 22.000 médicos, con sus correspondientes enfermeras, que se ocupan del 90,9% de la población cubana. La prioridad dada al desarrollo de la ciencia y de la técnica biomédica ha permitido disponer de medicamentos, vacunas y equipos modernos para la atención del pueblo, no debe pasarse por alto la intersectorialidad y la participación popular en el impulso de todas las acciones para el desarrollo de la salud pública.

En una evaluación reciente hecha por la OPS se señalaron algunas de las debilidades del sistema cubano de salud con respecto a la neuropatía epidémica, y hay que reconocer la justeza de las críticas, pero esa epidemia ha servido para demostrar la honestidad de los científicos del mundo, y la actuación del Director y de la Organización han sido un modelo de lo que debe ser el trabajo de una organización internacional dedicada a un trabajo tan noble. A través del Viceministro Primero, Dr. Artero, Cuba abrió la información y el país a la comunidad científica internacional en la Asamblea Mundial de la Salud. La OMS, la CEE y cientos de organizaciones y países mostraron entonces su solidaridad, a veces mediante una ayuda económica y a veces realizando

actividades científicas. Gracias a los esfuerzos de la OPS, acudieron a Cuba ilustres científicos de los Estados Unidos de América, de los centros para el control de enfermedades de Atlanta, de la Universidad John Hopkins y del Proyecto ORBI, así como de la Universidad de Cambridge del Reino Unido, de Suecia, del Japón, de Rusia y de la Comunidad Europea.

La epidemia ha significado una extraordinaria oportunidad para dar a conocer al mundo entero lo que Cuba está haciendo en el campo de la salud. Los problemas generados por la epidemia son válidos para otras esferas del trabajo de la salud, para otras instituciones y otros países, y han abierto la posibilidad de una colaboración más amplia entre Cuba y el resto del mundo.

Después de seis meses, la neuropatía epidémica ha sido controlada. Si bien se presentan aún algunos brotes esporádicos, se ha decidido pasar de la lucha contra la epidemia a la vigilancia epidemiológica. Desde el punto de vista clínico, se ha logrado caracterizar la enfermedad, conocer las formas que adopta y clasificarlas según su intensidad y agudeza.

Si se compara la neuropatía registrada en Cuba con otros grandes síndromes neurológicos que se produjeron en el Japón, España, Africa y América, se puede llegar a pensar que la hipótesis más acertada es la tóxico-metabólica con un componente nutricional provocado por un déficit de algunas vitaminas. Se ha reunido una extensa documentación científica sobre la enfermedad, que puede significar un aporte

significativo a la ciencia mundial en lo que se refiere al conocimiento de ese tipo de afecciones.

Cuba ha logrado así una victoria más en el campo de la salud gracias a la colaboración de sus científicos con la comunidad científica internacional. José Martí, el héroe nacional, en vísperas de reiniciarse la lucha por la independencia, escribió unas frases que parecen concebidas para estos tiempos: "Cuba no anda de pedigüña por el mundo, anda de hermana y obra con la autoridad de tal; al salvarse, salva. Nuestra América no le fallará, porque ella no le falla a América".

Dr. SARN (United States of America) said that the Annual Report of the Director was an excellent demonstration of PAHO's accomplishments and its ability to begin to solve the numerous problems facing the Region. It placed in perspective the many outstanding activities carried out on a day-to-day basis by the PAHO staff and the health workers throughout the Hemisphere.

Three specific areas in the Report should be highlighted. First, recognition should be given to PAHO's efforts in mobilizing some \$60 million in 1992 for priority programs, such as cholera and humanitarian emergency assistance. Those programs were of significant benefit to specific countries and to the Region as a whole. Second, mention should be made of the PAHO Research Promotion and Development Program that continued to further the development of regional systems of vaccines. The program was currently focusing on five vaccines and provided a strong spearhead for progress on a more global issue, the Children's Vaccine Initiative, which would result in improved

vaccines and coverage. Third, it was obvious from the Report, given the persistence of malaria, the resurgence of dengue and tuberculosis, and the devastating specter of AIDS, that PAHO had to continue its work in communicable diseases and strengthen such programs as tropical disease research and training in entomology, epidemiology, and parasitology. Even though five more countries had reported cases of cholera in 1992 than in 1991, PAHO had been responsible for outstanding accomplishments in that area. Similarly, it had made important progress in the Expanded Program on Immunization over the previous 10 years, in particular in the eradication of poliomyelitis and the great reduction in measles. Those stood as a strong testimony to the Director's leadership and the capability of the staff.

The Annual Report of the Director should actually be regarded as the annual report of the Member Governments, since it reflected how much they had accomplished and how much remained to be done. The Report would be even more useful, however, if it gave a better indication of how well the targets of the various programs were being met and where existing programs needed to be revised.

M. AISTON (Canada) estime que le rapport du Directeur est un élément clef du Conseil de direction. Une lecture du rapport indique que le changement ainsi que l'habilité de l'OPS à y répondre constitue son thème principal. En dépit des pressions engendrées par la récession économique dans le monde entier depuis plusieurs années, pour nombre de pays de la région, la reprise économique commence enfin. Les organismes internationaux comme l'OPS ont dû aussi être touchés et continueront de

l'être. L'enjeu de ce dynamisme favorisant le changement consiste à utiliser rationnellement les ressources disponibles.

Continuing in English, he pointed out that the restructuring of the United Nations system, in particular, the reform of the World Health Organization, was the second powerful force for change. His Government was pleased to see the constructive role that PAHO had played in that process through the Director.

A third force for change, coming from the Member Countries themselves, was reform in many of their health care systems. Such reform could be driven by economic necessity, by philosophical considerations and by public concern for the improvement of service.

In Canada, health reform had begun in earnest. The Federal Government and the provinces had begun a dialogue on the reform agenda, with consumers, health care professionals, and institutions. There was a general consensus that the cause of the problems in the system was not the lack of money but rather how funds were being used. What was needed, among other things, was a sharper focus on community care, evaluation based on cost-effectiveness and outcome criteria and increased participation of the population in the management of health care.

Canada had urged PAHO on several occasions to turn its attention to reviewing and servicing the PAHO programs and priorities and was pleased to hear that the Director would take up that challenge. It was to be hoped that he would involve the Subcommittee on Planning and Programming in that effort.

With regard to some specific issues in the Annual Report, his Delegation was pleased to see the continued emphasis placed on the health of women. The ability of women to control their own destiny and to be seen as fully contributing members of society was central to any improvement in their health status and to the development of society as a whole. His Delegation was also pleased to see that PAHO had accepted the leadership role in meeting the health needs of indigenous people and should continue to work in that area in full collaboration with indigenous communities.

Le Dr. BLANCA (France) félicite le Président de son élection ainsi que les membres du Bureau, les deux vice-présidents et le Rapporteur. Il rappelle les excellentes relations de travail qui prévalent entre l'OPS et la France et profite de cette occasion privilégiée pour rendre un hommage appuyé au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, Dr. Carlyle Guerra de Macedo et à toute l'équipe de direction.

La délégation française salue plus précisément la coopération entre l'OPS et son pays dans le programme de vaccination contre la rougeole, programme auquel la France contribuera à hauteur de 7 millions de francs, au lieu des 3 millions précédemment annoncés au Dr. de Macedo.

Dans toute la région, les actions en matière de santé seront conduites en synergie y compris bien sûr la coopération bilatérale de la France, avec les orientations définies par l'OPS. La contribution française à l'action commune permet d'ailleurs de rendre plus facilement la juste place qui revient à l'usage de la langue française dans toutes les activités officielles de l'Organisation. Le Dr. Blanca a exprimé sa satisfaction

que la documentation ait été établie en français cette fois et il souhaite qu'il en soit fait de même pour le portugais.

En ce qui concerne la pandémie du SIDA qui hélas n'épargne pas cette région, la délégation française tient à manifester son vif intérêt à s'associer à une initiative en faveur de la lutte contre l'extension du virus en Haïti, où selon les statistiques il représente 55 % des cas de la sous-région sud et centraméricaine. Elle attache une grande importance à la promotion de législations vigilantes touchant à la protection des travailleurs. La France contribue 3 millions et demi de francs à un programme bilatéral concernant en partie ce domaine à l'île de la Grenade, à St-Vincent, à Ste-Lucie, dans la République dominicaine et à St-Kitts. La France est aussi très intéressée à tout ce qui concerne les programmes d'immunisation dans la région, ce qui explique sa participation à la lutte contre la rougeole en Haïti pour protéger les enfants de 3 mois à 15 ans contre cette maladie.

Un examen attentif du rapport du Conseil exécutif sur les changements globaux porte le Dr. Blanca à souhaiter ardemment que soient appliquées, dans un souci de concordance, les réformes prévues par les différentes résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif de cette Assemblée. Il souligne en particulier les recommandations du groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux et aux résolutions, notamment la WHA46.35 sur la réforme budgétaire qui demande de déterminer les priorités stratégiques et financières dans le cadre d'objectifs mondiaux approuvés, de fixer des cibles réalistes et mesurables

conformément à chaque priorité sanitaire déterminée, de réaffecter les ressources humaines et financières en fonction des priorités et des cibles et enfin de mettre en place un processus d'évaluation régulière des progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles approuvées. Il s'agit maintenant de mettre en application la résolution adoptée. Deux autres résolutions s'avèrent aussi très importantes pour la France: les résolutions WHA 46/21 et WHA 46/16.

Pour conclure, le Dr. Blanca plaide pour une réflexion et une action communes plus poussées en faveur de la santé dans la région américaine.

El Dr. KUMATE (México) señala que se han realizado progresos y alcanzado metas en los programas de vacunación. El 14 de mayo de 1985 se tomó la decisión de detener la transmisión del poliovirus salvaje en la Región, a más tardar en 1990. Hubo un eficaz seguimiento por parte de la OPS y, hay que mencionar, en particular, la intervención de uno de sus funcionarios más admirables, el Dr. Ciro de Quadros.

Por las campañas masivas realizadas en Cuba en la década de 1960 y, posteriormente, por la acción desplegada en gran escala en el Brasil, a la que México se sumó, han transcurrido ya más de dos años sin que se haya producido un nuevo caso de poliomiélitis paralizante en las Américas. Todo ello ha sido posible gracias a las investigaciones de tres científicos norteamericanos: John Enders, Frank Robins y Thomas Wellers, de la Universidad de Harvard, y al descubrimiento de las vacunas por los doctores Jonas Salk y Albert Sabin, quien cedió a todo el mundo sus derechos, lo mismo que el Profesor Enders.

El ejemplo del Caribe y del Brasil, que lograron detener la propagación del sarampión, debe ser seguido por otros países de la Región. Se habla de las grandes diferencias internacionales e interregionales, existentes en el mundo, pero, gracias a las campañas de vacunación se está haciendo iguales a todos los niños de las Américas, con independencia de las diferencias económicas, políticas o educativas.

En relación con otras enfermedades prevenibles, sería muy útil que la OPS hiciera con el sarampión lo que hizo la poliomielitis y, en general los países de la Región deben poner el mayor énfasis en el campo de las vacunaciones. La meningitis supone una amenaza en el Cono Sur (como se sabe después de la epidemia del Brasil en 1959 y 1960) y podría transmitirse al hemisferio norte y, por todo ello, en nombre de México, el Dr. Kumate solicita de la OPS el asesoramiento necesario para llevar a cabo el proyecto del Sistema Regional de Vacunación.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director, OSP) agradece sinceramente las elogiosas referencias hechas por los representantes, no sólo a él, sino a todo el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, ya que su trabajo es un trabajo colectivo. Le ha agradado mucho oír que las decisiones tomadas en este foro, que es el principal foro de salud de las Américas, deben ser objeto de compromisos por parte de todos y cada uno de los Gobiernos Miembros, puesto que lo importante es que esas decisiones adoptadas se apliquen realmente en los países.

Quisiera aprovechar la ocasión para rectificar una información facilitada por el Sr. Ministro del Brasil. El incremento del presupuesto de la Organización, que será

debatido con más detalle en la próxima sesión, es sólo del 7,8% para el bienio, es decir, muy inferior al crecimiento de la inflación medido en dólares, y supone una reducción real del 1,2%. Por la estructura de la financiación, el crecimiento de las contribuciones será del 11,59% y, en el caso concreto del Brasil, del 9,4% para el bienio.

Agradece especialmente las emotivas palabras del Sr. Ministro de Cuba y expresa su satisfacción por la presencia de dicho representante en la reunión del Consejo Directivo. La experiencia vivida por Cuba en el combate de la epidemia de neuropatía constituye una experiencia rica en enseñanzas para todos y la Organización ha tratado únicamente de cumplir con su deber, no sólo hacia ese país sino también hacia todos los países que pudieran estar expuestos a la diseminación de esa epidemia.

Por lo que se refiere a su propio informe, tratará de modificarlo para incluir en él una referencia a los objetivos a largo plazo de la Organización y su seguimiento, pero el año próximo, cuando se examinen de nuevo las orientaciones de estrategias y prioridades programáticas para el período 1996-1999, tanto la evaluación del cuatrienio pasado como los objetivos del siguiente serán objeto de una presentación especial. Además, mediante la publicación de las *Condiciones de Salud en las Américas*, se tratará de hacer una evaluación a largo plazo del proceso. Aunque resulte algo más complicado, el Informe del Director se preparará en conjunción con esa documentación y, posiblemente, con otro documento sobre el seguimiento de la estrategia y el objetivo de la meta de salud para todos en el año 2000, en el contexto de la atención primaria de salud.

La OPS seguirá esforzándose por tener la iniciativa y ser pionera en la promoción y la adopción de los cambios necesarios en el mundo actual e impuestos por las condiciones de la propia Región, y estará siempre junto a los países para ayudarlos y aprender de sus experiencias, a fin de poder ayudar luego a los demás. Por otra parte, dada la importancia que la Organización Mundial de la Salud tiene para la salud universal y para la Región de las Américas, la OPS seguirá haciendo todo lo posible, y más de lo posible, para colaborar en el proceso de transformación de esa Organización.

Agradece al Sr. Embajador de Francia la noticia del aumento de la contribución de su país para la lucha contra el sarampión, especialmente en Haití: ese importante aumento, de tres a siete millones de dólares, permitirá a la Organización disponer de los fondos necesarios para las actividades de protección contra esa enfermedad de los niños haitianos. La OPS, que siempre ha prestado a los cuatro idiomas de la Región, entre ellos el francés, la atención que merecen, agradece muy especialmente esa cooperación de Francia.

Finalmente, y para responder a las inquietudes del representante de México, quisiera decir que ha tomado buena nota, para utilizarla en la primera ocasión, de su bella frase de que, a través del combate contra las enfermedades prevenibles se está haciendo iguales a todos los niños de las Américas. Porque la verdadera equidad consiste efectivamente en evitar que los niños sufran enfermedades o mueran de ellas, y lograr que en un mundo futuro, que ojalá no esté muy lejano, ningún niño, hombre o mujer, ningún ser humano, tenga que padecer una enfermedad que sea posible evitar con los

conocimientos y recursos de que se disponga. Esa será la verdadera justicia y la verdadera equidad.

Hace unos meses se celebró una reunión de un grupo de expertos entre los más prestigiosos en materia de sarampión, para que aconsejaran sobre la conveniencia de proponer al Consejo el establecimiento de una meta para la eliminación de esa enfermedad. La conclusión a que llegaron fue que, dada la complejidad de la epidemiología del sarampión y las deficiencias de la vacuna actualmente disponible, sería muy arriesgado recomendar una meta que quizá no pudiera alcanzarse luego. Sin embargo, sin fijar esa meta de forma oficial, la Organización la ha establecido ya en la práctica, y está tratando de lograrla con todos los recursos que es capaz de movilizar, lo que permite confiar en que será posible alcanzarla.

El PRESIDENTE dice que está seguro de que todos los países comparten esos nobles propósitos y, hablando como Representante de Chile, manifiesta que su país se ha conseguido cortar la cadena de transmisión del sarampión gracias a la Organización Panamericana de la Salud.

A continuación, nuevamente como Presidente, pide al Relator que prepare un proyecto de resolución sobre el tema.

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

Dr. LEAKEY (Jamaica), Rapporteur of the Committee on Credentials, said that the Committee, consisting of the Governments of Brazil, Jamaica, and Panama, had

examined the credentials delivered to the Director in accordance with Rules 16 and 17 of the Rules of Procedure of the Directing Council. The credentials of the Representatives of Cuba, Haiti, and Mexico had been found to be in good order. The Committee therefore proposed that the Directing Council recognize their validity.

Decision: The second report of the Committee on Credentials was approved.
Decisión: Se aprueba el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

The session was suspended at 4:00 p.m. and resumed at 4:40 p.m.
Se suspende la sesión a las 4:00 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.

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

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la primera sesión plenaria, la Secretaría informó al Comité Ejecutivo de que, el 1 de enero de 1993, el total del saldo deudor en concepto de cuotas correspondientes a años anteriores a 1993 ascendía a \$37.775.893. De ese saldo, entre el 1 de enero y el 18 de junio de 1993 se recibió un total de \$16.831.724. Posteriormente se recibieron pagos adicionales de los Gobiernos de la Argentina y Bahamas por un total de \$3.448.266, con lo que el saldo se redujo a \$17.495.903. La cifra correspondiente a fechas similares en el año 1992 ascendía a \$25.058.896. Aunque este descenso no es muy marcado, cabe destacar que alrededor de \$14,7 millones correspondían a cuotas pendientes de cuatro Gobiernos Miembros.

Con respecto a las contribuciones de 1993, el 18 de junio de 1993 las cuotas recibidas ascendían a \$15.117.912. Siete Gobiernos Miembros habían pagado la totalidad de la cuota para 1993, cinco lo habían hecho en parte y 27 no habían aportado contribución alguna para el año en curso. Además, 14 no habían hecho ningún pago aplicable a sus deudas de años pasados.

A la fecha de la apertura de la 111a Reunión del Comité Ejecutivo, Antigua y Barbuda tenía una deuda de \$56.594, que se remonta a 1989. Hasta ese momento, la Organización había recibido pagos por un total de \$13.690. Cuba debía \$2.428.102, de los que sólo había pagado \$80.000, quedando impagados importantes saldos de 1990 y 1991. Guatemala debía \$478.849, de los cuales \$88.845 correspondían a 1989. Aunque la Organización había cobrado \$51.927 en el curso de 1992, no había recibido ningún pago durante 1993. La República Dominicana debía un total de \$428.540 que tenía que pagar con arreglo al plan de pagos diferidos enmendado en septiembre de 1992. En la fecha de la 111a Reunión, otros cinco países--Bolivia, Guyana, Haití, Nicaragua y el Perú--corrían el riesgo de perder sus privilegios de voto por no haber cumplido sus obligaciones financieras.

El Artículo 6.B de la Constitución de la OPS determina que se suspenderán los privilegios de voto de un Gobierno que tenga atrasos que excedan del importe de los pagos anuales de sus cuotas correspondientes a dos años completos, a menos que la Conferencia o el Consejo Directivo consideren que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno, en cuyo caso podrá permitirse que vote. El Comité

aprobó su Resolución I en la que, entre otras cosas, recomienda a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que las restricciones relativas al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Gobiernos Miembros que, para la fecha de apertura de la reunión, no hayan cumplido las disposiciones de la Resolución I de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo en lo que atañe a la situación del pago de sus cuotas.

Mr. McMOIL (PAHO), introducing Document CD37/22 and ADD. I on the collection of quota contributions, noted that in January 1993 total arrears of contributions for years prior to 1993 had amounted to \$37,789,590. Payments on those arrears received from 1 January to 17 September had amounted to \$24,756,757, reducing them as of 17 September to \$13,320,835. Additional payments received since 17 September, from Brazil and Grenada, had further reduced total arrears to \$11,644,878. The corresponding total at the same time the previous year had been \$4,461,617.

Collection of contributions in respect of 1993 assessments amounted to \$44,116,780 as of 17 September. Additional contributions toward 1993 assessments totaling \$2,136,079 had been received from Grenada, Dominica, and Mexico. Those payments represented 65 % of quota assessments for 1993. The corresponding percentage of collection at the same time in 1992 had been approximately 67 %.

The collection of arrears and current year assessments to date totaled \$72,397,563 for the second year of the biennium and represented approximately 103 % of the 1993 assessed level of contributions. Quota collections for both years totaled

approximately \$143.3 million. Member Governments which had paid their assessed contributions were shown in Annex II of Document CD37/22. To date seven Member States had made no quota payments to the Organization in 1993.

Article 6.B of the PAHO Constitution provided that a Government in arrears in an amount exceeding the sum of its annual payments of contributions for two full years should have its voting privileges suspended unless the Directing Council was satisfied that the failure to pay was due to conditions beyond the Government's control, in which case the Member Government might be permitted to vote. As of the opening of the XXXVII Meeting of the Directing Council any Member Government with an outstanding assessment balance relating to 1990 was subject to the provisions of Article 6.B. There were currently four Member Governments in that position. The status of those quota payment situations had been reviewed in depth by the Working Party on the Application of Article 6.B, whose Chairman would present a report on the application of Article 6.B to the Member Governments concerned.

El Dr. ABAD (Ecuador), hablando como representante del Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS, dice que el grupo, integrado por el Ecuador y Trinidad y Tabago, examinó el estado de la recaudación de las cuotas, de conformidad con la disposiciones del Artículo 6.B. El 17 de septiembre de 1993 cuatro países tenían atrasos de más de dos años en el pago de sus cuotas: Antigua y Barbuda, Cuba, Guatemala y Haití. El Grupo de Trabajo ha tomado nota de que, desde la reunión del Comité Ejecutivo celebrada en junio de 1993, la

República Dominicana, Bolivia, Guyana, Nicaragua y el Perú han efectuado pagos suficientes para cubrir sus contribuciones correspondientes a 1990 y años anteriores, por lo que han conservado todos sus privilegios de voto. Antigua y Barbuda adeuda un total de \$56.594, de los cuales \$16.741 corresponden a las contribuciones de 1989 y 1990. En febrero de 1993 se recibió un pago de \$13.690 y en varias ocasiones se ha informado al Gobierno sobre el estado de sus cuotas, aunque no se ha recibido correspondencia alguna en relación con sus planes de pago.

Cuba adeuda \$2.388.102 en contribuciones pendientes, y hasta la fecha ha pagado \$80.000. En este momento todavía tiene pendiente un saldo de \$592.602 correspondiente a 1990 y su Gobierno ha acordado con el Director pagar una suma adicional de \$467.612 antes de que finalice 1993, y una cantidad sustancial en 1994, a pesar de su situación económica.

Guatemala debe \$478.849 en concepto de cuotas atrasadas. De esta cantidad, \$194.860 corresponden a 1989 y 1990. Hasta el 17 de septiembre de 1993 no había efectuado ningún pago a pesar de que, en varias oportunidades, había informado al Gobierno del atraso en el pago de sus cuotas.

Haití adeuda un total de \$307.862 en cuotas atrasadas, de los cuales \$106.015 corresponden a 1990. La actual situación política del país ha entorpecido la capacidad de la Secretaría para establecer un diálogo activo acerca del estado del pago de las contribuciones e indagar sobre su futuro y sus planes de pago.

El Grupo de Trabajo ha estudiado todas estas situaciones teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Ejecutivo incluidas en la Resolución I y prestando la debida consideración de la situación económica de Cuba y Haití. Además, estima que el Artículo 6.B de la Constitución debe aplicarse a los que no han hecho un esfuerzo para pagar sus cuotas atrasadas, que son Antigua y Barbuda y Guatemala. Considera además que el Artículo 6.B se debe aplicar condicionalmente a los países que no han entregado formalmente a la Secretaría planes de pago razonables y congruentes con sus situaciones económicas: Haití se encuentra en esta situación. El compromiso contraído por Cuba de efectuar, pagos en 1993 se considera satisfactorio, dada la situación de este país.

En consecuencia, el Grupo de Trabajo recomienda que no se permita a la Representación de Guatemala votar en el Consejo Directivo hasta que dicho país no efectúe un pago equivalente, por lo menos, a las cuotas adeudadas correspondientes a 1989 y presente a la Secretaría un plan de pagos específico y aceptable. Recomienda también que los privilegios de voto de Haití se condicionen a la presentación inmediata a la Secretaría de planes de pago diferidos aceptables. Asimismo, señala a la atención del Gobierno de Cuba el requisito de presentar un plan de pagos, con miras a que no incurra en otros atrasos en el pago de sus cuotas en 1994.

Como el Representante de Antigua y Barbuda no está en la reunión en estos momentos, el Grupo de Trabajo recomienda que se pida al Director que notifique al Gobierno de ese país que sus futuros privilegios de voto dependerán de su acción positiva encaminada al pago de sus contribuciones antes de la apertura de la próxima reunión de

la Conferencia Sanitaria Panamericana. Al mismo tiempo, desea instar y alentar a los Gobiernos Miembros a cumplir sus responsabilidades de pago de las cuotas de manera expedita, con la finalidad de que los programas de la Organización puedan avanzar apoyados en una sólida situación financiera.

El Dr. TEJA (Cuba) felicita al Grupo de Trabajo por el informe presentado sobre la recaudación de cuotas y el tratamiento que se ha dado a los países. Ya debe estar a disposición de la Oficina Sanitaria Panamericana un segundo pago de Cuba de \$160.000 y el país se compromete a pagar, en lo que queda del año, \$360.000 más.

Le Dr. MOLIERE (Haïti) remercie le Rapporteur de ce dossier et fais cas de la situation particulière d'Haïti où un coup d'Etat a été réalisé en septembre 91. Le gouvernement constitutionnel n'a eu accès au contrôle financier du pays que depuis trois semaines. Des efforts sont en cours pour que les arriérés du gouvernement haïtien soient honorés envers l'OPS. Il vient d'en discuter avec le Ministre des finances d'Haïti pour que les dispositions soient prises et que dans un temps assez proche, la question soit résolue.

El Dr. HERNANDEZ (Guatemala) señala que hace tres meses que el Gobierno de Guatemala tomó posesión y que el incumplimiento de los pagos de sus cuotas responde únicamente a la difícil situación económica que atraviesa el país. El Gobierno hará todo lo posible por efectuar unos pagos que le permitan, como mínimo, mantener el privilegio de votar en estas reuniones.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/1):

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD37/22 and ADD. I) and the concern expressed by the 111th Meeting of the Executive Committee with respect to the status of the collection of quota contributions;

Noting from the Report of the Working Party on the Application of Article 6.B (Document CD37/22, ADD. II) that Bolivia, Dominican Republic, Guyana, Nicaragua, and Peru, through recent payment actions, have cleared their arrears relating to years prior to 1991 and have retained full voting rights; and

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

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD37/22 and ADD. I).
2. To express appreciation to those Member Governments that have already made payments in 1993, and to urge all Member Governments in arrears to meet their financial obligations to the Organization in an expeditious manner.
3. To congratulate the Dominican Republic, Bolivia, Guyana, Nicaragua, and Peru for their payment efforts to reduce quota arrears for prior years.
4. To recognize the concern expressed at the meeting of the Working Party with respect to the future voting privileges of Antigua and Barbuda, and to request the Director to advise the Government of the views of the Council.
5. To express satisfaction with the payment commitment made by Cuba.
6. To request the Director to notify Haiti that its voting privileges are conditionally suspended at this XXXVII Meeting of the Directing Council until a specific and acceptable plan of payment is received by the Secretariat, and that voting privileges will be automatically restored by this action.

7. To request the Director to notify Guatemala that its voting privileges are conditionally suspended at this XXXVII Meeting of the Directing Council until a quota payment equivalent to the amount due for 1989 and a specific and acceptable plan of payment for the balance of outstanding assessments are received by the Secretariat, and that its voting privileges will be automatically restored by these actions.

8. To request that the Director:

- a) Continue to monitor the implementation of special payment agreements made by Member Governments in arrears for the payment of prior years' quota assessments;
- b) Advise the Executive Committee of Member Governments' compliance with their quota payments' commitments;
- c) Report to the XXIV Pan American Sanitary Conference on the status of the collection of quota contributions for 1994 and prior years.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD37/22 y ADD. I) y la preocupación expresada por la 111a Reunión del Comité Ejecutivo con respecto del estado de la recaudación de las cuotas;

Observando en el informe presentado por el Grupo de Trabajo sobre la Aplicación del Artículo 6.B (Documento CD37/22, ADD. II) que Bolivia, Guyana, Nicaragua, Perú y la República Dominicana, mediante acciones de pago recientes, han cancelado sus cuotas atrasadas correspondientes a los años anteriores a 1991 y han conservado todos sus derechos de voto, y

Observando además que Antigua y Barbuda, Cuba, Guatemala y Haití tienen cuotas pendientes desde hace más de dos años y están sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (Documento CD37/22 y ADD. I).
2. Agradecer a los Gobiernos Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 1993 e instar a los demás Gobiernos Miembros a que paguen las cuotas pendientes lo más pronto posible.

3. Felicitar a Bolivia, Guyana, Nicaragua, Perú y la República Dominicana por sus esfuerzos de pago destinados a reducir los atrasos en las cuotas de años anteriores.

4. Reconocer la preocupación expresada en el Grupo de Trabajo con respecto a los futuros privilegios de voto de Antigua y Barbuda, y solicitar al Director que comunique al Gobierno la opinión del Consejo.

5. Expresar satisfacción por el compromiso de pago contraído por Cuba.

6. Solicitar al Director que notifique a Haití que sus privilegios de voto quedan suspendidos condicionalmente en esta XXXVII Reunión del Consejo Directivo hasta que la Secretaría reciba un plan de pago específico y aceptable, acción que restituirá automáticamente sus privilegios de voto.

7. Pedir al Director que notifique a Guatemala que sus privilegios de voto quedan suspendidos condicionalmente en esta XXXVII Reunión del Consejo Directivo hasta que la Secretaría reciba un pago de sus cuotas equivalente a la cantidad adeudada para 1989 y un plan de pago específico y aceptable del saldo de las cuotas pendientes, medidas que restituirán automáticamente sus privilegios de voto.

8. Solicitar al Director que:

- a) Continúe vigilando la ejecución de los convenios especiales de pago hechos con los Gobiernos Miembros atrasados en la cancelación de sus cuotas de años anteriores;
- b) Informar al Comité Ejecutivo del cumplimiento por parte de los Gobiernos Miembros de sus compromisos de pago de sus contribuciones;
- c) Informar a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana sobre la situación de la recaudación de las cuotas de 1994 y años anteriores.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución

ITEM 6.2: INTERIM FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR FOR THE YEAR
1992

TEMA 6.2: INFORME FINANCIERO PARCIAL DEL DIRECTOR PARA EL AÑO
1992

El REPRESENTANTE DEL COMITE EJECUTIVO indica que el *Documento Oficial 255* contiene el Informe del Director sobre las transacciones financieras efectuadas por la Organización entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1992, así como su situación financiera al finalizar el primer año del bienio. Asimismo incluye los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

El Representante de los Estados Unidos de América ha solicitado que en los informes financieros se incluya un subtotal al final de la lista de las contribuciones de los Gobiernos Miembros. Dicha cifra debería aparecer inmediatamente antes de la sección en la que figuran las contribuciones de las organizaciones internacionales y de las instituciones públicas y privadas. El objetivo de la propuesta es distinguir claramente el dinero que proviene de donaciones voluntarias del que procede de otras organizaciones.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

Mr. BOYER (United States of America) said that it was appropriate for the Meeting to discuss collection of quota contributions and the Interim Financial Report of

the Director before the adoption of the proposed program budget because the budget needed to be examined in the context of the financial situation facing the Organization.

Although contributions in 1992 had risen by 5% over the preceding year, the level of contributions was still low. At the end of 1992, 29 out of 38 Member States had assessments outstanding as against 22 countries in the preceding year. Furthermore, from the 1992 Interim Financial Report it was clear that extrabudgetary funds were below the level of previous years. Voluntary contributions in 1992 were \$4 million lower than in 1991.

Those facts were indicative of the difficulties the Organization could face unless care was exercised in authorizing expenditure.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) dice que es cierto que en 1992 sólo se ha recibido el 66% de las cuotas del año, aunque, como señaló el Sr. McMoil, hasta el momento se ha recibido el 103%, si a las cuotas del año se suman los pagos de atrasos. No obstante, ello no excluye la necesidad de ser sumamente cuidadosos a la hora de aprobar las cuantías de las operaciones financieras. De hecho, para el bienio 1992-1993, para un total de contribuciones aprobadas de \$142.428.270, se han recibido \$143.351.313. Por primera vez en los años que lleva de mandato, se han recibido más recursos que los autorizados por el Consejo Directivo para los programas de la Organización.

El PRESIDENTE dice que el debate quedará reflejado en el acta.

*The session rose at 5:15 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:15 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/3
28 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Tuesday, 28 September 1993, at 9:00 a.m.
Martes, 28 de septiembre de 1993, a las 9:00 a.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Contents
Indice

Item 5.1: Proposed Program Budget of the Pan American Health Organization for the Biennium 1994-1995
Tema 5.1: Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1994-1995

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.*

Contents (cont.)
Indice (cont.)

- Item 4.2: Proposed Revision of the Amount of the PAHO Award for Administration
Tema 4.2: Propuesta de revisión del monto del Premio OPS en Administración
- Item 5.12: Health of Indigenous Peoples
Tema 5.12: Salud de los pueblos indígenas

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

- ITEM 5.1: PROPOSED PROGRAM BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE BIENNIIUM 1994-1995
- ITEM 5.1: PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1994-1995

El PRESIDENTE llama la atención al *Documento Oficial 254* y al Documento CD37/9, y solicita al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema correspondiente.

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) indica que el proyecto de presupuesto por programas fue preparado teniendo en cuenta tanto las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS para el período 1991-1994, como el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. En abril de 1993, el Subcomité de Planificación y Programación comenzó a examinar el proyecto de presupuesto preliminar, cuyo monto total de \$250.958.000 se componía de \$80.070.000 de fondos ordinarios de las OMS y \$170.888.000 de fondos ordinarios de la OPS. El aumento en ambos fondos fue de 12,0% en relación con 1992-1993. Esta cifra abarcaba los aumentos de costos de un 12,2% relacionados con la inflación y los incrementos obligatorios dispuestos por las Naciones Unidas, así como las reducciones de programas de \$452.800, o sea un 0,2%.

Si bien este proyecto de presupuesto preliminar fue considerado razonable, tanto el Subcomité de Planificación y Programación como el Director manifestaron su

inquietud con respecto al aumento resultante de un 17,74% en las cuotas de los Gobiernos Miembros. Con el propósito de que este aumento no excediese del 12%, se propusieron diferentes estrategias que incluyeron la posibilidad de congelar el monto de las becas y de reducir los gastos en programas, así como la intención de incrementar los ingresos varios efectuando mejores inversiones.

Se convino en la urgencia de revisar los costos de la Organización para determinar si es imprescindible aumentar los ingresos y establecer un orden de prioridades. También se señaló que en los cinco presupuestos bienales anteriores se produjo una reducción acumulativa de los fondos ordinarios, del 31 al 32%. A pesar de ello, y como consecuencia de una administración sana e innovadora, los programas de países se pudieron mantener e incluso ampliar.

Se resaltó que los fondos extrapresupuestarios aparecen notoriamente disminuidos después del período 1992-1993. Tres fondos en particular han mermado considerablemente en comparación con el período 1990-1991: el del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en casi \$9.000.000; el del Programa Mundial sobre el SIDA, en casi \$6.000.000; y el del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en casi \$1.000.000.

En respuesta a algunos comentarios hechos por los Representantes durante el debate, el Director concordó en la conveniencia de incluir en futuros documentos de presupuesto información más detallada sobre los gastos de los Centros de la OPS. En relación con los fondos extrapresupuestarios, dijo que en documentos importantes del

PNUD se ha propuesto medir mejor el desarrollo humano con indicadores apropiados. También los bancos, especialmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, conceden ahora suma importancia a los aspectos sociales por considerarlos puntuales del proceso de estabilización de ajuste y de crecimiento económico. Este cambio conceptual, que probablemente se confirme en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Social convocada para 1995, es muy alentador. Además desde el punto de vista regional, un prudente optimismo indica que la crisis económica de los años ochenta está llegando a su fin.

En su Resolución II, el Comité recomienda al Consejo Directivo que apruebe el proyecto de presupuesto por programas de la OPS para el bienio 1994-1995 con un presupuesto operativo efectivo de \$164.466.000, tomando en cuenta los comentarios del Comité Ejecutivo, y que apruebe además las resoluciones requeridas sobre las asignaciones y las cuotas. Las explicaciones detalladas de la Secretaría sobre el *Documento Oficial 254* y los comentarios que se formularon constan en las actas de la Reunión.

Mr. MILAM (PAHO), referring to *Official Document 254*, reviewed the structure of the proposed budget and some of the factors that had been used in its formulation.

The document contained, in various formats, the current 1992-1993 period as a reference point or base, the proposal for 1994-1995, and a long-range projection for the 1996-1997 period, which would be used in formulating the WHO regular budget proposal

to be submitted for consideration by the Pan American Sanitary Conference in September 1994.

The 1994-1995 projections had been included in the previous budget document, *Official Document 239*, of May 1991. At that time, the 1994-1995 PAHO/WHO regular funds had been projected to increase 12.4% over 1992-1993.

The Executive Committee had recommended approval of the 1994-1995 PAHO regular budget proposal of \$164,466,000. The proposal for 1994-1995 totaled \$244,260,000, which reflected an increase of 9.0%, or approximately 4.4% annually. The total proposal included \$79,794,000 in WHO regular funds, an 11.6% increase, and \$164,466,000 in PAHO regular funds, an increase of 7.8% for the biennium or an annual increase of only 3.8%. The proposal originally presented to the Subcommittee on Planning and Programming in April 1993 had amounted to \$250,958,000. The Director had made reductions of \$6,698,000 in order to come to the proposal that was before the Council.

In order to avoid an excessive quota increase, the Director was proposing that the 1994-1995 PAHO regular proposal be funded by \$9,700,000 in miscellaneous income, the same as the current level; \$2,000,000 in expected income during 1992-1993, which would exceed the budget requirements; and \$152,766,000 in Member Government contributions. The proposal would require a quota increase of about 5.7% annually.

Table A on page 9 showed the history of the two regular budgets since 1970. The WHO regular figures used in 1992-1993 and 1994-1995 were those approved by the

World Health Assembly. However, due to the financial situation of WHO, the Director-General had reduced the 1992-1993 allocation by 10%, or \$7,149,000. The real WHO working allocation for 1992-1993 was, therefore, \$64,342,000, and the 9.9% increase was in reality a decrease. Instead of an overall increase of 14.9%, the increase was 11.2%. Apparently, the Director-General did not expect the financial situation to improve in 1994-1995, and the rumored reduction in the allocation to the Americas was about \$7,000,000. Accordingly, the 11.6% WHO increase shown in Table A would probably be only 1.8%, and the overall increase of 9.0%, only 5.9%, or about 2.9% annually. In other words, from year to year to year, the Organization's budgets, and therefore its programs, had actually been reduced, not increased, as those figures indicate.

The official figures in Table A showed that in 1994-1995, the PAHO regular proposal would be 67.3% of the total, while WHO regular would be 32.7%. As had been indicated during the Governing Body meetings in 1991, it had been anticipated that the 17.3% increase in PAHO funds requested for 1992-1993 would be a one-time affair. The proposed increase of 7.8% for 1994-1995 confirmed that. The annual increase was only 3.8%.

Table B on page 10 showed the post count under regular and extrabudgetary funds. The decline in the number of posts under extrabudgetary funds was due basically to the Organization's inability to predict future commitments.

Thirteen posts had been eliminated under regular funds, while the posts in Country Programs had been increased by four. The largest reduction, 12 posts, had been made in Technical and Administrative Direction. That meant that over the four-year period, 1992-1995, 87 posts had been eliminated, which was almost 10% of the work force.

Graphs I and II on pages 11 and 12 illustrated the information in Table C on page 13, which showed the budget in the various location categories and provided an analysis of program increases or decreases and cost increases in those locations. Program increases related, of course, to items in the proposal which had not been in the 1992-1993 program; cost increases related to estimates for inflation and mandated United Nations increases, such as revised salary scales, etc.

He then gave a brief explanation of how cost increases were estimated. All posts, professional and local, were costed on the basis of the latest actual cost of the post by grade and duty station. In other words, there was an average cost by grade for the posts in every city, rather than a regionwide average. The cost of short-term consultants was estimated regionwide, as was that of fellowships. The average cost of short-term consultants had increased 3.75%, while the fellowship average had remained at the 1992-1993 level.

For all other items in the budget, such as duty travel, supplies, and equipment, cost increases were estimated for Washington and the field. For Washington, a figure of 4.0% annually, was being used.

The cost increase being used for field locations was 6.5% annually, which was extremely conservative in view of the 22.0% average increase in 1992. Obviously, the budget would have to absorb the difference.

Table C showed the overall increase of 9.0%, with the cost increase of 10.2% and the program reduction of 1.2% or \$2,674,300. The smallest program reduction, \$98,500, had been made in Country Programs, which would increase from 37.2% of the total in 1992-1993 to 38.3% in 1994-1995. The largest program reduction was in Technical and Administrative Direction, which accounted for 75.0% of the reduction; its share of the budget would decrease from 15.6% to 14.6%. The large program increase in Multicountry Programs was related to the establishment of the Executive Secretariat of the Regional Plan for Investment in the Environment and Health and the new program of bioethics.

Table D on pages 14 and 15 gave a summary of all the different funds by source. In 1992-1993, the regular funds had amounted to 55.4% of the total and extrabudgetary funds to 44.6%. The 1992-1993 column was the most accurate presentation of extrabudgetary funds in Table D or any other table, since future commitments were so hard to predict.

The tables and graphs on pages 16-33 all related to the program classification structure of the budget. He drew particular attention to Table E-3 which showed the core regular program budget of the Organization. That table was complemented by the table on page 28, which showed the absolute percent increase or decrease in the program from

1992-1993 to 1994-1995, and another that showed the same programs with the program increase/decrease and cost increase analysis.

Concerning the four main parts of the program, he noted that Direction, Coordination and Management (Part I) accounted for 7.8% of the 1994-1995 proposal, down from 9.1% in 1992-1993. Parts II and III, Health System Infrastructure and Health Science and Technology, came to over 81.0% of the total and received over 99.0% of the budget increase. Part IV, Program Support, consumed 11.0% of the total. When the part was combined with extrabudgetary funds, it fell to less than 8.0% of the total, a level he did not think any other international organization could match.

Tables F-1 and F-2 on pages 34 and 35 showed the budget under the object of expenditure categories of personnel, duty travel, fellowships, supplies and equipment, etc.

Section II of the document contained narrative descriptions of the programs, as well as a summary of the funds related to each. Section III contained a summary by location of the budget and provided more details of the summary categories presented in Table C on page 13. The organizational structure and funds were shown under Section IV. The Annex showed the programs in the structure used by WHO. Finally, he drew attention to the proposed resolutions included in the budget document.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) desea hacer algunos comentarios sobre ciertos puntos tratados por los oradores anteriores. En primer lugar, hace constar que la Secretaría es muy consciente del contexto global y regional dentro del cual se ha

formulado el proyecto de presupuesto. Una de sus preocupaciones fundamentales es la necesidad de ser sensible a las difíciles situaciones económicas por las que atraviesan muchos países. El proyecto preliminar presentado al Subcomité de Planificación y Programación en abril, dada la composición del financiamiento de base, habría significado un aumento de aproximadamente 18% en las cuotas de país. A pesar de que esas estimaciones todavía le parecen más adecuadas que las que actualmente aparecen en el *Documento Oficial 254*, se decidió buscar la manera de evitar un aumento en las contribuciones de los países.

Con ese objeto, se revisó minuciosamente todo el presupuesto, incluso en su estructura, antes de la reunión del Comité Ejecutivo. En la propuesta final, el incremento es de 10,2% para el bienio, o sea 5,1% por año, para 1994-1995. Es un proyecto de presupuesto sumamente conservador, lo que se consiguió reduciendo de una manera casi arbitraria los gastos en rubros que pueden controlarse más directamente. Entre estos figuran las remuneraciones de consultores, con un aumento de solo 3,7% para el bienio, y las becas, que se han congelado al mismo nivel de 1992-1993. El mayor aumento de costos en el presupuesto corresponde al componente de personal asalariado según las reglas del sistema único de las Naciones Unidas. Sin embargo, se continuará haciendo todo lo posible para utilizar otras formas de contratación de personal menos costosas.

Parte del presupuesto se estimó basándose casi en un deseo más que en la realidad, de que los países logren verdaderamente contener la elevación de los precios

internos en los años por venir. Lamentablemente, la experiencia reciente contradice tal posibilidad.

Hace notar que, aun estimando que el aumento de costos sea leve, la posibilidad de acción por parte de la Organización se ha reducido en 10,2%. El aumento general en relación con el bienio 1992-1993 es de 9%, es decir, aproximadamente 4,4% anual, mientras que la porción del proyecto correspondiente a fondos de la OPS añade solo 7,8%, o 3,8% anualmente. La diferencia entre estos números significa una reducción real de programas. En realidad, la política de crecimiento cero hace ya tiempo que dejó de ser efectiva y se ha estado aplicando una política de decrecimiento real. Si se compara el presupuesto de 1994-1995 con el de 1982-1983, se puede comprobar que ha habido una reducción real acumulada del presupuesto ordinario de la OPS de más de 30%. La fuerza de trabajo de la Secretaría que se contrata bajo el régimen de las Naciones Unidas ha sido disminuida en casi una tercera parte, habiéndose eliminado cerca de 700 puestos en el proceso de contención de gastos.

No obstante, presume con cierto optimismo que se pueden lograr ciertas cosas. El rubro de ingresos varios, por ejemplo, se ha estimado en \$9.600.000, a pesar de que las tasas de interés están por debajo de 6% al año para los plazos que le es dable obtener a la Organización. Se han diversificado las inversiones, pero es necesario garantizar su seguridad y un alto grado de liquidez, lo que limita su aplicación a plazos cortos que, a su vez, rinden menos ganancias.

Solicita al Consejo que apruebe el acceso al uso potencial de \$2.000.000 de las recaudaciones de fondos para el bienio 1992-1993 para financiar el ejercicio del bienio 1994-1995 y así poder reducir las cuotas de los Gobiernos Miembros. Se está contando, por lo menos en papel con que se mantenga el incremento aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, de 11,6%, en la contribución de la OMS para la Región de las Américas. Esto ayudaría a financiar el presupuesto total de la OPS, de forma que el componente correspondiente a la Organización no aumente en más de 7,8%. De darse la posibilidad de sufrir un corte adicional en los fondos provenientes de la OMS, habría que efectuar reducciones adicionales a las ya establecidas en el proyecto de presupuesto.

El aumento promedio que se les pide a los países es de 11,5% en el bienio, pero varía de un país a otro, de acuerdo con las decisiones de la Asamblea General de la OEA, sobre las que se basan las cuotas con arreglo a la Constitución de la OPS. A pesar de las dificultades que en la consecución de recursos extrapresupuestarios plantea la situación mundial, se espera poder mantener el nivel de financiamiento extrapresupuestario obtenido de contribuciones voluntarias durante el bienio de 1992-1993. Si así fuera, el monto total del presupuesto de la Organización para el bienio 1994-1995 se aproximaría a los \$450.000.000.

Señala que en el documento que se ha distribuido se ha añadido información sobre los puntos que el Comité consideró requerían de mayores detalles. Además, la definición de prioridades se ha basado en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas

vigentes para 1991-1994. Al mismo tiempo, es preciso tener en cuenta que se trata de un período de transición y que el presupuesto que se analiza cubrirá también el primer año de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para 1995-1998, las que serán aprobadas en 1994 por la Conferencia Sanitaria Panamericana. Como orientación para el período de transición, se han tenido en cuenta las propuestas del Consejo Directivo en 1992 para la elaboración del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. Estas propuestas se han incorporado en el quehacer de la Organización, incluso por ajuste de la estructura administrativa en la Sede.

El Director hace hincapié en que la cooperación técnica de la OPS con los países es la única razón de ser de la Organización. Por eso la participación de los programas de países en el presupuesto aumenta de 37,2 a 38,3%, aunque se hayan hecho otras reducciones. Esta cooperación absorbe 82,7% de los recursos ordinarios totales de la OPS. Si se agregan a ello los recursos extrapresupuestarios, la cooperación con los países absorbe casi 90% de los recursos. Para hacerlo posible, se ha reducido una vez más el gasto en el rubro de dirección técnica y administrativa de 15,6 a 14,6% del presupuesto ordinario. Las actividades de apoyo en administración, propiamente dichas, descienden a 11% y, si se agregan al presupuesto ordinario los recursos extrapresupuestales, los gastos generales de administración constituyen menos de 8% del presupuesto total. Piensa que, entre las organizaciones internacionales, multilaterales e incluso nacionales, habrá pocas que funcionen con tan bajos gastos fijos.

El PRESIDENTE dice que corresponde al pleno discutir el tema, primero de forma general y luego por secciones. Seguidamente, indica las páginas en que se encuentran las diversas secciones del proyecto de presupuesto.

Mr. BOYER (United States of America) said that his Delegation supported the budget proposal, although it had some concern about the 11.59% increase in assessments on Member States that would be required. From the previous day's discussion of quota contributions it was apparent that many countries were having difficulties making their payments, and the 11% increase would surely exacerbate those difficulties.

His Delegation was pleased that the Director had found ways of significantly reducing the budget proposal that had been presented to the Subcommittee on Planning and Programming in April 1993. PAHO had evolved a very sensible three-step budget process in which the Director submitted the draft budget first to the Subcommittee on Planning and Programming in April, then to the Executive Committee in June, and finally to the Directing Council in September for final approval. The Director was thus able to obtain useful feedback from Member States, and in the case of the 1994-1995 budget proposal he had responded quite effectively to that feedback, bringing down the proposed amount in the middle of the review process.

The United States Delegation was also gratified to note that the increase in the PAHO budget was only 7.8%, whereas the WHO budget adopted in May 1993 had contained a nominal increase of 11.6%. It was especially pleased at the cuts in

administrative and technical support and thought the Director was probably quite correct in saying that no other international organization had such low overhead costs.

His Delegation recognized, and sincerely regretted, the difficulties PAHO was having in maintaining its programs. However, given the Member States' financial difficulties, both in meeting their obligations to international organizations and in operating their own national programs, it considered the 1994-1995 budget proposal a sensible one.

He noted that the World Health Assembly had recently adopted a resolution on budgetary reform which promoted more Member State participation in the budget development process. PAHO and its Members might be well advised to observe the budget reform process within WHO and determine to what extent PAHO might benefit from applying a similar process. His Delegation thought that more input from the Member States in the budget process might help to ensure that the most-needed programs were maintained and that cuts, when required, were applied only to the most marginal of the Organization's activities.

El PRESIDENTE indica que ha llegado el momento de discutir las secciones del presupuesto individualmente y da lectura a los títulos uno a uno.

Mr. BOYER (United States of America) said that he simply wished to thank the Secretariat for including more detailed information about the operation of the Pan American Centers, as had been requested by the Executive Committee. That information

was very useful for those who were interested in the financing of the Centers and in how well they were operating.

El PRESIDENTE pide al Relator que presente el proyecto de resolución correspondiente a asignaciones, que se encuentra en la página 8-A del *Documento Oficial* 254.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

RESOLVES:

1.	To appropriate for the financial period 1994-1995 an amount of \$185,722,908 as follows:		
	Part I	DIRECTION, COORDINATION AND MANAGEMENT	16,481,600
	Part II	HEALTH SYSTEM INFRASTRUCTURE	78,274,700
	Part III	HEALTH SCIENCE AND TECHNOLOGY	49,362,500
	Part IV	PROGRAM SUPPORT	20,347,200
		Effective Working Budget (Parts I-IV)	164,466,000

	Part V	STAFF ASSESSMENT (Transfer to Tax Equalization Fund)	21,256,908
		TOTAL - ALL PARTS	185,722,908
		*****	*****
2.	That the appropriation shall be financed from:		
	(a)	Assessments in respect to: Member Governments, Participating Governments and Associate Members assessed under the scale adopted by the Organization of American States in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code or in accordance with Directing Council and Pan American Sanitary Conference resolutions	174,022,908
	(b)	Miscellaneous Income	9,700,000
	(c)	Provision for the 1992-1993 surplus not to exceed	2,000,000
		TOTAL	185,722,908
		*****	*****

In establishing the contributions of Member Governments, Participating Governments and Associate Members, their assessments shall be reduced further by the amount standing to their credit in the Tax Equalization Fund, except that credits of those which levy taxes on the emoluments received from the Pan American Sanitary Bureau (PASB) by their nationals and residents shall be reduced by the amounts of such tax reimbursements by PASB.

3. That, in accordance with the Financial Regulations of PAHO, amounts not exceeding the appropriations noted under paragraph 1 shall be available for the payment of obligations incurred during the period 1 January 1994 to 31 December 1995, inclusive. Notwithstanding the provision of this paragraph, obligations during the financial period 1994-1995 shall be limited to the effective working budget, i.e., Parts I-IV.

4. That the Director shall be authorized to transfer credits between parts of the effective working budget, provided that such transfer of credits between parts as are made do not exceed 10% of the part from which the credit is transferred, exclusive of the provision made for transfers from the Director's Development Program in Part I. Except for the provision made for the Director's Development Program in Part I, transfers of credits between parts of the budget in excess of 10% of the part from which the credit is transferred may be made with the concurrence of the Executive Committee. The Director is authorized to apply amounts not exceeding the provision for the Director's Development Program to those parts of the effective working budget under which the program obligation will be incurred. All transfers of budget credits shall be reported to the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero 1994-1995 la cantidad de \$185,722,908 distribuida del siguiente modo:

PARTE I	DIRECCION, COORDINACION Y GESTION	16,481,600
PARTE II	INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	78,274,700
PARTE III	CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	49,362,500
PARTE IV	APOYO AL PROGRAMA	20,347,200
	Presupuesto Básico (PARTES I - IV)	164,466,000
	=====	=====
PARTE V	IMPUESTOS DEL PERSONAL (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	21,256,908
	TOTAL - TODAS LAS PARTES	185,722,908
	=====	=====

2. Que las asignaciones se financien mediante:

(a)	Cuotas asignadas correspondientes a: Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana	174,022,908
(b)	Ingresos varios	9,700,000
(c)	Provisión del superávit de 1992-1993 que no deberá exceder	2,000,000
	TOTAL	185,722,908
	=====	=====

Al establecer las contribuciones de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, sus cuotas se reducirán además por la cantidad que quede a su crédito en el fondo de Igualación de Impuestos, con la excepción de los créditos de aquellos que gravan con impuestos la remuneración que perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) sus nacionales y residentes se reducirán en un importe respectivo igual a los reembolsos de dichos impuestos por la OSP.

3. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1995, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 1994-1995 se limitarán al total del presupuesto por programa, es decir, a las Partes I-IV.

4. Que el Director estará autorizado para transferir fondos entre las partes del presupuesto vigente, siempre que las transferencias que se efectúen entre dichas partes no excedan del 10% de la parte del cual los fondos son transferidos, excluyendo la provisión hecha por transferencias del Programa de Desarrollo del Director en la Parte I. Exeptuando la provisión hecha por el Programa de Desarrollo del Director en la Parte I, las transferencias de fondos entre partes del presupuesto que excedan el 10% de la parte de la cual se transfieren los fondos podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. El Director está autorizado a asignar montos, no excediendo la provisión del Programa de Desarrollo del Director, a aquellas partes del presupuesto vigente bajo las cuales las obligaciones serán incurridas. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán comunicadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

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

El PRESIDENTE pide al Relator que lea el proyecto de resolución sobre las cuotas, contenido en las páginas 8-B, 8-C y 8-D del Documento Oficial 254.

El RELATOR da lectura al siguiente proyecto de resolución:

Whereas, Member governments appearing in the scale adopted by the Organization of Americas States (OAS) are assessed according to the percentages shown in the scale, adjusted to PAHO Membership, in compliance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code; and

Whereas, adjustments were made taking into account the assessments of Cuba, the Participating Governments and Associate Members:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

RESOLVES:

To establish the assessments of the Member and Participating Countries of the Pan American Health Organization for the financial period 1994-1995 in accordance with the scale of quotas shown below and in the corresponding amounts.

(1) Membership	(2) Scale Adjusted to PAHO Membership		(3) Gross Assessment		(4) Credit from Tax Equalization Fund		(5) Adjustment for Taxes Imposed By Member Governments Emoluments of PASB Staff		(6) Net Assessment	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
Antigua and Barbuda	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Argentina	4.897907	4.897907	4,261,740	4,261,740	520,572	520,572			3,741,168	3,741,168
Bahamas	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Barbados	0.079965	0.079965	69,579	69,579	8,499	8,499			61,080	61,080
Belize	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Bolivia	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Brazil	8.546348	8.546348	7,436,302	7,436,302	908,345	908,345			6,527,957	6,527,957
Canada	12.354723	12.354723	10,750,024	10,750,024	1,313,116	1,313,116	30,000	30,000	9,466,908	9,466,908
Chile	0.539769	0.539769	469,661	469,661	57,369	57,369			412,292	412,292
Colombia	0.939599	0.939599	817,559	817,559	99,865	99,865			717,694	717,694

(1) Membership	(2) Scale Adjusted to PAHO Membership		(3) Gross Assessment		(4) Credit from Tax Equalization Fund		(5) Adjustment for Taxes Imposed By Member Governments Emoluments of PASB Staff		(6) Net Assessment	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
Costa Rica	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Cuba	0.730372	0.730372	635,507	635,507	77,827	77,627			557,880	557,880
Dominica	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Dominican Republic	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Ecuador	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
El Salvador	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Grenada	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Guatemala	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Guyana	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Haiti	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Honduras	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Jamaica	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Mexico	6.077403	6.077403	5,288,037	5,288,037	645,934	645,934			4,642,103	4,642,103
Nicaragua	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Panama	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Paraguay	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Peru	0.409825	0.409825	356,595	356,595	43,558	43,558			313,037	313,037
Saint Kitts and Nevis	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Saint Lucia	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Saint Vincent & Grenadines	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Suriname	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Trinidad and Tobago	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
United States of America	59.444615	59.444615	51,723,826	51,723,826	6,318,045	6,318,045	3,900,000	3,900,000	49,305,581	49,305,581
Uruguay	0.259889	0.259889	228,133	228,133	27,622	27,622			198,511	198,511
Venezuela	3.198634	3.198634	2,783,178	2,783,178	339,985	339,985	5,000	5,000	2,448,213	2,448,213
Subtotal	99.448227	99.448227	86,531,349	86,531,349	10,569,810	10,569,810	3,935,000	3,935,000	79,896,539	79,896,539
Participating Governments										
France	0.289876	0.289876	252,225	252,225	30,809	30,809			221,416	221,416
Kingdom of the Netherlands	0.089961	0.089961	78,278	78,278	9,561	9,561			68,715	68,715
United Kingdom	0.059974	0.059974	52,184	52,184	6,374	6,374			45,810	45,810
Subtotal	0.439811	0.439811	382,685	382,685	46,744	46,744	0	0	335,941	335,941
Associate Members										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900			85,520	85,520
Subtotal	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900	0	0	85,520	85,520
TOTAL	100.000000	100.000000	87,011,454	87,011,454	10,628,454	10,628,454	3,935,000	3,935,000	80,318,000	80,318,000

(5) This column includes estimated amounts to be received by the respective Member Governments in 1994-1995 in respect of taxes levied by them on staff members emoluments received from PASB, adjusted for the difference between the estimated and the actual for prior years.

Considerando que las cuotas de los Gobiernos Miembros que figuran en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se asignan según los porcentajes que figuran en dicha escala, ajustados a los Miembros de la OPS, de conformidad con el artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que este reajuste fue hecho tomando en cuenta las cuotas de Cuba, los Gobiernos Participantes y Miembros Asociados; por consiguiente,

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 1994-1995 de conformidad con la escala de cuotas indicada a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Meta	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Miembros de la OPS	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros:										
Antigua y Barbuda	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Argentina	4.897907	4.897907	4,261,740	4,261,740	520,572	520,572			3,741,168	3,741,168
Bahamas	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Barbados	0.079965	0.079965	69,579	69,579	8,499	8,499			61,080	61,080
Belice	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Bolivia	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Brasil	8.546348	8.546348	7,436,302	7,436,302	908,345	908,345			6,527,957	6,527,957
Canadá	12.354723	12.354723	10,750,024	10,750,024	1,313,116	1,313,116	30,000	30,000	9,466,908	9,466,908
Chile	0.539769	0.539769	469,661	469,661	57,369	57,369			412,292	412,292
Colombia	0.939599	0.939599	817,559	817,559	99,865	99,865			717,694	717,694

(1) Membros de la OPS	(2) Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Resjustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		(6) Cuota Meta	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros:										
Costa Rica	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Cuba	0.730372	0.730372	635,507	635,507	77,627	77,627			557,880	557,880
Dominica	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
República Dominicana	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Ecuador	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
El Salvador	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Grenada	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Guatemala	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Guyana	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Haití	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Honduras	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Jamaica	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
México	6.077403	6.077403	5,288,037	5,288,037	645,934	645,934			4,642,103	4,642,103
Nicaragua	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Panamá	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256	99,256
Paraguay	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Perú	0.409825	0.409825	356,595	356,595	43,558	43,558			313,037	313,037
Saint Kitts y Nevis	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Santa Lucía	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
San Vicente y las Granadinas	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Suriname	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Trinidad y Tobago	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431	137,431
Estados Unidos de América	59.444615	59.444615	51,723,626	51,723,626	6,318,045	6,318,045	3,900,000	3,900,000	49,305,581	49,305,581
Uruguay	0.259889	0.259889	226,133	226,133	27,622	27,622			198,511	198,511
Venezuela	3.198634	3.198634	2,783,178	2,783,178	339,965	339,965	5,000	5,000	2,448,213	2,448,213
Subtotal	99.448227	99.448227	86,531,349	86,531,349	10,569,810	10,569,810	3,935,000	3,935,000	79,896,539	79,896,539
Gobiernos Participantes:										
Francia	0.289876	0.289876	252,225	252,225	30,809	30,809			221,416	221,416
Reino de los Países Bajos	0.089961	0.089961	78,276	78,276	9,561	9,561			68,715	68,715
Reino Unido	0.059974	0.059974	52,184	52,184	6,374	6,374			45,810	45,810
Subtotal	0.439811	0.439811	382,685	382,685	46,744	46,744	0	0	335,941	335,941
Miembros Asociados:										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900			85,520	85,520
Subtotal	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900	0	0	85,520	85,520
TOTAL	100.000000	100.000000	87,011,454	87,011,454	10,628,454	10,628,454	3,935,000	3,935,000	80,318,000	80,318,000

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los Gobiernos Miembros en 1994-1995 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la OSP los funcionarios de sus nacionalidades respectivas, debidamente resjustados para tener en cuenta cualquier diferencia entre lo estimado y la cantidad real de años anteriores.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) expresa su agradecimiento por la comprensión y la respuesta que han dado los representantes a través de su silencio y de la aprobación de las resoluciones pertinentes al proyecto de presupuesto por programas de la OPS para 1994-1995. Será la última oportunidad en que preside sobre el proceso de preparación y aprobación del presupuesto, pero está seguro de que se continuará en el futuro haciendo un esfuerzo para conseguir la participación efectiva de los Gobiernos Miembros, individual y colectivamente, en los procesos de decisión, mediante el diálogo, el consenso y el acuerdo. Espera que siempre se mantenga, como hasta ese momento, la más completa transparencia en la provisión de información requerida por los gobiernos y en la respuesta a sus preocupaciones. Con un sentido de profundo respeto por su responsabilidad para con los países, la Secretaría debe pensar, más que en las necesidades institucionales, en las situaciones concretas de cada país y gobierno.

Es consciente de que siempre es posible continuar mejorando y por eso ve con optimismo las reformas que ha iniciado la OMS por conducto del nuevo Consejo de Administración Política establecido por el Director General. Como el Consejo se basa en la experiencia adquirida en las Américas, se le han hecho algunas sugerencias sobre la forma de manejar los procedimientos relativos al presupuesto de la OMS para esta Región. Confía en que el proceso sea tan efectivo que sirva de ejemplo e inspiración para continuar mejorando el de las Américas.

Por último, reitera su compromiso con la salud de los pueblos de las Américas.

ITEM 4.2: PROPOSED REVISION OF THE AMOUNT OF THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION

TEMA 4.2: PROPUESTA DE REVISION DEL MONTO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION

El PRESIDENTE dirige la atención del pleno al Documento CD37/8, ADD. I y pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema pertinente.

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, a instancias del Director, el Comité decidió apoyar la recomendación de incrementar el monto del Premio OPS en Administración, que es ahora de \$500 en efectivo. Su incremento a \$5.000 seguirá teniendo un valor principalmente simbólico, pero permitirá al menos que los galardonados puedan cubrir sus gastos de viaje y estadía en Washington, D.C., que tradicionalmente corren por su cuenta.

El PRESIDENTE dice que, no habiendo discusión sobre el tema, se procederá a considerar el proyecto de resolución correspondiente.

El RELATOR da lectura al siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Considering that the Director of the Pan American Sanitary Bureau has recommended to increase the cash value of the PAHO Award for Administration to US\$5,000; and

Bearing in mind the necessity that the Award reflect the importance of individual excellence in the administration of public health systems,

RESOLVES:

1. To increase the cash value of the PAHO Award for Administration to \$5,000, starting with the 1993 Award.
2. To request the Director to include the sum of \$5,000 annually for this Award in the program budget.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha recomendado aumentar a US\$5.000 el monto en efectivo del Premio OPS en Administración, y

Recordando la necesidad de que el Premio refleje la importancia de la excelencia individual en el ámbito de la administración de los sistemas de salud pública,

RESUELVE:

1. Aumentar a \$5.000 el monto en efectivo del Premio OPS en Administración, a partir del Premio correspondiente a 1993.
2. Pedir al Director que incluya en el presupuesto por programas la suma de \$5.000 anuales destinada a este Premio.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

The session was suspended at 10:25 a.m. and resumed at 10:55 a.m.

Se suspende la sesión a las 10:25 a.m. y se reanuda a las 10:55 a.m.

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

Mr. LEAKEY (Jamaica), Rapporteur of the Committee on Credentials, said that the Committee, appointed at the first plenary session and consisting of the Representatives of Brazil, Jamaica, and Panama, had examined the credentials delivered to the Director by the Government of the Observer country, Portugal. Those credentials had been found to be in good order, and the Committee therefore proposed that the Directing Council recognize their validity.

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

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

**ITEM 5.12: HEALTH OF INDIGENOUS PEOPLES
TEMA 5.12: SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS**

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) presenta el tema (Documento CD37/20) y recuerda que al tratar de la salud de los pueblos indígenas en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo se señaló que el Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1992 había recomendado la realización de un Taller Hemisférico sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. El taller tuvo lugar en Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993, y contó con la asistencia de representantes de 18 países de la Región y delegaciones oficiales de gobiernos, organizaciones y pueblos indígenas de las Américas.

Tras señalar que la escasa información disponible sobre la salud de estos pueblos muestra un cuadro similar al que ofrecen los grupos económicos más desfavorecidos, destaca el orador que la reunión de Winnipeg ratificó cinco principios fundamentales: la necesidad de un enfoque integral de la salud; el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; el respeto y la revitalización de las culturas indígenas; el derecho a la participación sistemática, y la reciprocidad de las relaciones.

En su Resolución IV, el Comité recomendó al Consejo Directivo, entre otras cosas, que promoviera el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, y que prestara apoyo a la iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

El PRESIDENTE abre el debate sobre el tema.

La Dra. CUNNINGHAM (OPS), hablando en nombre de las comunidades miskitas de Nicaragua, saluda a los presentes en su lengua materna, el miskito. Afirma después que el examen del tema en la presente Reunión y su presencia en ella se han hecho posible gracias a las sabias enseñanzas de los ancianos y ancianas de su comunidad, que permitieron a su pueblo sobrevivir después de 500 años de persecución, retemplar su fortaleza espiritual y aprender a vivir con la tierra y no tan solo de la tierra. Ahora, en 1993, declarado por las Naciones Unidas "Año Internacional de los Pueblos Indígenas", es tarea de todos aumentar el grado de convivencia entre los indígenas y los otros sectores que conforman las sociedades nacionales de cada uno de los países de las

Américas. Si bien los encuentros culturales durante toda la historia de la colonización incidieron mucho en la vida de los pueblos indígenas y han provocado en ellos relaciones traumáticas, es preciso fijarse la meta de "salud para todos" para vivir dignamente y con arreglo a los propios valores.

Señala que las condiciones de vida de su pueblo son inferiores a las que registran los promedios nacionales y la falta de seguridad jurídica en su territorio, que es parte central de su cultura e historia, genera un éxodo hacia los centros urbanos, donde la población indígena ha aumentado en los últimos 20 años de 57% a 71%.

Las condiciones de salud que se observan en los pueblos indígenas son cada vez más inquietantes: las enfermedades de origen viral adoptan con frecuencia carácter endémico y explosivo, sobre todo en grupos con bajos niveles de inmunidad; las tasas de morbilidad y mortalidad por la epidemia de cólera han sido muy altas, y se registra un aumento considerable de las enfermedades de transmisión sexual, así como un recrudecimiento de la tuberculosis y la malaria. Subsisten serios problemas de racismo y discriminación y se multiplican los incidentes de violencia y los conflictos interétnicos en distintas partes del mundo, incluida América Latina, mientras la mujer indígena sufre una gran opresión, que empieza en la familia y termina en los sectores dominantes, locales y nacionales.

Cabe esperar que con la iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas de la Américas se haya iniciado un proceso que permita la participación sistemática de los pueblos indígenas en la definición de las políticas de salud y en el desarrollo de modelos

de salud que articulen la medicina tradicional autóctona con la medicina occidental y la práctica médica popular a fin de ofrecer programas de salud más equitativos y accesibles.

Tras explayarse sobre los cinco principios fundamentales enunciados en la Reunión de Winnipeg y ya indicados por el Dr. Budinich, afirma que los sistemas locales de salud (SILOS) constituyen una respuesta válida para esta problemática de salud, considerada desde el nuevo punto de vista de la autorresponsabilidad y de la descentralización. Considera que por conducto de los SILOS se puede revalorizar el saber indígena, propiciar un trabajo en conjunto y otorgar carácter prioritario a medidas que favorezcan a inmigrantes, mujeres, niños y habitantes de zonas fronterizas.

En Nicaragua existe una tradición, denominada "pana-pana", en virtud de la cual todos los miembros de la comunidad se ayudan recíprocamente para sembrar y cosechar. Los pueblos indígenas sostienen que son capaces de manejar sus propios asuntos y que pueden romper con las relaciones paternalistas que han caracterizado hasta ahora a los programas que se desarrollan en sus comunidades. Pero están persuadidos de que no lo pueden hacer solos, sino mediante el "pana-pana". Esperan, pues que con la colaboración de la OPS, se podrá construir una nueva forma de relación respetuosa de la diversidad de 42 millones de hombres, mujeres, jóvenes, niños y ancianos diseminados a lo largo y a lo ancho de la Región de las Américas.

Para terminar, recuerda lo que dijo el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en Winnipeg: "Nos necesitamos mutuamente para vivir y vivir con dignidad".

El Dr. HERRERA (Ecuador) dice que de los 11 millones de habitantes aproximadamente que su país tenía en 1992 alrededor del 30% corresponde a una población indígena que conserva sus propias características organizativas, sociales, culturales y económicas, así como su cosmovisión y su peculiar manera de concebir e interpretar el proceso salud-enfermedad.

Cifras oficiales estimadas sobre las condiciones de salud en el Ecuador indican para 1991 tasas por 1.000 habitantes de 25,7 para natalidad, de 5,0 para mortalidad general, de 43,1 para mortalidad infantil y de 2,5 para mortalidad materna y un crecimiento de la población de 1,7%. Esos datos no discriminan las cifras que corresponderían a la población indígena. Sin embargo, las tasas ponderadas, sumadas a las de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y a los egresos hospitalarios, configuran un patrón epidemiológico en el que coexiste un perfil de subdesarrollo y de pobreza, especialmente en las comunidades indígenas.

Las políticas de salud no tomaban antes en debida consideración las características propias ni las reivindicaciones de quienes forman parte de una sociedad multiétnica y pluricultural, y tenían un carácter homogéneo y globalizante. En la actualidad se procura dar satisfacción a las justas aspiraciones de las organizaciones indígenas, sobre todo en materia de tenencia de tierra y educación en salud.

En efecto, el panorama social y la crisis de los servicios de salud impulsó al Estado a apoyar la estrategia de la atención primaria de salud, reorientando y reestructurando toda su política sanitaria. Así, el Ministerio de Salud Pública emprendió

un proceso de cambios orgánico-funcionales y creó la Dirección Nacional de Salud Comunitaria y Areas de Salud, con el propósito de brindar una atención de salud respetuosa de la diversidad cultural, étnica e idiomática. Asimismo, se han firmado diversos convenios de cooperación en salud con organizaciones indígenas de varios niveles de complejidad y se procura intensificar y coordinar la cooperación internacional al respecto que comprende fundamentalmente a la OPS/OMS, la iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.

Como estrategias nacionales, el Ecuador se propone concentrar la atención primaria en las áreas de mayor concentración de población indígena; apoyar las iniciativas sanitarias de las organizaciones indígenas; coordinar el apoyo de las dependencias oficiales y de las organizaciones no gubernamentales que desarrollan programas y proyectos en el sector; incrementar las actividades de investigación para conocer mejor la epidemiología comunitaria en zonas indígenas; organizar talleres regionales y nacionales con la participación de todos los agentes sociales interesados; elaborar guías metodológicas para el personal del Ministerio de Salud Pública; brindar apoyo técnico a las organizaciones indígenas para que elaboren propuestas en el sector de salud, y desarrollar proyectos de información en 35 áreas de salud con mayor concentración indígena en 15 provincias del país.

Tras poner de manifiesto la rapidez con que la OPS ha dado su apoyo para hacer frente a numerosos problemas de salud que se plantean en el Ecuador, el orador asegura que su Gobierno está dispuesto a compartir sus experiencias y desea participar en programas similares con el objeto de mitigar un poco el dolor de una población indígena que sin duda merece más atención.

Dr. TEIXEIRA (Guyana) stated that she was very pleased with the presentation of the representative of the Miskito people and that she supported the proposed resolution, although it did not deal with several areas of concern. She pointed to the need for governments to fulfill the commitments agreed to at conferences.

The historical treatment of indigenous peoples in the Americas and the poverty they continued to suffer in 1993 were disgraceful and needed to be confronted frankly and honestly. The cholera outbreak, which in many countries had affected indigenous peoples most severely, had clearly revealed the governments' failings in dealing with poverty and sanitation problems in the Region. In Guyana in the last three decades, indigenous peoples had been neglected and in many ways totally forgotten, a situation the new government was trying to rectify. However, in the Region as a whole, certain economic and social trends threatened to create greater problems and demanded action. Those trends included increased investment by foreign companies, expansion by local companies, destruction of the environment, violation of land rights of indigenous peoples, and the incursion of nonindigenous persons into the interior for logging and mining

operations, bringing with them an increase in violence, alcohol and drug abuse, tuberculosis, AIDS, and other diseases among indigenous peoples.

As Dr. Cunningham had pointed out, the health of indigenous peoples needed to be considered within a broad social context that included economic development and educational opportunity. Such opportunities, which required medium- and long-term planning, were essential if indigenous peoples were to take their rightful place in society and also be important contributors to the improvement of their own and the entire populations' health status. While the proposed resolution focused primarily on health, a much more holistic approach was needed.

Commitment to solving the problems identified at international forums needed to be heartfelt. Earnest political and social actions were required in all the countries with populations of indigenous peoples.

El Dr. OYARZO (Chile) informa que en su país ha concluido el procedimiento legislativo que ha de permitir la pronta promulgación de una ley de pueblos indígenas, que contribuirá al mejoramiento de sus condiciones de vida respetando sus valores y tradiciones culturales.

El Dr. HERNANDEZ (Guatemala) dice que su Gobierno, tras 33 años de lucha fratricida, puede volcar ahora su atención a la problemática de la población indígena, que constituye el 70% de la población total.

El modelo de atención de salud, que era esencialmente biológico, también respeta ahora los aspectos culturales y se concentra en áreas de extrema pobreza localizadas en zonas geográficas bien definidas, con el propósito de conseguir logros a mediano y largo plazo.

Coincide con las apreciaciones hechas por la Dra. Cunningham en nombre de los miskitos y señala que la responsabilidad de Guatemala es muy grande habida cuenta de que el 75% de su población es menor de 15 años. Es imprescindible que la atención de salud tenga un rostro humano y brinde a los indígenas y otros grupos desprotegidos no sólo la posibilidad de vivir sino también el sentimiento de que vivir vale la pena.

El Dr. PINCKERT (Bolivia) considera que el tema de la salud de los pueblos indígenas es de suma importancia, no solo porque representa un alto porcentaje de la población de los países de las Américas, sino también porque su desarrollo humano entraña el rescate de la identidad cultural de sus pueblos y un punto de partida para avanzar por la senda del progreso armónico y digno.

Bolivia es un país multiétnico y plurilingüe, en el que habitan maticos, aymarás, quechuas y guaraníes. El actual presidente en ejercicio de la República, el vicepresidente Víctor Hugo Cárdenas, es un hombre indígena de origen aymará, lo que indica que el país se enorgullece de ser un pueblo mestizo, al que no se puede tratar como minoría.

Se ha creado un Ministerio de Desarrollo Humano que abarca los sectores de la educación, el desarrollo urbano y rural, la salud e incluso los deportes, pues pretende efectuar una labor integral encaminada a disminuir las altas tasas de analfabetismo,

mortalidad, morbilidad y desnutrición, que son elevadísimas entre las poblaciones indígenas. Por todas estas razones se ha puesto en marcha un Plan Nacional para la Defensa y el Desarrollo Indígena, que está a cargo del Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios, por conducto del Instituto Indigenista Boliviano. También se ha promovido la creación del Fondo Regional Indígena, con sede en La Paz, y desde la Secretaría Nacional de Salud se desarrolla el Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional, que cuenta con la financiación del Banco Interamericano de Desarrollo y abarca seis departamentos del país. Al mismo tiempo se impulsa un plan de prevención y acción contra el cólera en el Chaco boliviano, donde la reciente epidemia ha cobrado muchas víctimas entre los indios maticos.

Todos los participantes en la presente Reunión tienen plena conciencia de la realidad imperante en los pueblos de la Región y de las obligaciones que esa realidad impone. Por eso, propone que el Consejo rechace y condene los actos de violencia y las masacres que han sufrido pueblos indígenas de la Amazonia y apoye la realización del Primer Encuentro Indígena Internacional sobre la Salud en la Amazonia, que promueve una entidad coordinadora de pueblos indígenas de la Amazonia conocida por la sigla de COICA.

Por otra parte, espera el orador que de la presente Reunión surjan propuestas de cooperación para la recolección sistemática de información sobre la medicina tradicional indígena, de cuya eficacia ya nadie duda. Muchos pueblos guaraníes, aymarás y quechuas saben utilizarla muy bien y han hecho valiosas experiencias utilizando recursos

naturales o estudiando las propiedades de la flora de la zona. Sería interesante impulsar investigaciones sobre el particular con miras a la obtención de medicamentos esenciales derivados de plantas tratadas científicamente, que podrían resultar muy útiles y baratos.

Por último, estima que se debe profundizar el estudio de una política de fronteras, que ya han emprendido los países del Pacto Andino, a fin de que la cobertura de los servicios de salud y el desarrollo lleguen a los lugares más abandonados. Mediante esta política se pueden instituir mecanismos bilaterales o multilaterales de cooperación e intercambio de experiencias. Sería interesante y oportuno recoger algunas de estas ideas en un proyecto de resolución.

Mr. AISTON (Canada) congratulated PAHO and its Director for having taken up the health of indigenous persons initiative that had been proposed by his Delegation three years ago. He was pleased that indigenous persons, had been involved at all levels of the initiative from its inception and urged that the Organization continue to involve them, since health programs that were not rooted in the community, its needs, and its perceptions were bound to fail.

He commended the emphasis on health promotion in the reference document (CD37/20). The health promotion perspective allowed the needs of indigenous peoples to be considered within the socioeconomic context, as the Representative of Guyana had quite properly pointed out that they should be. He also thanked those countries in the Region that had taken up the challenge of improving the health of their indigenous communities, notably Mexico and the others whose representatives had spoken.

Dr. NOBLE (United States of America) thanked the Secretariat for preparing Document CD37/20 and Health and Welfare Canada for serving as a catalyst for the Winnipeg conference on the subject at hand.

While the health status of Native Americans living within the United States and its territories was still not satisfactory, his country had already implemented many of the recommendations offered in the document and believed they were effective in improving health and could lead to the targeted outcomes.

Owing to its community orientation, the Indian Health Service of the U.S. Public Health Service had had notable accomplishments since its creation in 1955, including a marked reduction in infant mortality and the tuberculosis death rate. It had developed special emphasis programs on diabetes, fetal alcohol syndrome, women's health, and the control and prevention of intentional and unintentional injuries, which claimed a high toll in morbidity and mortality among the indigenous population. The benefit of close collaboration between native populations and the Federal Government had been demonstrated during the recent outbreak of hantavirus illness in the southwestern states. The Navajo Nation had provided leadership in finding ways to prevent those infections.

El Dr. CHAVEZ (México) coincide con los conceptos expuestos por los oradores anteriores y, en especial, con los desarrollados por los Representantes de Bolivia, Guyana y Guatemala. También en México los indígenas constituyen un porcentaje muy alto de la población. Por lo tanto, la atención de la salud en el marco de un desarrollo

sostenible debe partir de un enfoque multidisciplinario y multisectorial y sustentarse en un liderazgo confiable. Compete a las representaciones presentes trasladar a sus respectivos Gobiernos la responsabilidad de ejercer ese liderazgo, que hasta ahora ha asumido con idoneidad y empeño la OPS.

Informa que en mayo de 1994, México será la sede de la reunión complementaria del taller sobre el tema que tuvo lugar en Winnipeg, Canadá, en abril del corriente año. Confía en que para entonces ya se haya recorrido buena parte del camino emprendido.

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

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/4
28 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH
PORTUGUESE-SPANISH

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

Tuesday, 28 September 1993, at 2:30 p.m.
Martes, 28 de septiembre de 1993, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Contents
Indice

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

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)

Indice (cont.)

Item 5.12: Health of Indigenous Peoples

Tema 5.12: Salud de los pueblos indígenas

Item 5.13: Report of the Executive Board Working Group on the WHO Response to Global Change

Tema 5.13: Informe del Grupo de trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la respuesta de la OMS a los cambios mundiales

Item 5.2: Acquired Immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas

Tema 5.2: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

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

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

Item 5.12: Health of Indigenous Peoples
Tema 5.12: Salud de los pueblos indígenas

El RELATOR presenta el proyecto de resolución sobre la iniciativa Salud de los
Pueblos Indígenas de América, contenido en el Documento CD37/20:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/20 on the initiative "Health of the Indigenous
Peoples of the Americas";

Taking into account the recommendations formulated by the participants at the
Working Meeting on Indigenous Peoples and Health, held in Winnipeg, Manitoba,
Canada, from 13 to 17 April 1993;

Recognizing that the living and health conditions of the estimated 43 million
indigenous persons in the Region of the Americas are deficient, as reflected in excess
mortality due to avoidable causes and in reduced life expectancy at birth, which
demonstrates the persistence and even the aggravation of inequalities among indigenous
populations in comparison with other homologous social groups;

Considering the aspiration of indigenous peoples to take charge of their own
institutions and ways of life, the need for them to assert their own identity, and the need
to respect their rights with regard to health and the environment;

Recognizing the unique contribution that indigenous peoples make to the
preservation of ethnic and multicultural diversity in the Americas, to biodiversity and a
balanced ecology, and, most especially, to the health and nutrition of society;

Emphasizing the need to take a new look at, and respect the integrity of, the social, cultural, religious, and spiritual values and practices of indigenous peoples, including those related to health promotion and maintenance and the management of diseases and illnesses; and

Reiterating the importance of the strategy for the transformation of national health systems and the proposal for the development of alternative models of care at the level of local health systems as a valuable tactical resource and a fundamental requisite for dealing with current problems relating to insufficient coverage, inadequate access, and the lack of acceptability of health services on the part of indigenous populations,

RESOLVES:

1. To adopt Document CD37/20, which describes the initiative "Health of the Indigenous Peoples of the Americas," and the report of the Winnipeg Working Meeting containing the conclusions and recommendations on which the initiative is based.
2. To urge the Member Governments:
 - (a) To facilitate the establishment or strengthening of a high-level technical commission or other mechanism of consensus, as appropriate, with the participation of leaders and representatives of indigenous peoples, for the formulation of policies and strategies and the development of activities in the areas of health and the environment for the benefit of specific indigenous populations;
 - (b) To strengthen the technical, administrative, and managerial capacity of national and local institutions that are responsible for the health of indigenous populations with a view to progressively overcoming the lack of information in this area and ensuring greater access to health services and quality care, thus contributing to a higher degree of equity;
 - (c) To implement intersectoral actions, as appropriate in each case, in the areas of health and the environment both in the official sector and through nongovernmental organizations (NGOs), universities, and research centers that work in collaboration with indigenous organizations;
 - (d) To promote the transformation of health systems and support the development of alternative models of care, including traditional medicine and research into quality and safety, for indigenous populations within the local health system strategy;

- (e) To promote the development of disease prevention and health promotion programs in order to address these problems and the most important areas relating to indigenous health in their countries.
3. To request the Director, within the limits of available resources:
- (a) To promote the participation of indigenous persons and their communities in all aspects of PAHO's work on the health of indigenous persons;
 - (b) To identify technical cooperation resources within existing cooperation programs and provide support for the mobilization of additional resources at the international and national level for implementation and evaluation of the initiative "Health of the Indigenous Peoples of the Americas";
 - (c) To coordinate the regional effort by promoting the establishment of information and mutual cooperation networks between organizations, centers, and institutions whose activities are concerned with the health of indigenous peoples, organizations, and communities, enlisting the Organization's existing mechanisms, initiatives, and programs at the regional level and in the countries and also seeking the cooperation of other agencies and organizations;
 - (d) To expand the evaluation of living conditions and the health situation to include the indigenous peoples of the Region, with a view to gradually overcoming the current lack of information in this area at both the regional and the country level;
 - (e) To promote collaborative research at the regional level and in selected countries on high-priority health issues and health care for indigenous peoples.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

Tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993;

Reconociendo que las condiciones de vida y de salud que prevalecen entre una población estimada en unos 43 millones de indígenas en la Región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aun la acentuación de las desigualdades de las poblaciones indígenas en relación con otros grupos sociales homólogos;

Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;

Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;

Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas,

RESUELVE:

1. Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;

- b) Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;
 - c) Pongan en marcha las acciones intersectoriales que corresponda en los campos de la salud y el medio ambiente, tanto a nivel del sector oficial como a través de organizaciones del sector no gubernamental (ONG), universidades y centros de investigación que trabajan en colaboración con organizaciones indígenas;
 - d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;
 - e) Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.
3. Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que:
- a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas;
 - b) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;
 - c) Coordine el esfuerzo regional para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos y organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;

- d) Amplíe las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países;
- e) Promueva la investigación colaborativa a nivel de la Región y países seleccionados en temas prioritarios de la salud y la atención de la salud de los pueblos indígenas.

El Dr. ABAD (Ecuador) sugiere las siguientes modificaciones:

En el párrafo 2(d) de la parte dispositiva, después de la "la estrategia de los SILOS", añadir "incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad". En el párrafo 3, introducir un nuevo apartado a) que diga: "Involucre a los indígenas y a sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la organización de los pueblos indígenas"; y en el nuevo apartado b), intercalar las palabras "y evaluación" entre "...para la puesta en marcha" y "la iniciativa salud..."

El Dr. SOZA (Nicaragua) apoya la iniciativa de la Delegación del Ecuador.

Mr. AISTON (Canada) expressed his Delegation's strong support for the amendments proposed by the Representative of Ecuador.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) desea hacer un comentario sobre la enmienda del párrafo 3 a), en el que se habla de "involucrar" a los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la organización de los pueblos indígenas. Como Director, puede tratar de involucrar a los indígenas en todas las actividades que la Oficina realice, pero no en otros aspectos de organización. Por ello,

sugiere que se diga: "Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos..."

El Dr. ABAD (Ecuador) expresa su acuerdo con la modificación propuesta.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 5.13: REPORT OF THE EXECUTIVE BOARD WORKING GROUP ON THE WHO RESPONSE TO GLOBAL CHANGE
TEMA 5.13: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE LA RESPUESTA DE LA OMS A LOS CAMBIOS MUNDIALES

The SECRETARY recalled that Document CD37/21 had been distributed to the Members, the World Health Assembly in May 1993 and had been strongly recommended by them to the Executive Board of WHO. The Executive Board had considered the report at its May meeting and had subsequently referred it to all the Regional Committees for their consideration before the next Executive Board meeting in January 1994.

He asked Dr. Sarn, who had been a member of the Working Group involved in the discussions and writing of the report, to present Document CD37/21 to the Directing Council.

Dr. SARN (United States of America), Working Group on the WHO Response to Global Change, said that the activities outlined in Document CD37/21, Annex I, were the result of a meeting of the Programme Committee of WHO, which in 1991 reviewed

the status of the programs and the extent to which the goals of Health for All by the Year 2000 would be met. A decision clearly had to be made to prioritize, revise and possibly deemphasize certain goals.

In analyzing the activities, the Programme Committee had repeatedly concluded that the issue was not simply one of setting goals for programs, but involved the very structure of WHO, its operational procedures, missions, and ability to implement the number of new resolutions presented each year.

As the analysis progressed, other issues emerged, such as the relationship between the headquarters and the Regional Committees and the country representatives.

Questions were raised about staffing needs, resource availability for the activities, and whether the aspirations of Member Governments embodied in new resolutions exceeded possible resource bases available to WHO.

The Committee had also acknowledged that with the end of the "cold war", resources were being drawn away from the traditional North South arrangements into the newly independent states of the former Soviet Union. There were also the global economic downturns referred to by Dr. Nakajima and Dr. Macedo.

In addition, there was a real need to provide continuity between the programs as they had been worked out at the global level and as they were realized at the country level.

The seven-member Working Group set up to assist the Programme Committee had consisted of a Chairman and one member from each of the Regions, and had met seven

times before their report was presented to the World Health Assembly and the Executive Board of WHO.

The Working Group had first examined WHO's achievements some of which had been mentioned by the Director-General and Dr. Macedo. The Group had also looked at the main obstacles to the implementation of the Health for All mandate. A survey had been carried out among Member Governments aimed at assessing the effectiveness of WHO at the country level. Shortcomings had been identified and activities reviewed, and the Regional Directors had been interviewed individually and invited to give their views on what was happening within the Organization and to identify opportunities for improvement. Dr. Macedo's presentation had been particularly useful.

The key problems to emerge were the difficulty WHO was facing in relation to Health for All by the Year 2000, the reality that the rising aspirations of the Member Governments were outstripping resources and the danger that WHO might lose its leadership role in health-related areas to organizations such as the World Bank, UNICEF, and UNDP. Certain questions, such as WHO's response to humanitarian crises and vertical programs, and how the successes of the Americas could be transferred to other areas, needed to be examined.

The survey had also sought to evaluate WHO's technical and managerial capacities and the way the compartmentalization into global, regional, and country level areas affected the implementation of the Eighth and Ninth Programs of Work in certain Regions.

In its report, the Executive Board Working Group urged the Regions to examine their own regional activities and, in particular, to look at the way in which activities were carried through from the global to the country level. They were also asked to measure the extent to which priorities remained unchanged, and to recognize that in spite of regional differences, WHO was able to deliver major health programs to benefit the world.

The report of the Working Group had been discussed at the World Health Assembly in May 1993 and a resolution (EB92.R2) had been adopted calling for a plan to implement the recommendations of the Working Group. The Regional Committees had been requested to study the implications of the recommendations as they applied to regional and country activities and to report their findings to the Executive Board in January 1994. They were further requested to present an update to the World Health Assembly in May 1994. A number of countries were already using the recommendations to evaluate WHO's reforms and program prioritization.

The Regions were to be commended for their participation in the discussions on the document and for their objectivity and positive approach. Hopefully the result would be greater global and regional effectiveness of the health programs.

El Dr. KUMATE (México) manifiesta su total conformidad con la presentación hecha por el Dr. Sarn. Como miembro suplente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, quiere subrayar que todos los puntos tratados por el Dr. Sarn constituyen un resumen exacto del documento básico para los trabajos futuros.

Mr. AISTON (Canada) raised the question of how the Region of the Americas could have an impact on the reform process and on what was happening internally in WHO, and the effects of both events on PAHO and the Region.

Canada was anxious for the recommendation of the Working Group to be put into effect very rapidly. His Delegation also believed that internal reforms in WHO would have a real impact on the Region. The Director General of WHO had suggested that PAHO establish a working group to ensure that the impact of the recommendations made at the global level were taken into account. Although the conditions that led to the reform process within WHO were not present in PAHO, the Organization would nevertheless be affected by them, and would need to prepare itself to respond to those changes.

He suggested that the Directing Council might wish to refer the matter to the Subcommittee on Planning and Programming so that it could analyze the impact of global changes on the Organization and how PAHO could influence the process. The Subcommittee on Planning and Programming would report to the Executive Committee and through it to the next Council meeting.

The effect would be to influence change as it occurred. The alternative, which was to ignore the problem, did not seem realistic or feasible.

Le Dr. ARMELLE GEORGE-GUITON (France) remercie le Dr. Sarn de son exposé et met l'accent sur le travail de consensus, de modernisation, de nouveautés et

d'idées créatrices qui font de ce document une pièce importante dont les retombées doivent être utilisées.

Se référant au budget programme et au document concernant les retombées des résolutions de l'Assemblée mondiale, elle souligne que la résolution du Conseil exécutif demande aux comités régionaux d'étudier en détail le rapport du groupe de travail dans le cadre d'une application régionale.

En premier lieu, il s'agissait de redonner aux organes directeurs tout leur pouvoir et les outils d'une décision éclairée et c'est au document du budget programme que ce pouvoir de décision devrait en théorie s'appliquer. D'ailleurs, l'Assemblée mondiale a mis un accent particulier sur la réforme budgétaire dans la résolution 46/35. Cette résolution, qui traite du budget programme à l'échelle mondiale, peut parfaitement s'appliquer mutatis mutandi au budget programme régional. A titre de réformes à afforter, il faudrait retourner à l'esprit initial d'un budget programme.

L'histoire indique que le budget programme était régi par le PBS, le "Program Budgeting System", une proposition faite à l'époque par la délégation canadienne au directeur général de l'OMS. Ce qui manque aujourd'hui pour effectivement utiliser un budget programme régi par le PBS, ce sont les tableaux de bord des indicateurs chiffrés des résultats sur l'état de santé.

Dans le document du budget programme qui vient d'être étudié, il manque les indicateurs de santé par programme et ce n'est pas du tout une critique du travail du bureau régional ni du Dr. Macedo. En effet, cette absence est relevée dans tous les

organes directeurs de l'Organisation, tant au Siège que dans les régions. Il manque l'outil qui permet aux délégués de savoir ce qui a été fait dans un programme et ce qui reste à faire.

En d'autres termes, il faudrait que "l'étude de santé - Etude de la situation de la santé dans le monde," élaborée tous les deux ou trois ans, soit réalisée de façon synchronisée avec le budget programme. Ainsi, dans une période d'austérité budgétaire où l'on demande aux délégués d'effectuer des choix, des arbitrages et donc, des coupures, on ne pourra dire que tel programme doit être réduit au bénéfice d'un autre si on n'enlève pas les éléments de la décision et du choix, à savoir les éléments objectifs et quantité.

Le deuxième aspect très important du rapport consiste à mettre l'accent sur les programmes par pays pour ce qui est des pays les plus démunis. Il s'agit de montrer que le fossé se creuse entre les pays riches ou les pays en voie de développement d'une part et les pays moins avancés, les plus démunis d'autre part. C'est le but du programme ICO, intensification de la coordination dans les pays qui en ont le plus besoin, lancé en 90.

Bien que le directeur général ait affirmé que ce programme allait devenir prioritaire, il faut veiller à ce que les bureaux régionaux soient étroitement associés, voire même complètement responsables de ce programme afin d'éviter un court-circuit entre le Siège et les bureaux régionaux. Etre responsable des programmes intensifiés dans la région ne signifie pas pour autant une perte de cohérence et de coordination au

sein de l'Organisation, d'où l'accent mis dans le rapport sur la cohérence entre les bureaux régionaux pour qu'il y ait une seule organisation.

Dans la région des Amériques, l'OPS peut légitimement revendiquer une relative autonomie, mais il faut maintenir une action coordonnée au plan mondial, d'où l'importance du point suivant qui est la coordination entre les différentes agences du Système des Nations Unies.

On ne peut se permettre d'avoir des programmes de SIDA appartenant respectivement à l'OMS, à la Banque mondiale, au PNUD, à l'UNICEF etc. Il s'agit de promouvoir la coordination qui est la seule garantie d'une efficacité. A cet égard, la région des Amériques peut servir de leçon puisqu'elle a réussi une intégration entre deux organisations: l'OPS et l'OMS. Dans la région de l'Europe, l'idée du rapprochement a été lancée entre d'une part le Comité régional de l'OMS/Europe et d'autre part le Conseil de l'Europe et surtout la Commission des Communautés de Bruxelles. La région des Amériques pourrait précisément indiquer la voie à suivre pour aboutir à une telle intégration de ces institutions.

La dernière question, qui n'est pas la moins importante, concerne le problème des ressources financières. Le budget régulier de l'OMS est entravé par le principe de la croissance zéro, ce qui entraîne une stagnation des ressources, à un moment où les régions ont de plus en plus de besoins et pas de moyens. En Europe, par exemple, le nombre des pays membres est passé de 31 à 50 en l'espace de deux ans, avec des problèmes de santé très graves et pas d'augmentation de l'allocation donnée par le Siègle

à la région Europe. Il y a deux semaines, certains pays de l'Europe de l'Est ont demandé une augmentation de l'allocation donnée par Genève à la région de l'Europe, tandis que d'autres pays, dont la Russie, ont attiré l'attention sur le fait qu'une telle mesure ne devrait pas être prise au détriment des régions qui en ont plus besoin. C'est ainsi que fut proposée une augmentation de toutes les allocations budgétaires aux six régions de l'OMS au détriment du budget du Siège.

Pour conclure, le Dr. George Guiton estime que la région pourrait contribuer à faire appliquer ces réformes au Siège. En effet, selon les informations reçues, le Dr. Macedo, grâce à une excellente gestion, a pu réduire les dépenses de gestion à 8%, tandis qu'au Siège ces dépenses se portent à 13% officiellement, bien qu'un autre budget mentionne un chiffre d'environ 33%. On pourrait demander au Secrétariat de la région des Amériques d'expliquer au Siège comment ce chiffre exemplaire de 8% a pu être atteint.

Ms. KEFAUVER (United States of America) said that preparation of the Report of the Executive Board Working Group and of its recommendations had been a long process involving governments from all the Regions and that it was important to maintain the momentum that had been created. According to the World Health Assembly resolution on the subject, the Regional Committees were to study the implications of those recommendations and to report their findings to the Executive Board in January 1994. Moreover, the Director General had requested that working groups on the issue be set up. She was concerned that discussion of the matter at several different levels

might prevent the response from being consolidated before 1995. It would therefore be interesting to hear the Director's views on how the Regional Committee could respond to the Executive Board in January 1994 and thus maintain the momentum relating to the issues raised by the Working Group.

El Dr. LONDOÑO (Colombia) quisiera proponer un programa de trabajo análogo al que se ha estado debatiendo.

Cuando oye hablar con insistencia de la meta de salud para todos en el año 2000 y observa la realidad de su país y de los países vecinos, se formula una serie de interrogantes, y no está muy seguro de que dentro de siete años pueda decirse que esa meta se ha logrado. La reflexión sobre los desafíos con que se enfrenta la Organización Mundial ante los cambios mundiales debería trasladarse a la Región de las Américas.

Las grandes preguntas no pueden dejarse de lado en una reunión como la del Consejo Directivo que se celebra una sola vez al año, y hace falta adoptar una actitud crítica ante lo que está ocurriendo. Se debería pedir a la Organización tres cosas: en primer lugar, una serie de documentos preparados por especialistas externos para que evaluaran lo que ocurre y examinaran las grandes alternativas de acción; en segundo lugar, el examen de esos documentos por diversas organizaciones subregionales en los próximos meses; en tercer lugar, convocar una reunión en el primer semestre de 1994, donde la Asamblea Mundial de la Salud considere más adecuado, a fin de discutir las grandes pautas del futuro de todos. Al ritmo que se lleva, con las instituciones que se

tienen y los instrumentos que se aplican, debería ser posible llegar a alcanzar la meta fijada para el año 2000.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) expresa su reconocimiento al Dr. Sarn por su presentación y por la visión que ha ofrecido del proceso de examen de las respuestas posibles de la OMS.

La reforma de la OMS no debe entenderse únicamente como la reforma del aparato burocrático institucional de la Secretaría, sino que debe tener connotaciones más amplias, tal como señaló el Representante de Colombia al aludir a una revisión de las estrategias nacionales para hacer posible la salud para todos, porque la base de la Organización son sus Gobiernos Miembros.

La Organización, sin embargo, puede servir como marco de referencia en la orientación de las estrategias de los programas nacionales. No cabe duda de que una Secretaría ágil, dinámica y sensible, capaz de seguir los cambios acelerados que se producen en el mundo, apoyando los esfuerzos nacionales con sus escasos recursos y coordinando la acción internacional en la esfera de la salud, puede y debe ser un instrumento de gran importancia.

La reforma de la OMS tiene una significación enorme para la Región y para la Oficina Sanitaria Panamericana que, como Secretaría de la OPS, y por ello la Oficina se siente comprometida en el proceso y espera que se complete lo más rápidamente posible.

Los aspectos concretos que se han sugerido podrían tratarse en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, en enero de 1994. En cuanto a otros temas, como el

informe del Director o las preguntas formuladas por el Sr. Aiston, lo mejor sería que los examinara a fondo el Subcomité de Programación y Planificación, en su reunión de diciembre. Este Subcomité, como es sabido, fue creado por el Comité Ejecutivo para que se ocupara de los aspectos administrativos de la Organización de manera más circunstanciada y constante, y está a tiempo para incluir el tema en su programa. Sobre esta base, el Director y los representantes de la Región podrían presentar en enero de 1994 la posición de la Región en el Consejo Ejecutivo de la OMS.

La Región tiene gran experiencia en la esfera de la preparación de presupuesto, y de la programación. Lamentablemente, como los seres humanos las organizaciones burocráticas tienen también sus defectos y se producen celos entre ellas. Sin embargo, hay que olvidarlo y seguir aportando la experiencia propia y recibiendo la asistencia de la Sede y de las otras Regiones.

La Representante de Francia ha dado un ejemplo significativo de que no todo funciona bien en Ginebra: la proporción de los gastos de apoyo administrativo de la OSP es menos de la tercera parte de la cifra correspondiente de la OMS.

En cuanto a lo sugerido por el Representante de Colombia, la OPS ya se ha enfrentado con esos desafíos y se han organizado cinco o seis reuniones para definir la función de la salud en el nuevo contexto mundial. Se está trabajando con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y se está haciendo una evaluación a fondo de lo que ocurre, si no con un personal totalmente externo, si con la participación de una organización independiente, y se elaborará un documento común para definir el papel de

la salud en el desarrollo y la orientación del proceso de cambio del propio sector. Se está trabajando con el Banco Mundial en un informe sobre la salud y preparando una reunión de alto nivel sobre salud que se celebrará en marzo de 1994. Hay otras actividades conjuntas con el Banco Interamericano de Desarrollo y se está analizando a fondo, país por país, la posibilidad de actuar con los gobiernos.

Se adoptarán las estrategias de orientación o reorientación de la Organización que se juzgen más indicadas. Se dispone ya de algunos de los documentos solicitados y pronto se tendrán otros a disposición de los países. No obstante, las decisiones últimas se tomarán a nivel de país, ya que cada país constituye el elemento más pertinente, más indispensable y más crítico. La salud para todos en el año 2000 implica un plazo que podrá cumplirse o no, pero que hay que intentar lograr con todos los medios de que se disponga.

Sin necesidad de adoptar una decisión específica, si el Consejo está de acuerdo se podría discutir el asunto más a fondo en el Consejo Ejecutivo de la OMS. De esa forma se darían a conocer la participación de la Región de las Américas en el proceso de la salud y las actividades que se están realizando ya.

El Dr. LONDOÑO (Colombia) considera que las iniciativas del Director son convenientes y compatibles con sus inquietudes, pero quisiera destacar la importancia de un amplio debate que permita ir generando consensos.

Uno de los puntos débiles de los sistemas de salud de los países de la Región es su gran inestabilidad. En la reunión celebrada ese mismo día pudo observarse que los

últimos cinco años se habían reunido cinco Ministros de Venezuela y del Perú, y cuatro Ministros de Colombia, el Ecuador y Bolivia. Esa inestabilidad dificulta el pensamiento estratégico y, aunque sólo fuera como ejercicio de fortalecimiento institucional, hacen falta reuniones, evaluaciones y desafíos que obliguen a pensar en serio y a reflexionar en un temario conjunto para asimilar la experiencia de todos y tratar de construir un legado importante y ambicioso.

Independientemente de las instituciones internas, del Subcomité de Programación y Planificación y de las propuestas del Comité Ejecutivo, hace falta crear un programa estratégico hasta el final del siglo, por medio de documentos adicionales, de reuniones subregionales y de una gran reunión en 1994 destinada a plantear importantes preguntas hacia el futuro.

El PRESIDENTE dice que el debate quedará reflejado en el acta.

*The session was suspended at 3:30 p.m. and resumed at 4:00 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:30 p.m. y se reanuda a las 4:00 p.m.*

El PRESIDENTE concede el uso de la palabra al Observador de Portugal, que la ha solicitado.

O Dr. MAGÃO (Observador, Portugal) informou que Portugal tem privilegiado a área da saúde, podendo-se afirmar que tem aumentado não somente a esperança de vida à nascença como a própria qualidade da vida. Disse que o seu país está preocupado com os problemas ligados ao aumento da toxicodependência, da SIDA e dos acidentes

rodoviários, e tem procurado dar especial atenção às ações de prevenção e de esclarecimento dos cidadãos, visando especialmente à juventude.

ITEM 5.2: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS

TEMA 5.2: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, de acuerdo con el informe de la Secretaría, de los 700.000 casos de SIDA oficialmente notificados en el mundo, más del 50% corresponden a la Región de las Américas. Sin embargo, las estimaciones de la OMS arrojan la cifra de dos millones de casos reales.

Es importante señalar que el número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumenta progresivamente. En todos los países hay núcleos de población de mayor riesgo, fundamentalmente por su comportamiento sexual pero también por su adicción a las drogas consumidas por vía indovenosa. Existen además factores de índole demográfica y sociológica de gran importancia, y deben tenerse en cuenta ciertos factores biológicos, entre los que destacan otras enfermedades de transmisión sexual. Desde 1990, los fondos para las actividades de país han aumentado, pero han disminuido los destinados a la coordinación en el plano regional. Esa disminución afecta principalmente al apoyo de las acciones en los países, que han comenzado a ver postergado el financiamiento que necesitan.

En la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos, celebrada en Brasilia en mayo de 1993, se llegó a la conclusión de que era fundamental el enfoque

multisectorial y la coordinación entre el sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones del Sistema Interamericano, a fin de contar con un respaldo técnico más eficiente y eficaz en todos los países de la Región.

El tema fue examinado por el Comité Ejecutivo, en el que se debatió largamente el proyecto de resolución presentado, manifestándose opiniones encontradas con respecto a la retención por la OMS del liderazgo formal de las actividades entre organismos relacionadas con el SIDA. En consecuencia, el Presidente nombró un grupo de trabajo, compuesto por el Relator y los Representantes de Cuba, los Estados Unidos de América y México, para que redactara un nuevo proyecto de resolución. El Comité Ejecutivo aprobó finalmente su Resolución V, en la que recomienda al Consejo Directivo que exhorte a los Gobiernos Miembros a que intensifiquen sus esfuerzos nacionales para prevenir el SIDA, el VIH y las enfermedades de transición sexual (ETS) y disminuyan sus consecuencias sociales y económicas; promuevan el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA, y se apoyen en la competencia de todos los organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y de las organizaciones del Sistema Interamericano para instaurar un programa intersectorial bien coordinado, con miras a combatir el SIDA/VIH/ETS a nivel de país. También recomienda que apoye plenamente la Resolución WHA46.37, adoptada en mayo de 1993, en la cual se solicita al Director General de la OMS que estudie, en consulta estrecha con todas las organizaciones y entidades interesadas, la viabilidad de establecer un programa conjunto y copatrocinado por las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA, y que se destaque el

liderazgo científico-técnico de la OPS en materia de salud en la Región de las Américas. Por último, recomienda que se solicite al Director que asista a los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos para establecer, a nivel de país, mecanismos sólidos de coordinación intersectorial para combatir el SIDA/VIH/ETS, y tome las medidas necesarias para mejorar la coordinación con miras a promover, reunir y articular las acciones de los diversos organismos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de la Región de las Américas.

El Dr. ZACARIAS (OPS) dice que quisiera señalar a la atención del Consejo Directivo tres áreas: La primera se refiere a las recomendaciones sobre el SIDA de la III Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, que se celebró en Salvador, Bahía (Brasil), en julio de 1993. En ella, las autoridades de más alto nivel de los países iberoamericanos endosaron, implícitamente, el enfoque integral y global y las políticas del Programa Mundial del SIDA de la Organización Mundial de la Salud, y las estrategias y líneas de acción específicas de la OPS y de sus Países Miembros. En otras palabras, la prevención de la transmisión sanguínea y perinatal del VIH, la reducción del impacto social y económico de la epidemia de VIH y de SIDA, y la coordinación de los esfuerzos nacionales e internacionales, es decir, unos pronunciamientos similares a los de la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos. Para octubre de 1993, CARICOM, CAREC y la OPS han convocado una reunión de líderes con capacidad decisoria en Saint Georges (Granada), a fin de revisar los logros y obstáculos para la ejecución de los programas nacionales y de proponer los enfoques más prácticos

para contener la epidemia en esa subregión. Por lo tanto, se está iniciando un compromiso político regional que habrá que traducir en acciones inmediatas a nivel de país. Hay que añadir que el Presidente de Honduras acaba de crear una comisión de alto nivel para prevenir el SIDA en ese país, encabezada por la Primera Dama de la Nación.

La segunda área se refiere al proyecto de resolución que debe examinar el Consejo Directivo y que fue aprobado por el Comité Ejecutivo en su 111a Reunión. Quisiera destacar únicamente su párrafo 2, en el que se pide el apoyo a la Resolución WHA46.37 de la Asamblea Mundial de la OMS. Tanto el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) como el Consejo Económico y Social (ECOSOC) han apoyado plenamente esa resolución, en la que se pide al Director General de la OMS que, en consulta estrecha con todas las organizaciones y organismos relacionados con el sistema de desarrollo de las Naciones Unidas, examine la factibilidad de establecer un programa conjunto y patrocinado por las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA. Ello ha requerido consultas sucesivas entre los organismos patrocinadores (OMS, PNUD, UNICEF, FNUAP, UNESCO y Banco Mundial, entre otros), que fueron convocados en Ginebra y Nueva York. En la actualidad se están realizando otras consultas y, como resultado, se preparará un proyecto de propuesta que se enviará a una reunión de revisión y, ulteriormente, a los directores de los distintos organismos patrocinadores. A finales de octubre de 1993 se celebrará una reunión especial sobre el tema en Nueva York, con el Secretario General de las Naciones Unidas, y el tema se someterá luego a un grupo asesor entre organismos y a un grupo de trabajo sobre el SIDA, integrado por gobiernos,

organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos de las Naciones Unidas y, finalmente, se llevará al Consejo Ejecutivo de la OMS, a principios de 1994. Por todo ello, las posibles consecuencias de la citada Resolución WHA46.37 deben ser consideradas por el Consejo Directivo, ya que va a afectar la forma en que tanto la OPS como la OMS presten su cooperación técnica en el nivel de los países.

Inmediatamente surgen dos preguntas: la primera es quién va a asumir el liderazgo de esa cooperación técnica de las Naciones Unidas, y la segunda, qué institución coordinará la cooperación técnica para prevenir el SIDA a nivel de país. Es muy posible que esto no se determine con claridad hasta enero de 1994, lo que lleva a la tercer área que somete a la consideración del Consejo Directivo, que es la de la coordinación de los esfuerzos nacionales de prevención del SIDA a nivel de país.

A este respecto, los principales puntos que quisiera exponer están tomados de un borrador titulado "Inventario y análisis reunido de aspectos de coordinación y problemas relacionados con el VIH/SIDA", que se presentó en la segunda reunión del grupo de trabajo del Comité de Gestión Mundial para la coordinación en materia de VIH/SIDA, celebrada en Ginebra en mayo de 1993, y el tema fue tratado también en la primera reunión de 1993 de los organismos que trabajan en la prevención del SIDA en las Américas, celebrada en el mes de septiembre.

Acompañando sus observaciones con diapositivas, el Dr. Zacarías dice que en esas reuniones se mencionaron como aspectos comunes, en primer lugar, la necesidad de establecer a nivel nacional la capacidad para coordinar. Un segundo aspecto es la

necesidad de responder a nivel nacional al desafío multisectorial del VIH/SIDA. Otro punto es la movilización de recursos en relación con las demandas competitivas de otros programas de salud y otros componentes del sector social. A nivel de país, va a ser necesario ante todo ver cuáles son los mecanismos existentes para esa coordinación, y luego--y esto es muy importante, porque afecta a los países de la Región--la magnitud y las fluctuaciones de los recursos disponibles para la prevención del SIDA. Se puede adelantar ya que, para 1994-1995, los fondos disponibles para el Programa Mundial del SIDA serán probablemente la mitad de los existentes en el período anterior. De igual modo, habrá que considerar las diferencias entre las prioridades de los distintos planes nacionales y las de los diversos organismos participantes, así como las competencias de las organizaciones no gubernamentales. En el plano mundial, habrá que resolver los conflictos entre organismos y la falta de congruencia entre los acuerdos a nivel global y los adoptados a nivel de país, las reformas actuales del sistema de organizaciones de las Naciones Unidas y, desde luego, las fluctuaciones de la distribución de la asistencia para el desarrollo. Asimismo, será preciso considerar el posible conflicto entre los mandatos y las directrices de los órganos directivos de las distintas instancias, el impacto de la descentralización, tanto a nivel mundial como de país, y las preferencias de los donantes bilaterales y multilaterales y, por último, un factor cada vez más importante, que es el de la coordinación entre las organizaciones no gubernamentales.

Desde este último punto de vista, el desafío mayor es lograr un equilibrio entre la independencia y autonomía de las ONG y su participación en los programas

nacionales, sin olvidar la cuestión de los intereses que compiten entre sí o se sobreponen mutuamente. Las dificultades para actuar de una manera coordinada a fin de lograr la máxima efectividad y eficiencia en la lucha contra el SIDA en las Américas son realmente muy grandes, pero éste es el momento de actuar.

Por último, el Dr. Zacarías muestra una diapositiva que presenta lo que podría considerarse un programa ideal de prevención del SIDA/VIH a nivel de país, cuyos objetivos, prioridades y necesidades reflejen realmente las necesidades de ese país y se basen en políticas y pautas internacionalmente aceptadas y sancionadas. Al propio tiempo, el programa debe ser técnicamente apropiado y eficiente, el enfoque, multisectorial, las acciones integradas y descentralizadas y--quizá lo más importante--el programa nacional debe estar dirigido y financiado por el propio país.

Con independencia de los resultados del estudio de las Naciones Unidas derivados de la Resolución WHA46.37, la OPS tiene una función vital que desempeñar en el fortalecimiento de los programas del SIDA, con el apoyo y la asesoría del Consejo Directivo, y la Secretaría está preparada para hacer cuanto sea necesario a fin de asegurar la viabilidad y excelencia técnica de todos los programas nacionales de SIDA/VIH/ETS en la Región de las Américas.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) dice que quisiera compartir con todos los representantes la experiencia de su país. En él hay 11.283 casos de SIDA notificados, lo que lo sitúa en tercer lugar en número de casos por 100.000 habitantes en los Estados Unidos de América. Al analizar la distribución de esos casos, se observa que el 79,7%

son hombres, el 18% mujeres y el 2,3% niños. El grupo más afectado es el de los usuarios de drogas inyectables, ya que representa el 55% del total de casos y, si se incluye a los homosexuales usuarios de droga, la cifra se eleva al 65%. El grupo homosexual representa el 18% de los casos. Sabido es que la drogadicción es la vía de transmisión más común del VIH entre los hombres, aunque no entre las mujeres: el 48% de las mujeres heterosexuales sin historial de uso de drogas han adquirido la infección por sus parejas sexuales infectadas. De ahí se deriva el aumento paralelo de los casos de SIDA entre los niños, siendo el de menores de 13 años del 20%, con una mortalidad de 112 de los casos mencionados.

Se han centralizado los esfuerzos con un sistema de educación, prevención y tratamiento del SIDA a cargo de la Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles, que se encarga de establecer la política pública al respecto y de desarrollar los programas de prevención y educación, y de ofrecer servicios y tratamiento a la población infectada. En la actualidad hay siete centros de tratamiento ambulatorio localizados en varios pueblos para pacientes afectados por el VIH o el SIDA, y en algunos centros de salud primaria se presta también asesoramiento y se realizan pruebas. A estos últimos centros se orientan los esfuerzos.

También se ha creado un comité para revisar la política gubernamental, con el propósito de determinar las necesidades reales de la población afectada, y otro comité de legislación para analizar toda la referente a los derechos a empleo, vivienda, cuidado de salud y educación continua para funcionarios de salud en esa esfera. Se ha creado

igualmente un comité de derechos civiles de los pacientes del SIDA. Por otra parte, se cuenta con una unidad médica móvil para actividades de prevención, educación y asesoramiento, pruebas de VIH y diagnóstico temprano. El presupuesto de la oficina antes mencionada (OCASET) es de \$21 millones, entre fondos federales y estatales. El fondo estatal, que representa unos \$10 millones, se financia en su mayor parte por un fondo de salud infantil.

En cuanto a las proyecciones futuras, a corto plazo se proyecta ampliar las visitas a instituciones penales del país; ofrecer servicios de prevención de infección ocupacional en los establecimientos hospitalarios, mejorar la calidad de vida de los grupos de mujeres en edad reproductiva infectadas por el VIH, y de los niños e infantes igualmente infectados; determinar las necesidades de servicios de salud de los usuarios de drogas inyectables; coordinar los servicios de salud con los de otros organismos y, por último, establecer un programa de intervención temprana para el desarrollo de servicios de salud orientados a las personas afectadas por el VIH a nivel primario. Puerto Rico comparará sus programas con las directrices internacionales que reciba, para seguir luchando contra esa temible enfermedad.

Mr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago) said that, because HIV infection did not recognize national boundaries, it was essential for Member Countries to collaborate closely on strategies to fight the disease and to share any information that could be useful in country programs.

Since 1985, when the HIV infection had first been isolated in women in his country, the incidence among women and among the newborn through perinatal transmission had grown steadily. It was important to reverse that dangerous trend, which certainly existed in other countries. He therefore proposed that, in operative paragraph 1 of the proposed resolution on the item, under the heading "1. To call on the Member Governments to," that the following new subparagraph be added: "Implement, with appropriate financial and technical support from PAHO, specific country programs and activities designed to reduce the incidence of HIV infection among women and the newborn." His Delegation fully supported the rest of the proposed resolution.

El Dr. CHAVEZ (México) quisiera sólo formular algunas preguntas relacionadas con las intervenciones que ha podido escuchar.

Ante todo, desearía preguntar cuál es la opinión de la Secretaría sobre la evolución de los programas de mediano plazo elaborados, que son los instrumentos de base para coordinar las acciones, desde el punto de vista de la coordinación que ahora se pide. Se trata de algo fundamental, ya que si, como ha sucedido anteriormente, no se conoce exactamente los programas elaborados a nivel de país--ya sea porque ha habido modificaciones externas, porque se ha producido un apoyo extemporáneo o porque la cooperación técnica no ha sido completa--se desvirtúa por completo lo que debe ser la base de un programa de coordinación.

En segundo lugar, quisiera conocer cuál es la complementariedad entre los esfuerzos de los países y la cooperación técnica de la OPS y la OMS. El compromiso

nacional es, sin duda, lo primero que debe existir, ya que se trata de un programa y de un problema que no solo afecta a la salud sino a importantes áreas sociales, políticas y educativas y que causa un gran daño a la sociedad. Por ello, en su opinión, debería resaltarse el concepto de responsabilidad nacional en la coordinación de las propias acciones, dentro de un esquema intersectorial, en un consejo nacional de prevención y control del SIDA que se utilice al mismo tiempo para el análisis de la cooperación técnica con organismos multilaterales o donantes bilaterales. Un órgano de ese nivel, con acciones intersectoriales, tendría fuerza y, sobre todo, autoridad moral para tomar decisiones, tanto en lo relativo a la cooperación nacional como a la cooperación internacional.

En tercer lugar, quisiera destacar que, en cierto modo, no se ha decidido aún la forma en que se realizará la coordinación. Lo primero que se hizo fue consultar con el Director, pero todavía no existe una decisión sobre si se va a crear o no otra instancia de coordinación, eliminando el liderazgo técnico que actualmente tienen la OMS y la OPS en las áreas de salud. Por su parte, favorece el concepto aplicado hasta ahora, en el que se ha dado el liderazgo a esas organizaciones. Coordinación no significa subordinación y si se ha sabido conocer la enfermedad, aprender de ella y, sobre todo, responder a las preguntas planteadas por la sociedad con respecto al problema del SIDA, sería necesario capitalizarlo. La alternativa es que cada una de las instancias de ayuda multilateral se aplique a su especial esfera de competencia: la UNESCO se ocuparía del

área educativa, el UNICEF del área materno-infantil, etc. Sin embargo, México estima que el liderazgo en el área de la salud debe conservarse dentro de la OMS y la OPS.

Por último, desea dejar constancia de cierta disconformidad con las decisiones sobre prioridades establecidas por el Consejo Directivo y por los otros órganos ejecutivos asociados en las acciones de salud. Sabido es que más del 50% de los casos de esta enfermedad que existen en el mundo se encuentran en las Américas, y continuamente se ha definido como una de las áreas de mayor prioridad. Sin embargo, el tratamiento presupuestario que se está recibiendo por parte de la Organización central no corresponde a la importancia del problema en la Región. Esto debería transmitirse de alguna forma a los órganos directivos de la OMS, a fin de que conozcan la gran preocupación que existe por la disminución de los recursos destinados a una de las áreas de trabajo más importantes de la OPS.

Le Dr. Armelle GEORGE-GUITON (France) pense que si le SIDA pose des problèmes de développement, il n'est quand même pas un problème uniquement de développement, mais avant tout un problème de santé crucial, d'où la nécessité de ne jamais perdre de vue que l'élaboration de la stratégie mondiale doit rester entre les mains conceptuelles de l'OMS.

Au plan régional, la France adoptera la même attitude; à savoir que l'élaboration de la stratégie de lutte doit revenir à l'OPS. Elle est donc très satisfaite du paragraphe 3 du dispositif du projet de résolution, qui dit que l'OPS fait autorité dans les domaines scientifiques et techniques de la santé dans la région des Amériques.

On ne peut non plus se permettre la dispersion des actions au niveau local comme on le constate parfois sur le terrain et dans les pays. La France estime donc que premièrement, les autorités nationales sont mieux placées pour coordonner cette aide internationale multiforme et que, deuxièmement, au sein du Système des Nation Unies, si localement, dans les pays, certaines agences autres que l'OMS ont plus de moyens, il faudra, éventuellement, céder le pas à une autre agence que l'OMS pour que la coordination opérationnelle sur le terrain s'effectue mieux.

En ce qui concerne la coordination avec les donateurs bilatéraux, la coopération bilatérale française a fait une auto-réflexion sur la finalité de son aide pour effectivement sortir des ornières qui font que l'on travaille chacun pour soi. En juillet dernier, une réunion a été organisée avec une délégation de l'OMS/Genève pour étudier pays par pays la coopération bilatérale française afin de la rendre synergique avec la coopération entreprise par l'OMS. Ce travail a été fait pour une dizaine de pays, principalement d'une autre région; en l'occurrence il s'agit de l'Afrique. Cela a été quand même un tournant, car la coopération bilatérale française affiche sa volonté de ne plus travailler de façon isolée, particulièrement sur ce dossier. Pour la fin de 93 et pour 94, la France a mis sur pied avec 10 pays des plans d'action conjoints France/OMS - SIDA par pays.

Pour ce qui est de la région des Amériques, la France est très préoccupée, principalement par la situation en Haïti. Elle souhaite faire un effort particulier en 1994, tout comme dans la région Afrique, pour travailler avec l'aide de l'OMS, et même

surtout via l'OMS, pour ce qui est de l'aide que la France apportera en Haïti pour le programme de lutte contre le SIDA.

El Dr. PICO (Argentina) agradece la labor que está realizando la Organización y señala que en las políticas de salud de la Argentina, aprobadas por decreto del poder Ejecutivo y consensuadas por el Consejo Federal de Salud, se hace especial hincapié en el programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA. Recientemente, se han introducido cambios importantes en este programa, entre los que cabe destacar la creación del Consejo Asesor Interdisciplinario, integrado por personalidades e instituciones científicas del país. El fin que se persigue es mejorar la eficacia y eficiencia de las acciones emprendidas y de la coordinación intra e intersectorial a nivel nacional, así como descentralizar las operaciones y otorgar a las autoridades un papel integrador y expansionista.

Dr. POST (United States of America) said that it was very appropriate to place a high priority on effective education and prevention strategies since about a million and a half people in the Region were estimated to be HIV positive. The United States was the world's fifth largest Hispanic nation. While Hispanics comprised 9% of the country's population, they accounted for 17% of the total number of AIDS cases reported in 1992. Among those cases, Hispanic women and children were particularly affected.

It was important to promote the exchange of information between governmental and nongovernmental organizations in the United States and similar organizations in the

Americas and to share lessons learned from HIV prevention and care models. For example, effective intervention strategies in the Region might be adapted to meet the needs of the Hispanic community in the United States.

It was gratifying that the III Ibero-American Summit of Heads of State and Government had endorsed the recommendations of the Conference of Ministers of Health of the Ibero-American Countries. Recognition by those leaders of the broad socioeconomic implications of HIV/AIDS was necessary in order to engender strong political and financial support.

El Dr. PEREZ (Cuba) dice que el buen funcionamiento de los programas de lucha contra el SIDA exige llevar a cabo acciones concertadas de los países y de los organismos internacionales. Ni la OPS ni la OMS deben perder su protagonismo en este campo, ni transferir la aplicación de los programas de salud internacional a organismos o agencias cuyos objetivos y funciones sean esencialmente económicos. Estos organismos colaboran y aportan el respaldo financiero de esos programas. No obstante, la base científica, técnica, epidemiológica y social de esos programas es responsabilidad exclusiva de los organismos y agencias especializadas. No es lícito ignorar el trabajo serio y responsable, y cargado de un alto contenido humano, que la OPS y la OMS han realizado en la lucha contra el SIDA.

La Dra. COEN (República Dominicana) dice que, en agosto de 1993, en la República Dominicana se habían notificado 2.064 casos de SIDA con un subregistro

aproximado del 50%. El patrón de transmisión corresponde al tipo 2 y la razón entre hombres y mujeres es de 2,3:1. La transmisión es fundamentalmente heterosexual y el grupo de edad más afectado es el de 20 a 34 años. El grupo de heterosexuales contabiliza el 59,5% de los casos.

En la actualidad, el país está reestructurando el programa del SIDA con objeto de mejorar el procesamiento de la información y las campañas de educación y comunicación social, y de subrayar la importancia de la prevención, especialmente en los grupos de población más expuestos, como los adolescentes.

Por otra parte, se ha creado el Consejo Nacional para la Prevención y Lucha contra el SIDA (CONASIDA), integrado por organizaciones no gubernamentales, el sector privado, empresarios y varios organismos internacionales. Su misión es coordinar la labor de todas las organizaciones que están trabajando en la lucha contra esta enfermedad.

Es importante destacar la asesoría técnica que ha brindado la OPS en la República Dominicana y en todos los países de la Región. En este sentido, sería importante crear una asociación de todos los países latinoamericanos en la que se pudieran intercambiar tecnologías destinadas a la prevención del SIDA.

El Dr. MONASTERIO (Bolivia) señala que en Bolivia, hasta agosto de 1993, se habían notificado 101 personas positivas al VIH, de las cuales 61 habían desarrollado el síndrome. La prevalencia acumulada es 0,49 por 100.000 habitantes y la tasa de letalidad, 87,8%. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 39 años, con una

prevalencia de 7,31 por 100.000 habitantes. El 87% de los casos son hombres, y la razón de sexos, 9,8:1. La transmisión sexual alcanza el 88% de los casos, si bien la incidencia en mujeres está aumentando y ya se ha notificado un caso de transmisión perinatal. En seis de los nueve departamentos del país se han notificado casos, y las prevalencias más elevadas se han registrado en Santa Cruz, Beni y Chuquisaca.

Entre los factores determinantes de la epidemiología del SIDA en Bolivia hay que mencionar el control deficiente de otras enfermedades de transmisión sexual, la ausencia de control de la sangre empleada en transfusiones, y el poco conocimiento y sensibilidad de la población frente a la enfermedad.

En cuanto a los logros conseguidos en la lucha contra el SIDA, aunque cabe mencionar la creación del Comité de Coordinación Interagencial del SIDA y el fortalecimiento de la capacidad operativa de los laboratorios regionales, todavía no se han alcanzado los objetivos fijados. Por otra parte, ya están funcionando varias unidades regionales sanitarias, dotadas de equipos audiovisuales, cuyo fin es desarrollar actividades de comunicación, educación e información de la población.

La reciente creación del Ministerio de Desarrollo Humano permitirá llevar a cabo acciones integrales, sobre todo con la Secretaría de Educación, y diseñar un programa de educación sexual. En relación con este programa es preciso citar la elaboración de un proyecto a mediano plazo (1994-1996) en el que participarán instituciones estatales y privadas de los sectores salud y educación.

La Representación de Bolivia apoya las resoluciones del Documento CD37/10 y recomienda a los gobiernos que asignen recursos financieros propios y racionalicen el uso de recursos generados por la prestación de servicios.

Si bien la situación epidemiológica del SIDA en Bolivia no es alarmante, su ubicación geográfica (el país es fronterizo con otros cinco países) exige la elaboración de políticas de fronteras encaminadas a establecer un control adecuado de las personas que entran en el país.

Por último, hay que señalar que Bolivia no dispone de equipamiento adecuado para mejorar el control de calidad de la detección del VIH en los laboratorios de referencia y bancos de sangre.

El Dr. MACEDO (Uruguay) destaca el aumento del número de personas infectadas por el VIH y de casos de SIDA registrado en el país en los últimos años. Aunque los resultados obtenidos hasta el momento en la lucha contra el SIDA han sido satisfactorios, persiste el problema de la atención médica de los pacientes. Más del 70% de estos pacientes son atendidos en hospitales públicos, lo cual sobrecarga notablemente la estructura asistencial de todo el país. Por este motivo, solicita apoyo en materia de coordinación de la atención.

El Dr. ZACARIAS (OPS), respondiendo a la pregunta del Representante de México sobre la utilidad de los planes a mediano plazo, indica que dichos planes se iniciaron en 1988 y que el primer grupo de planes concluyó en 1990. Su evaluación es

un poco distinta a la de los denominados de segundo plazo. Los primeros eran en su mayor parte planes unisectoriales que pertenecían a una sola institución: el ministerio de salud.

Con los planes de mediano plazo de segunda generación se ha aprendido que es necesario incluir a otras instituciones, sectores y agencias desde la etapa de su planificación. Ello explica que en la elaboración de planes para Sudamérica estén participando organizaciones no gubernamentales, y ministros de salud y de trabajo. En resumen, el éxito de los planes a mediano plazo está en función del grado de participación de instituciones distintas de los ministerios de salud.

La Dra. CARRINGTON (Observadora, ULACETS) dice que la Unión Latinoamericana Contra Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) apoya la resolución ratificada por la III Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada recientemente en Bahía, Brasil, y, especialmente, el punto 7.1 en el que se resuelve desarrollar en la Región un amplio proyecto para la eliminación de la sífilis congénita en el año 2000.

La Unión Norteamericana Contra Enfermedades de Transmisión Sexual, el capítulo estadounidense de la ULACETS, estimuló la cooperación técnica la semana pasada al difundir un mensaje de unidad entre los pueblos de América Latina. En ese mensaje se consideró a los Estados Unidos de América como el quinto país latinoamericano.

Se estima que el número de personas que padecen enfermedades de transmisión sexual en todo el mundo es de 250 millones y que 14 millones están infectadas por el

VII. De estas últimas, 1,5 millones viven en los Estados Unidos, donde los hispanos ocupan el segundo lugar en frecuencia en cuanto al número de casos de SIDA notificados. Los vínculos culturales, sociales, económicos y políticos que mantienen los hispanos residentes en los Estados Unidos con los de sus respectivos países son muy fuertes, como lo es la búsqueda de sus raíces e identidad. Ello explica la necesidad de que los programas de salud sean compatibles con los patrones culturales y de comportamiento de los pueblos a los que van dirigidos. Los conocimientos adquiridos en América Latina han de tenerse en cuenta a la hora de diseñar y poner en marcha programas de salud destinados a los hispanos que viven en los Estados Unidos. Además, es preciso promover y facilitar el intercambio de tecnologías y recursos científicos y programáticos entre los pueblos de América Latina, incluidos los Estados Unidos, en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) expresa su satisfacción por el consenso alcanzado en cuanto a la necesidad de incluir a todos los sectores, agencias e instituciones desde la etapa de planificación de los programas. Considera que se trata de un problema de salud a nivel nacional, regional y mundial, y no de liderazgo técnico.

Por otra parte, hay que afrontar los problemas del Programa Mundial del SIDA derivados de la disminución de recursos financieros externos. Dicho recorte responde básicamente a tres causas: el cansancio de la comunidad internacional, la disminución de la credibilidad del programa y la competencia con otros temas y necesidades del mundo actual. Para solucionar este problema, es preciso, en primer lugar, aumentar la

responsabilidad a nivel nacional. Lamentablemente, muchos de los países de la Región dependen en gran medida de recursos procedentes del exterior, lo cual reduce su autoridad para movilizar recursos. En este contexto, los planes a mediano plazo deben ser el punto de referencia, tal como indicó el Dr. Zacarías, y han de basarse en un enfoque multisectorial en el que los recursos nacionales desempeñen un papel fundamental. En segundo lugar, hay que reducir la excesiva centralización del Programa del SIDA, ya que la experiencia ha demostrado su falta de efectividad.

El RELATOR presenta el proyecto de resolución incluido en el Documento CD37/10:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/10 and ADD. I and II, on acquired immunodeficiency syndrome in the Americas, and taking into account the recommendations of the Meeting of Ministers of Health of the Ibero-American Countries, as well as Resolution WHA46.37 of the World Health Assembly;

Aware of the growing threat posed by the AIDS epidemic, infection with human immunodeficiency virus (HIV), and the increase in sexually-transmitted diseases (STDs) for health and the social and economic development of the Member States; and

Taking note of the imperative need to mobilize all sectors of society in the campaign against HIV/AIDS/STDs, as well as the need to achieve the best possible coordination of preventive actions at the regional and country level,

RESOLVES:

1. To call on the Member Governments to:
 - (a) Intensify national efforts to prevent HIV/AIDS/STDs and diminish the social and economic consequences thereof through the unification and

coordination of all actions being carried out for this purpose at the country level;

- (b) Promote the establishment of a national program for preventing and combating AIDS, which will bring together resources from the various sectors of society under the leadership of the ministry of health, in coordination with the government agencies and nongovernmental organizations involved in the effort to combat HIV/AIDS/STDs;
- (c) Draw upon the expertise of all relevant UN system and Inter-American system organizations in establishing a well-conducted intersectoral program to combat HIV/AIDS/STDs at the country level;
- (d) Implement, with appropriate financial and technical support from PAHO, specific country programs and activities designed to reduce the incidence of HIV infection among women and the newborn.

2. To support fully Resolution WHA46.37, adopted in May 1993, in which the Director-General of WHO is requested to study, in close consultation with all organizations and bodies concerned, the feasibility and practicability of establishing a joint and co-sponsored United Nations program on HIV/AIDS.

3. To recognize PAHO's scientific and technical leadership in the health field in the Region of the Americas.

4. To request the Director to:

- (a) Assist Member Governments in their efforts to establish strong intersectoral coordinating mechanisms on HIV/AIDS/STDs at the country level;
- (b) Request the Director to take the necessary steps to improve coordination to promote, bring together, and articulate the actions of the various agencies of the United Nations and the Inter-American systems in the Region of the Americas.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/10 y ADD. I y II sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en las Américas, que toma en cuenta las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Salud de los países iberoamericanos, y la Resolución WHA46.37 de la Asamblea Mundial de la Salud;

Consciente de la creciente amenaza que la epidemia de SIDA, la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el aumento de la ocurrencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan para la salud y el desarrollo social y económico de los Estados Miembros, y

Tomando nota de la imperiosa necesidad de movilizar a todos los sectores de la sociedad en la lucha contra el SIDA/VIH/ETS y la necesidad de lograr la mejor coordinación posible de las acciones preventivas a nivel regional y de país,

RESUELVE:

1. Exhortar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Intensifiquen los esfuerzos nacionales para prevenir el SIDA/VIH/ETS y disminuir sus consecuencias sociales y económicas mediante la unificación y coordinación de todas las acciones que con este fin se lleven a cabo a nivel de país;
 - b) Promuevan el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA que reúna los recursos de los diversos sectores de la sociedad bajo el liderazgo del ministerio de salud y en coordinación con los organismos gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales involucrados en el esfuerzo de lucha contra el SIDA/VIH/ETS;
 - c) Se apoyen en la competencia de todos los organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y de las organizaciones del Sistema Interamericano para instaurar un programa intersectorial bien coordinado con miras a combatir el SIDA/VIH/ETS a nivel de país;
 - d) Pongan en práctica, con el apoyo financiero y técnico apropiado de la OPS, programas y actividades nacionales específicos destinados a reducir la incidencia de la infección por el VIH entre las mujeres y los recién nacidos.
2. Apoyar plenamente la Resolución WHA46.37, adoptada en mayo de 1993, en la cual se solicita al Director General de la OMS que estudie, en consulta estrecha con todas las organizaciones y entidades interesadas, la viabilidad de establecer un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA.
3. Destacar el liderazgo científico-técnico de la OPS en materia de salud en la Región de las Américas.

4. Solicitar al Director que:
- a) Asista a los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos para establecer, a nivel de país, mecanismos sólidos de coordinación intersectorial para combatir el SIDA/VIH/ETS;
 - b) Tome las medidas necesarias para mejorar la coordinación con miras a promover, reunir y articular las acciones de los diversos organismos del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano en la Región de las Américas.

El RELATOR señala que, si se introduce la enmienda propuesta por el Representante de Trinidad y Tabago, el apartado (d) del párrafo 1 quedaría de la siguiente manera: "Pongan en práctica, con el apoyo financiero y técnico apropiado de la OPS, programas y actividades nacionales específicos destinados a reducir la incidencia de la infección por el VIH entre las mujeres y los recién nacidos".

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

*The session rose at 5:35 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:35 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/5
29 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Wednesday, 29 September 1993, at 9:00 a.m.
Miércoles, 29 de septiembre de 1993, a las 9:00 a.m.

<i>Chairman pro tempore:</i>	Mr. Edward Aiston	Canada
<i>Presidente pro tempore:</i>		
<i>Later:</i>	Hon. Ivy Dumont	Bahamas
<i>Después:</i>		
	Contents	
	Indice	

Item 5.3: Regional Plan of Action for Reduction in Maternal Mortality in the Americas
Tema 5.3: Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

*Contents (cont.)**Indice (cont.)*

- Item 3.3:** Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Chile, Cuba, and the United States of America
- Tema 3.3:** Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Cuba, Chile y los Estados Unidos de América
- Item 2.6:** Selection of One Member Government from the Region of the Americas to the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Essential Drugs
- Tema 2.6:** Selección de un Gobierno Miembro de la Región de las Américas para integrar el Comité Consultivo de Gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS
- Item 2.7:** Selection of One Member Government Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ)
- Tema 2.7:** Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)
- Item 5.4:** Establishment of the Regional Program on Bioethics in Chile
- Tema 5.4:** Establecimiento del Programa Regional de Bioética en Chile

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

ITEM 5.3: REGIONAL PLAN OF ACTION FOR REDUCTION IN MATERNAL MORTALITY IN THE AMERICAS
TEMA 5.3: PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS

The PRESIDENT *pro tempore* drew attention to Document CD37/11 and asked the Representative of the Executive Committee to report on the item.

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo se informó el análisis realizado para la formulación del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas reveló la profunda crisis económica y social y la concomitante inequidad que afectan a los habitantes de la Región. De los 197 millones de mujeres en las Américas, la gran mayoría corren un riesgo muy alto de enfermar y morir como consecuencia del proceso reproductivo.

Si bien la mayor parte de los países han cumplido con la meta de formular planes nacionales para reducir la mortalidad materna, no se han logrado muchos progresos, tanto por fallas del sector salud como por factores relacionados con la crisis económica. No obstante, se han hecho esfuerzos notables en el campo de la investigación. Por otra parte, tampoco se han desarrollado los modelos alternativos y complementarios de atención a la salud materna.

Durante el debate del Comité Ejecutivo sobre este tema, se identificaron diversos factores que obstaculizan el Plan: falta de compromiso político, escasez de datos confiables y comparables, y ausencia de coordinación intersectorial. Es urgente mejorar esta situación y, además, intensificar la búsqueda de recursos nacionales e internacionales con miras a ejecutar acciones de salud en beneficio de la mujer.

En consecuencia, el Comité Ejecutivo ha propuesto un proyecto de resolución para aprobación del Consejo Directivo, en el cual se insta a los Gobiernos Miembros a que definan y den prioridad a la política de atención integral de la salud de la mujer y la prevención de la morbilidad y mortalidad maternas; revisen y adecuen las metas, estrategias y las principales acciones destinadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas, y promuevan normas legales y políticas que comprometan recursos nacionales y movilicen recursos de cooperación internacional bilateral y multilateral para financiar el mejoramiento de los servicios de atención de la salud de la mujer y de la madre. Además, se pide al Director que, dentro de los recursos disponibles, apoye las actividades de prevención de la morbilidad y la mortalidad maternas que reclaman los mandatos colectivos de la Organización, en especial la movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales.

Ms. THOMPSON (Canada) stated that Canada strongly supported the proposed resolution on the subject and reaffirmed its urgency. To achieve the goal of 50% reduction in maternal mortality by the year 2000, priority must be given to a comprehensive health care program for women in all the Member States. The expansion

of prevention and health promotion programs was critical to achieving any significant improvement in reproductive and maternal health, as was shown by the role that improved nutrition during pregnancy played in improving birth outcome.

All the countries needed to commit resources and strengthen cooperation among subregions in order to improve the quality of prenatal care and delivery care in hospitals. They should also explore the feasibility of complementary care models, such as attended births in maternity homes and birth centers. A system for epidemiological surveillance of maternal deaths and the improvement of basic reproductive health statistics were particularly needed in order to monitor progress toward the goal and evaluate program outcome.

The Government of Canada had recently begun an initiative called "Brighter Futures," a long-term strategy to improve child and maternal health in those populations at greatest risk through the commitment of significant resources to prevention, promotion, and protection programs. The Member States should support expansion of community-based services and mobilization of communities to reduce the reproductive health risks of women. Participation of the target population in the design and development of programs and services was a key element of success.

Her delegation suggested that the proposed resolution should be amended by adding a new subparagraph between operative subparagraphs 1(a) and 1(b), reading as follows:

"Provide birth and mortality data as well as valid epidemiological data that are useful in the support of the decision-making process."

El Dr. CALDERON (Puerto Rico) dice que en 1935 la tasa de mortalidad materna en Puerto Rico fue de 49,1 por 10.000 nacidos vivos; para 1991 se había reducido a 2 por 10.000 y hubo un año en que bajó a 1,8. Desearía compartir con los presentes las tres estrategias fundamentales que se adoptaron para lograr esa disminución. En primer lugar, se estableció un programa de planificación familiar, se legalizó la enseñanza y el empleo de métodos anticonceptivos y se creó una División de Salud Familiar. Segundo, se implantó el seguimiento de todos los embarazos, incluso de las pacientes indigentes, en el nivel primario de atención de la salud. Tercero, las embarazadas de alto riesgo se identifican a tiempo en el nivel primario y se remiten a las clínicas pertinentes del Hospital Universitario de la Escuela de Medicina.

Con base en estas experiencias, Puerto Rico ofrece su respaldo a las iniciativas emprendidas para reducir la mortalidad materna en las Américas.

Dr. DUMONT (Bahamas) informed the Council that her country currently had an infant mortality rate of 20.1 per 1,000 live births, which was particularly unacceptable in view of the fact that high-quality tertiary care was available. She cited two major concerns related to provision of health care. First, since the country consisted of small islands, transportation from the main island, New Providence, to the Family Islands to provide care entailed a great financial burden. Second, health services were being provided to a sizeable population of illegal Haitian residents, estimated to make up about 22% of the country's quarter million population, which was a terrible drain on resources. The fact that some of that population did not come forward for early prenatal care might

contribute to the infant mortality rate mentioned above. Her government was committed to reducing infant mortality to under 15 per 1,000 live births within the next 2 to 3 years, which would require further commitment of scarce resources.

Besides the Haitian immigrants, some of whom had been granted permanent residence, Cubans on their way to Florida in the United States of America also stopped in the Bahamas for short stays. She would be interested in hearing from other countries which had had similar experiences with immigrant and transient populations how they had resolved such issues. Likewise, she requested that other countries share their experience and expertise in the reduction of infant mortality, a process that PAHO had indicated its willingness to facilitate.

El Dr. COSTA (Uruguay) destaca el papel que desempeña la OPS para reducir la mortalidad materna en la Región y desea mencionar algunas de las experiencias de su país en la materia.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ubicado en Montevideo, está a disposición de todos los países de las Américas. El Uruguay ha dado el paso de lo teórico a lo práctico en el sentido de llevar a cabo una reorganización de todos los programas de salud maternoinfantil. Las estadísticas muestran que ha tenido bastante éxito en estas actividades, tal vez favorecidas un poco por las características demográficas y las del propio país, en cuanto a la sensibilidad a los centros de atención. Un elemento de gran importancia ha sido la institucionalización obligatoria, por decreto, de todos los partos, por lo que todos son asistidos por médicos

obstetras. Quizá esta experiencia no sea fácil de lograr en toda América Latina, pero en el Uruguay ha permitido, sin lugar a dudas, reducir la mortalidad infantil.

El Dr. MONASTERIO (Bolivia) dice que el tema en discusión representa una gran preocupación para su país que, con una tasa de 48 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos, alcanza el límite más alto de mortalidad materna en las Américas. El porcentaje de cobertura del llamado "parto limpio" es muy bajo y, como no puede separarse la mortalidad materna de la mortalidad infantil, el binomio madre-niño sufre las consecuencias de la difícil situación socioeconómica y la baja cobertura. La mortalidad infantil en Bolivia es una de las más elevadas en la Región. Espera que, en el espíritu que anima a la OPS, haya entre su país y los demás un intercambio de experiencias y una cooperación que le ayude a vencer este flagelo.

Reconociendo la importancia de una decisión política que dé prioridad a la disminución de la mortalidad materna e infantil, el Gobierno de Bolivia ha creado recientemente el Ministerio de Desarrollo Humano, que efectuará acciones integrales en salud y educación con el fin de remediar los problemas mencionados. Además, el Ministerio de Previsión y Salud Pública coordinará sus actividades con las de otros sectores sociales y dará el apoyo y el poder necesario a la Dirección de Salud Maternoinfantil para que persiga enérgicamente la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Entre las nuevas estrategias planeadas, merecen mencionarse una mejor vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna con ayuda del Sistema Nacional de

Información establecido en 1991 y la creación de redes de informantes comunitarios que provean información extrainstitucional. El Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna se encuentra en proceso de elaboración y se ha proyectado también la conformación de comités de análisis, especialmente en el nivel comunitario para superar el subregistro. De conformidad con las recomendaciones de la Conferencia Andina sobre Maternidad sin Riesgos realizada recientemente en su país, se está organizando también un comité nacional.

A través de los convenios subregionales con otros países andinos, del Cono Sur y de la región amazónica, Bolivia continuará el importante intercambio de experiencias. En 1994 se realizará un censo demográfico que permitirá ajustar los registros con datos fidedignos. Mientras tanto, solicita a la OPS que prosiga su cooperación en la elaboración de planes nacionales para reducir la mortalidad materna y, a los países, un continuo intercambio de información.

The PRESIDENT, thanking the Representative of Bolivia, commented that practical experience at the country level was sometimes the best teacher.

La Dra. COEN (República Dominicana) dice que su país tiene una tasa de mortalidad materna de 90 por 100.000 nacidos vivos, cifra insegura debido al subregistro. De 3% a 7% de las embarazadas reciben atención prenatal, pero la calidad de dicha atención es pobre. El 70% tiene acceso al parto institucional. La mortalidad

infantil asciende a 43 por 1.000 y 42 % de estas defunciones ocurren durante las primeras cuatro semanas de vida.

Las principales causas de mortalidad materna son toxemia, hemorragias e infecciones, es decir, causas prevenibles. Se está tratando de proveer calcio y hierro a las embarazadas, puesto que gran porcentaje de ellas están desnutridas en el momento del parto.

La República Dominicana acaba de crear la Comisión Nacional para la Prevención de la Mortalidad Materna y varios comités intrahospitalarios y otro de análisis para lidiar con el problema de la mortalidad materna. Además, esperan llevar a cabo actividades de intercambio con otros países para ensayar nuevas estrategias con ese fin.

La Dra. MEJIA (Colombia) indica que en su país se realizó un diagnóstico nacional de la mortalidad materna para el período 1976-1990, como actividad preliminar a la elaboración del plan para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, el cual sigue los lineamientos técnicos propuestos por la OPS. En la implantación del plan se han revelado tanto puntos fuertes como debilidades. Entre los primeros cabe destacar: el compromiso de los niveles directivos del Ministerio de Salud en la formulación y divulgación de políticas dirigidas a mejorar la salud de la mujer y a reducir la mortalidad materna y perinatal; asignación de fondos del presupuesto nacional para capacitar al personal de salud en esta especialidad; organización de comités de vigilancia de la mortalidad materna; dotación de equipos y asesoramiento técnico a los niveles básicos de atención; divulgación del plan por todo el país; fortalecimiento del Programa de

Planificación Familiar; mejora de los sistemas de información; dotación de parteras a los municipios con alta prevalencia de tétanos neonatal; elaboración y distribución de protocolos para el estudio de la mortalidad materna y perinatal que servirá de base a investigaciones operativas y éstas, a su vez, a decisiones encaminadas a mejorar la salud de las madres y los niños.

En Bogotá se ha constituido un comité de expertos--con la participación del Ministerio de Salud, los sistemas de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Estadísticas y el Instituto Nacional de Salud--que analizará la problemática de la salud reproductiva y formulará propuestas para mejorar la salud de la población en edad reproductiva, madres gestantes y recién nacidos.

Por otra parte, se destacaron puntos débiles, entre los que figuran los siguientes: falta de motivación, concienciación y capacitación para mejorar la calidad de los registros de información sobre salud reproductiva y maternoinfantil; subregistro de la morbilidad y mortalidad por falta de información adecuada; desarrollo inadecuado de los sistemas locales de salud que redundan en mayores tasas de mortalidad materna e infantil, fecundidad global, y baja prevalencia de uso de anticonceptivos y necesidades básicas insatisfechas. Además, las instituciones de formación profesional no han incorporado en sus currículos una visión clara del problema de la mortalidad materna, su significado y las acciones necesarias para su reducción. Otro problema es la inestabilidad laboral que afecta a los recursos humanos responsables de las actividades de salud reproductiva.

Colombia pone a disposición de los presentes el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal.

Por último, sugiere que en el proyecto de resolución sobre el tema se mencione a los adolescentes, grupo de alto riesgo que aporta una buena cantidad de muertes maternas.

La Dra. MAURAS (Observadora de UNICEF) agradece la oportunidad de dirigirse por primera vez al Consejo Directivo, puesto que la OPS es uno de los organismos del sistema de las Naciones Unidas más comprometidos con los acuerdos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Este compromiso se refleja en el impulso dado a los programas nacionales de acción para la infancia y en el logro de algunas de las metas de la Cumbre, aun antes de los plazos establecidos para la Región. La Declaración y el Plan de Acción emanados de esa Cumbre representan el más alto grado de concertación jamás alcanzado en el mundo y en la historia a favor de la infancia y de la mujer. La reafirmación de las metas propuestas en diversas cumbres y conferencias internacionales evidencia, a su parecer, el creciente consenso de que el desarrollo del niño es el eje del desarrollo social sostenido.

En la Región de las Américas y el Caribe, el logro de las metas significará haber salvado de la muerte a casi 2.000.000 de niños y 90.000 madres; acabar con la desnutrición proteinoenergética de 4.000.000 de niños; promover la escolarización de 12.000.000 de niños y permitir que otros 32.000.000 terminen la escuela primaria.

Además, casi 100.000.000 de personas tendrán acceso a agua potable y 156.000.000, a un adecuado saneamiento ambiental.

Todo ello implica que para 1995--es decir, muy pronto--, tendrá que haberse eliminado el tétanos neonatal; reducido la mortalidad por sarampión en 5% y la morbilidad en 10%; certificado la erradicación de la poliomielitis; aumentado la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones a 80%, con ayuda de los organismos no gubernamentales que siempre han cooperado con los países de la Región. También se espera haber reducido la mortalidad materna en 25% y expandido notablemente la información y el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, además de aumentar el uso de la rehidratación oral al 80% en casos de diarrea y reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en 20% en relación con 1990.

Otros objetivos para 1995 son: haber implantado en todos los países de la Región la iniciativa del Hospital Amigo de los Niños y de las Madres en apoyo de la lactancia materna; reducido en 15% la desnutrición proteinoenergética para lograr un 50% de reducción en el año 2000; disminuido la prevalencia del bajo peso al nacer a menos de 10%; establecido la yodación universal de la sal y haber virtualmente eliminado la deficiencia de vitamina A. En educación básica, se espera aumentar de 50 a 80% la proporción de niños que saben leer al finalizar el cuarto grado; en agua y saneamiento, la meta es reducir en una cuarta parte la brecha entre los niveles de 1990

y el acceso universal al agua potable en el año 2000, y en cuanto a saneamiento, reducir esa brecha en una décima parte.

La conquista de dichas metas requiere no solo tecnología, sino también dinamizar los procesos sociales y políticos que permitan otorgarles prioridad real y no solo declarativa. Para ello, se cuenta con la Convención de los Derechos del Niño y la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer, que constituyen el marco jurídico y ético para garantizar el compromiso de toda la sociedad con la supervivencia y la protección del niño y de la mujer. También son de suma importancia las reformas del Estado y las revisiones presupuestarias en marcha en toda la Región, ya que los recursos utilizados en beneficio del niño y de la mujer son una inversión social en el desarrollo humano.

Destaca la oradora que la colaboración y mutua consulta entre la OPS y el UNICEF se ha expandido mucho, gracias a la existencia del Comité Coordinador Interagencial, asesorado por estos dos organismos así como por el FNUAP, el Banco Mundial, el BID y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). En la reunión del Comité de febrero de 1993, se identificaron las estrategias para lograr las metas intermedias de 1995 y los indicadores para su monitoría. En los países se están constituyendo comités interagenciales similares apoyados por los ministerios de salud, que cooperarán con los gobiernos y la sociedad civil en la conquista de estas metas.

Considera que las importantes experiencias expuestas durante la presente Reunión representan un valioso ejemplo de lo que es posible hacer para mejorar las

condiciones de vida del niño y de la mujer. La voluntad política y la concertación con la sociedad han permitido alcanzar victorias que parecían imposibles. En efecto, ya están en marcha en todo el mundo, más de 80 programas nacionales de acción para la infancia (o para la infancia, la juventud y la mujer) y 30 más están en proceso de formulación. La Convención de los Derechos del Niño es la que más rápidamente se ha ratificado en la historia de los derechos humanos: 139 países la han firmado. Se están formulando también planes y programas para la infancia a nivel de regiones, estados, provincias, departamentos y municipios. Los planes municipales permiten que las metas de la Cumbre adquieran sentido para las comunidades locales. Además, imparten legitimidad y eficacia a otros programas sociales de ejecución local con los cuales se vinculan y ofrecen la oportunidad de implementar modelos participativos que involucran a diversas organizaciones de la comunidad.

Sin embargo, la participación de la comunidad no puede desarrollarse sin el efectivo fortalecimiento institucional del propio gobierno municipal y de las representaciones locales de los ministerios centrales, como parte de un proceso de descentralización y de impulso a los esfuerzos por afianzar la democracia a nivel local y nacional. A fin de poder mejorar la capacidad de los municipios y de las comunidades de base para impulsar los planes nacionales de acción para la infancia, la juventud y la mujer, es necesario distribuir adecuadamente las funciones entre los órganos del poder local y los del poder central y proveer los recursos fiscales necesarios para administrar

las nuevas funciones, y el manejo autónomo por parte de los municipios de suficientes ingresos fiscales para la administración de los servicios.

Las políticas nacionales de fomento a las organizaciones de base constituyen otra área de importancia. Esto implica el desarrollo de mecanismos especiales que promuevan el fortalecimiento de las organizaciones ya existentes y su reconocimiento legal que las habilite para actuar ante agencias financieras y gubernamentales. La adecuación del aparato público central a estos cambios es también un área crítica en la medida en que los procesos de descentralización implican una redistribución del poder político. Estos procesos son vitales para llegar al objetivo de salud para todos en el año 2000.

Seguidamente la oradora dice que quiere referirse específicamente a la salud de la mujer y en particular a dos de las metas de la Cumbre: la reducción de la mortalidad materna a la mitad y el acceso universal de las familias y parejas a los servicios de planificación familiar. Destaca que durante 1993, aproximadamente 21.000 mujeres morirán por causas relacionadas con el parto, el puerperio y el embarazo en América Latina; en otras palabras, una morirá cada 25 minutos. En la Región, una de cada 140 mujeres corren el riesgo de morir durante su vida reproductiva debido a enfermedades asociadas con el proceso de ser madres. En 90% de los casos, las causas son conocidas y prevenibles con el conocimiento y la tecnología disponibles. Aun cuando la tasa de mortalidad materna (180 por 100.000 nacidos vivos) es la más baja de las regiones en desarrollo, esta razón es todavía 12 veces más alta, a pesar del subregistro, que el promedio en los países desarrollados (15 por 100.000 nacidos vivos). Este hecho es

mucho mayor que la que se observa en el caso de la mortalidad infantil, que es tres veces más alta que el promedio de los países desarrollados.

El conocimiento que existe es suficiente para llegar a las siguientes conclusiones:

1. La mortalidad materna es una causa principal de muerte de mujeres en edad reproductiva.

2. Las principales causas de mortalidad materna son: la ausencia de políticas y programas que den atención a la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida, incluso en la promoción del autocuidado; o la falta de medidas destinadas a eliminar las complicaciones del embarazo y del parto, y el embarazo no deseado que termina en un aborto ilegal.

3. La tecnología y el conocimiento necesario para prevenir estas causas de muerte son conocidas por décadas y son factibles de aplicar en todos los países de la Región.

Considera la oradora que es factible alcanzar la meta propuesta por la Cumbre en Favor de la Infancia para el año 2000, de disminuir a la mitad las altas tasas de mortalidad materna. Entre las estrategias de mayor importancia para conseguir este objetivo figura en primer lugar la información, la educación y la comunicación con el fin de que todas las mujeres y todos los hombres tengan acceso al conocimiento esencial de los posibles riesgos asociados con el embarazo y de las formas prácticas y culturalmente aceptables de evitar los embarazos no deseados. Esto implica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar.

En segundo lugar se destaca la estrategia de la movilización social con el objetivo de facilitar y estimular el compromiso de los gobiernos, las instituciones no gubernamentales, los medios de comunicación, las comunidades y las familias con un movimiento orientado, por una parte, a promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a la educación, al trabajo, a un salario justo, a la protección legal y al acceso a la toma de decisiones, por otra parte, a disminuir los riesgos de salud y de vida asociados con el embarazo en particular y con el mejoramiento de la salud y la nutrición de la mujer y de la niña en general.

La tercera estrategia implica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la atención pre y posnatal, de manera que todas las gestantes tengan acceso a cuidados básicos durante el embarazo y a la atención de parto por personal bien capacitado, así como al tratamiento de emergencia en caso de que se detecten complicaciones. En áreas donde el bocio es endémico, es esencial asegurar que la madre, la mujer y toda la familia ingiera la cantidad adecuada de yodo para evitar las muertes infantiles o que nazcan niños con daño cerebral irreversible, lo cual es factible mediante la yodación de la sal.

Todos saben que el impulso a estos objetivos y estrategias no es un ejercicio burocrático, vertical y tecnocrático, sino un proceso social y político en el que los y las que sufren el problema se convierten en actores en su solución. La práctica sistemática de un método que permita apreciar y analizar el problema, decidir acciones y actuar

consecuentemente conducirá al desarrollo de capacidades permanentes en los países y a un incremento del control que las familias tienen sobre las decisiones y los recursos.

La cooperación del UNICEF se realiza en el contexto del apoyo al *empowerment* de la mujer y al fortalecimiento de la familia, no solo en sus funciones productivas y reproductivas, sino también en sus funciones de afecto y de solidaridad entre sus miembros y entre las familias. Así definida, la familia se convierte en un instrumento esencial para la implementación efectiva de políticas intersectoriales orientadas a la supervivencia, al desarrollo y a la salud del niño y de la mujer. En una perspectiva más amplia, la familia se convierte en el instrumento para implementar la política social. En conclusión, aun cuando existen todavía formidables obstáculos para su alcance, todo indica que las metas de la Cumbre serán conquistadas por la inmensa mayoría de los países de la Región.

La oradora reitera el apoyo que el UNICEF viene prestando al desarrollo de esos procesos, a través de su colaboración con entidades de gobiernos nacionales y municipales, organismos no gubernamentales y organizaciones de base, así como con otras organizaciones internacionales. Finalmente, expresa su optimismo en la capacidad para transformar este esfuerzo en un movimiento social en favor de la infancia y de la mujer, cuya dimensión más poderosa es la solidaridad.

(Applause)
(Aplausos)

The PRESIDENT thanked Dr. Maurás and, on behalf of all the representatives to the Directing Council, expressed the desire to see continued close collaboration between PAHO and UNICEF.

He asked the Rapporteur to introduce the proposed resolution on the item.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Reaffirming, reiterating, and expanding on the concepts and mandates contained in Resolutions CD30.R8 (1984), CD31.R18 (1985), CD32.R9 (1987), and CD33.R13 (1988) on the subject of population, the reduction of maternal mortality, maternal and child health, family planning, and women, health, and development;

Aware of the progress that has been achieved by the countries in the implementation of actions aimed at the reduction of maternal mortality, as well as the level of financial resources that have been mobilized for that purpose by the countries; and

Endorsing the proposal contained in Document CD37/11 on the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, presented by the Director,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to:
 - (a) Define and give priority to a policy on comprehensive health care for women and the prevention of maternal morbidity and mortality;
 - (b) Review and appropriately adjust the goals, strategies, and principal actions to reduce maternal morbidity and mortality;
 - (c) Promote laws, regulations and policies that will commit national resources and mobilize bilateral or multilateral international cooperation for financing the improvement of health services for women, and mothers in particular.
2. To request that the Director, within the resources available, provide support for activities aimed at the prevention of maternal morbidity and mortality in fulfillment

of the collective mandates of the Organization, especially the mobilization of national and international technical and financial resources that will make it possible to execute the regional, subregional, and national activities proposed in the progress report on the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando, reiterando y ampliando los conceptos y mandatos de las Resoluciones CD30.R8 (1984), CD31.R18 (1985), CD32.R9 (1987) y CD33.R13 (1988), relacionados con asuntos de población, reducción de la mortalidad materna, salud maternoinfantil, planificación familiar, y mujer, salud y desarrollo;

Conociendo el grado de avance logrado por los países en la aplicación de las medidas para la reducción de la mortalidad materna, así como el nivel de movilización de recursos financieros para esa tarea hecha por los países; y

Haciendo suya la propuesta contenida en el Documento CD37/11 del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, presentada por el Director,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Definan y den prioridad a la política de atención integral de la salud de la mujer y prevención de la morbilidad y mortalidad maternas;
 - b) Revisen y adecuen las metas, las estrategias y las principales acciones encaminadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas;
 - c) Promuevan normas legales y políticas que comprometan recursos nacionales y movilicen recursos de cooperación internacional bilateral y multilateral para financiar el mejoramiento de los servicios de atención de la salud de la mujer y de la madre.

2. Pedir al Director que, dentro de los recursos disponibles, apoye las actividades de prevención de la morbilidad y mortalidad maternas que reclaman los mandatos colectivos de la Organización, en especial la movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que permitan la ejecución de las actividades regionales, subregionales y nacionales propuestas en el Informe de Avance del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.

Seguidamente, indica que se han propuesto dos enmiendas al proyecto de resolución. La primera, propuesta por la Representante del Canadá, sustituiría la parte resolutive 1.b) con la frase siguiente: "Proporcionen datos sobre la mortalidad y la natalidad, así como información epidemiológica válida que ayude en el proceso de adopción de decisiones". Antes de ponerla a la consideración del pleno, solicita a la autora de la enmienda que considere redactarla de la manera siguiente: "Promuevan la integración y análisis de los datos sobre natalidad y mortalidad materna, así como información epidemiológica válida y pertinente, que ayuden en el proceso de toma de decisiones".

Ms. THOMPSON (Canada) agreed to the change of wording in the amendment proposed by her Delegation.

The PRESIDENT declared that, there being no objection, the amendment proposed by Canada was accepted. He asked the Rapporteur to read the amendment proposed by Colombia.

El RELATOR dice que la segunda enmienda, propuesta por la Representante de Colombia, introduciría como tercer párrafo del preámbulo la frase siguiente: "Reconociendo además que los adolescentes son un grupo altamente vulnerable en relación con las muertes maternas y perinatales, y". El presente párrafo tercero pasaría a ser el cuarto.

El Dr. CHAVEZ (México) dice que sería conveniente mencionar que los adolescentes, como sujetos en maternidad, pueden ser más susceptibles de problemas no relacionados.

El RELATOR propone la siguiente redacción: "Reconociendo además que los adolescentes son un grupo altamente vulnerable a los riesgos para las muertes maternas y perinatales".

La Dra. MEJIA (Colombia) pide que se lea la parte dispositiva del proyecto de resolución, de manera que se entienda el sentido de la modificación del preámbulo.

El RELATOR dice que la parte dispositiva añadida correspondería al párrafo 1.d) y diría lo siguiente: "Impulsen programas concretos con adolescentes dirigidos a la prevención de la mortalidad materna;"

La Dra. MEJIA (Colombia) dice que está de acuerdo con la redacción.

El Dr. CHAVEZ (México) también está de acuerdo con la redacción.

The PRESIDENT said that, there being no other comments, the amendment would be considered accepted. The Council could now consider the proposed resolution as amended in its entirety.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted unanimously.

Décisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

*The session was suspended at 10:15 a.m. and resumed at 11:00 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:15 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.*

*Dr. Ivy L. Dumont (Bahamas) took the Chair
La Dra. Ivy L. Dumont (Bahamas) pasa a ocupar la Presidencia*

The PRESIDENT *pro tempore* said that before the Council took up Item 3.3, the Director wished to make an announcement.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) said that he was pleased to inform the Council that the Secretariat had received from the Government of Haiti, through its Ambassador in the United States, an acceptable commitment and plan for paying the accumulated arrears in its contributions to the Organization. Accordingly, the voting rights of Haiti were being restored immediately.

ITEM 3.3: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE EXPIRATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF CHILE, CUBA, AND THE UNITED STATES OF AMERICA
TEMA 3.3: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO LOS MANDATOS DE CUBA, CHILE Y LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

The PRESIDENT called attention to Document CD37/6 and asked the Secretary to review the procedural rules applicable to the election.

The SECRETARY drew attention to Article 15.A of the PAHO Constitution on the Composition of the Executive Committee, noting in particular that three Member Governments were to be elected to it every three years under a rotational system. Under the Directing Council's Rules of Procedure, the election was to be by secret ballot, and in order to be elected, a Government had to receive a majority of the votes of the Governments present and voting. The expression "Governments present and voting" referred to Governments casting a valid affirmative or negative vote, which in the election of members to the Executive Committee meant voting for three or fewer eligible Member Governments.

The PRESIDENT, in accordance with Rule 48 of the Rules of Procedure, invited the Representative of Saint Lucia, Mr. Percival McDonald, and the Representative of Venezuela, Ms. Cecilia María Matos, to serve as tellers. She then opened the floor for nominations.

El Dr. PICO (Argentina) propone las candidaturas de Bolivia y Uruguay.

Mr. CAMPOS (Belize) nominated Canada to fill one of the vacancies on the Committee.

The PRESIDENT declared the nominations closed and invited the Secretary to distribute the ballots and call the roll so that the Representatives could deposit their ballots.

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

*Number of ballots cast: 34
Número de boletas depositadas: 34*

*Number of invalid ballots: 0
Número de boletas inválidas: 0*

*Number of valid ballots: 34
Número de boletas válidas: 34*

*Required majority: 18
Mayoría necesaria: 18*

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

*Bolivia: 32
Canada: 28
Guatemala: 1
Nicaragua: 1
Uruguay: 31*

Decision: Having obtained the required majority, Bolivia, Canada, and Uruguay were elected members of the Executive Committee for a three-year term.

Decisión: Al haber obtenido la mayoría necesaria, Bolivia, Canadá y Uruguay quedan elegidos miembros del Comité Ejecutivo por un mandato de tres años.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to introduce the proposed resolution formalizing the decision of the Directing Council.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

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

Considering that the Governments of Bolivia, Canada, and Uruguay were elected to serve on the Executive Committee upon the expiration of the terms of office of Chile, Cuba, and the United States of America,

RESOLVES:

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

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente las disposiciones de los Artículos 9.B y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Sa'ud, y

Considerando que los Gobiernos de Bolivia, Canadá y Uruguay fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo al haber llegado a su término el mandato de Cuba, Chile y los Estados Unidos de América,

RESUELVE:

1. Declarar electos a los Gobiernos de Bolivia, Canadá y Uruguay para integrar el Comité Ejecutivo durante un período de tres años.
2. Agradecer a los Gobiernos de Cuba, Chile y los Estados Unidos de América por los servicios prestados a la Organización por sus representantes en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT congratulated Bolivia, Canada, and Uruguay on their election. She also thanked the outgoing members of the Executive Committee--Chile, Cuba, and the United States of America--for their valuable contributions during their term of office.

El Dr. MONASTERIO (Bolivia) agradece, en nombre del Gobierno de su país, la oportunidad de formar parte del Comité Ejecutivo tras una ausencia que se prolongó 15 años. Considera que esta reincorporación constituye un acontecimiento histórico, pues Bolivia está imbuida de un espíritu americanista de cooperación, coordinación y solidaridad con todos los países de la Región que le permitirá contribuir al trabajo de la Organización en beneficio de todos sus miembros.

Mr. AISTON (Canada) thanked the members of the Directing Council for reposing their confidence in Canada, and pledged that his Government would do its best to represent the interests of the Council's membership and the interests of the Organization as a whole in the important deliberations of the Executive Committee.

El Dr. COSTA (Uruguay) agradece la designación de que fue objeto el Gobierno de su país y reitera que su Delegación está dispuesta a brindar toda su cooperación para que la OPS desarrolle sus importantes actividades.

- ITEM 2.6: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT FROM THE REGION OF THE AMERICAS TO THE MANAGEMENT ADVISORY COMMITTEE OF THE WHO ACTION PROGRAM ON ESSENTIAL DRUGS
- TEMA 2.6: SELECCION DE UN GOBIERNO MIEMBRO DE LA REGION DE LAS AMERICAS PARA INTEGRAR EL COMITE CONSULTIVO DE GESTION DEL PROGRAMA DE ACCION SOBRE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS

The PRESIDENT drew attention to Documento CD37/3 and asked the Secretary to present the item.

The SECRETARY explained that the Management Advisory Committee was responsible for advising WHO on the management and policy issues encountered in the administration of the WHO Action Program on Essential Drugs. The Regional Committee was entitled to select two members for terms of three years each. Argentina was currently serving and its term would extend through the end of 1994. The term of Ecuador, however, would end in December 1993. Accordingly, the Directing Council needed to select one Member Government for a term of three years, beginning in January 1994.

The PRESIDENT said that by prior agreement Mexico had been nominated.

Decision: Mexico was selected to be a member of the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Essential Drugs for a period of three years.

Decisión: México es seleccionado por un período de tres años para integrar el Comité Consultivo de Gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

El Dr. CHAVEZ (México) agradece, en nombre de su país y de su Gobierno, la oportunidad que se les brinda de trabajar en una esfera de particular interés para la atención de salud de los pueblos de las Américas. Se compromete a trabajar con ahínco para mejorar la calidad de los medicamentos esenciales de la OMS y abaratar su costo.

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

TEMA 2.7: SELECCION DE UN GOBIERNO MIEMBRO FACULTADO PARA DESIGNAR UN REPRESENTANTE PARA INTEGRAR EL CONSEJO DE COORDINACION INTERNACIONAL DEL INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ)

The PRESIDENT called attention to Document CD37/4 and asked the Secretary to present the item.

The SECRETARY explained that the International Coordination Council had been established by PAHO the previous year to advise on the policies and strategies of INPPAZ. The Council consisted of two representatives designated by Argentina, two designated by the Director of PAHO, and three members selected on a rotational basis by the Directing Council to serve three-year terms. The terms of the United States of America and Brazil, which were currently serving, would extend through 1994 and 1995, respectively. Uruguay's term would expire in December 1993, so the Directing Council

needed to select one Member Government to serve a three-year term, commencing in January 1994.

The PRESIDENT said that a prior consensus had been reached to nominate Guyana.

Decision: Guyana was selected to designate a representative to serve a three-year term on the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses.

Decisión: Guyana es seleccionado para designar un representante para integrar, por un período de tres años, el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis.

Ms. TEIXERA (Guyana) thanked the Council for selecting her Government to designate a representative to the INPPAZ International Coordination Council and assured the members that her country would do its best to serve effectively during its term of office.

ITEM 5.4: ESTABLISHMENT OF THE REGIONAL PROGRAM ON
BIOETHICS IN CHILE
TEMA 5.4: ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA REGIONAL DE
BIOETICA EN CHILE

The PRESIDENT drew attention to Document CD37/12 and invited the representative of the Executive Committee to report on the item.

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo el Representante del Subcomité de Planificación y Programación informó que nadie se opuso a que la OPS se comprometiera en materia de

bioética cuando en el Subcomité se propuso crear un instituto de bioética bajo la égida de la OPS y en asociación con la Universidad de Chile. Sin embargo, los representantes de algunos Gobiernos expresaron su preocupación por aspectos financieros relacionados con la creación del instituto y varios representantes de países de habla inglesa del Caribe manifestaron que podría resultar poco accesible para dichos países. En consecuencia, la propuesta inicial de crear un instituto panamericano de bioética se dejó de lado y se eligió otra opción, consistente en desarrollar un Programa Regional de Bioética con una estructura administrativa mucho más sencilla.

La Secretaría explicó que la propuesta de crear dicho Programa se inició como consecuencia de una preocupación por los problemas éticos planteados por los progresos de la biomedicina y por sus repercusiones en la medicina clínica y científica, especialmente en relación con los transplantes, la reproducción y la muerte, ampliándose luego a problemas conexos de naturaleza política, social, económica o jurídica.

El Representante de Chile manifestó su satisfacción por el hecho de que se hubiera decidido recomendar al Comité Ejecutivo la aprobación del Programa Regional de Bioética y el Director anunció que, con sujeción a la decisión final del Consejo, el Presidente de la República de Chile había fijado como fecha para la inauguración oficial del Programa el 13 de enero de 1994.

Por último, el Dr. Zavala se refiere a la Resolución VII del Comité Ejecutivo, en la que se recomienda al Consejo Directivo que apruebe el Programa Regional de Bioética bajo la forma de un programa técnico de la OPS/OMS, dependiente de la Oficina del

Director/Director Adjunto, con sede en Santiago, Chile, en asociación con la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud de ese país.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) said that he had no additional information to provide about the proposed Regional Program on Bioethics but that both he and Mr. Hernán Fuenzalida (PAHO), who had been primarily responsible for developing the proposal, were willing to answer any questions the Council members might have.

El Dr. MONTT (Chile) agradece en nombre de su Gobierno el apoyo al Programa Regional de Bioética, una iniciativa impulsada primero por el Dr. Guerra de Macedo y después por el Lic. Hernán Fuenzalida en la OPS y por el Dr. ^{Lavados} Nevados, Rector de la Universidad de Chile, que contó con el decidido apoyo del Presidente de la República, Dr. Patricio Aylwin. ✓

No es frecuente participar en acontecimientos generadores de historia. Las fronteras artificiales que separaban las distintas profesiones en los diferentes países y culturas se van desplomando y ahora se atiende casi sin barreras al pleno desarrollo de cada ser humano. Los hombres, aunque falibles por no ser dioses, utilizan hoy su discernimiento y su responsabilidad para trabajar en aras del bien común. El nuevo humanismo en gestación se manifiesta sobre todo en el campo de la bioética, a la que guían principios de libertad, justicia, amistad y solidaridad. Esto es así porque si bien la valoración ética está presente en todas las disciplinas, en el ámbito de la medicina tiene una importancia fundamental. En efecto, se puede cuestionar la actuación profesional de un periodista, un abogado o un político sin afectar más que a su reputación, pero no

es posible cuestionar la conducta de un médico sin lesionar a la vez valores trascendentes para la sociedad.

Las puertas de Chile estarán siempre abiertas para quienes quieran participar en esta gran empresa y beneficiarse con ella. Además, todos los presentes quedan cordialmente invitados a asistir a la ceremonia de inauguración del Programa, que se llevará a cabo el jueves 13 de enero de 1994.

The PRESIDENT thanked the Representative of Chile for his kind invitation to attend the inauguration of the Regional Program on Bioethics in January 1994. She was certain that many members of PAHO would be present at that ceremony.

Mr. WALKER (Barbados) said he did not wish to propose any modification of the resolution; rather, on behalf of the Caribbean countries, he wanted to elaborate on the statement appearing on page 99 of *Official Document 257*, which said, "Another concern, expressed by representatives from some Caribbean countries, was that the institute be accessible to the English-speaking countries." Specifically, the Caribbean countries were interested in seeing a mechanism put in place to ensure that the Caribbean community could benefit from not only the services of the bioethics program but also the training activities offered and the research information and documentation produced by the program.

La Dra. ARDILA (Colombia) efectúa algunas observaciones de carácter general sobre el Documento CD37/12 que se examina. En el punto 1.2: Temas bioéticos específicos de la página 6, es necesario destacar la importancia de la cuestión para la

comunidad y cuáles son los beneficios que ésta obtendrá de la bioética, un instrumento que debe servir para democratizar la sociedad y las relaciones entre el Estado y los ciudadanos y para generar un mayor grado de conciencia y responsabilidad colectivas. En la página 8 se dice que "La OPS/OMS puede asegurar la neutralidad política"; también habría que destacar que una entidad de su prestigio tiene el poder y los medios para ejercer su autoridad y facilitar consensos y soluciones democráticas. Y que así debe proceder. Por último, en la página 14 se señala el carácter de "enclave internacional" de la bioética. En cambio, este programa se debe definir desde un principio como organismo de referencia de tipo intelectual y educativo que persigue el propósito de orientar conductas en situaciones difíciles que puedan traer aparejadas consecuencias distintas.

El Dr. CALDERON (Puerto Rico) expresa el total respaldo de Puerto Rico al Programa Regional de Bioética, que ha de ejercer beneficiosa influencia en la macrodistribución de recursos y, sobre todo, en su microdistribución en áreas como las hospitalarias. También es preciso lograr consenso sobre la definición de muerte o de estado puramente vegetativo, especialmente cuando los problemas se plantean en medios de muy escasos recursos. Habida cuenta de que Puerto Rico es un país bilingüe, ofrece sus servicios como instrumento técnico idóneo para armonizar estas y otras inquietudes en el Caribe.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) said he wished to assure the Representative of Barbados and all the Governments, institutions, and peoples of the

Caribbean, particularly the English-speaking Caribbean, that the Organization was fully aware that the new Program on Bioethics should serve all the Governments on the same basis. The Organization also recognized that the Caribbean countries had very good experience in the development of social policies, especially in the field of health, and it believed that that experience could be very useful in the development of activities in the area of bioethics. In order to ensure that the new program adequately met the needs of the Caribbean, representatives from the Caribbean would be asked to serve on the International Scientific and Technical Council, which would set the Program's principal orientations, monitor its activities, and evaluate its performance. Thus, the people and Governments of the Caribbean could be reasonably sure that their needs in the field of bioethics would be given the same consideration as those of the other countries of the Region.

Continuando en español, señala que, con respecto a las observaciones formuladas por la Representante de Colombia, que el propósito fundamental de la ética en general y de la bioética en particular es, efectivamente, servir a los individuos, a las familias y a las comunidades. Aunque esto se puede decir más explícitamente, está seguro de que es la idea rectora que ha guiado la redacción del documento en examen.

La neutralidad política de la Organización debe descontarse y es, además, un mandato de la Constitución. Sin embargo, esa neutralidad no significa imposibilidad de analizar políticas desde el punto de vista de sus consecuencias en el ámbito de la ética o en el bienestar o de la salud de los pueblos.

Por último, en cuanto a las observaciones relativas a la página 14, coincide en la necesidad de respetar los valores y los patrones culturales de las distintas sociedades.

The PRESIDENT thanked the Director for his remarks and for his sensitivity to the expressed and implied concerns.

La Dra. MEJIA (Colombia) deja constancia de que su Delegación celebra el establecimiento del Programa Regional de Bioética en Chile y de que no formula observación alguna al texto del proyecto de resolución distribuido oportunamente. Pretendió tan solo hacer algunos comentarios para ampliar un poco el alcance del documento en examen. De todas maneras, con respecto a las observaciones formuladas por la Dra. Ardila en relación con la página 14, dice que allí se habla de un "enclave internacional" y que sería más conveniente definir al Programa como organismo de referencia de carácter intelectual, educativo y de agilización de situaciones.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to introduce the proposed resolution.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Executive Committee regarding the establishment of a Regional Program on Bioethics (BioEtica/BioEthics) and Document CD37/12 presented by the Director; and

Taking into account the commitment of the President of Chile, the University of Chile, and the Ministry of Health of Chile to host and contribute to the establishment and operation of the Regional Program on Bioethics as a decentralized PAHO/WHO Program in Chile,

RESOLVES:

1. To approve the Regional Program on Bioethics as a PAHO/WHO technical program, attached to the Office of the Director/Deputy Director, with headquarters in Santiago, Chile, in association with the University of Chile and the Ministry of Health of Chile.
2. To urge Member States to participate, through voluntary contributions, in the activities of the Regional Program and in the creation and strengthening of national capabilities in the field of bioethics in both the private and public sectors.
3. To request the Director:
 - (a) To thank, on behalf of the Organization, His Excellency the President of the Republic of Chile, the Minister of Health of Chile, and the President of the University of Chile, for their interest in and support for the establishment of the Regional Program in Chile;
 - (b) To promote the mobilization of extrabudgetary resources to support and expand the Regional Program;
 - (c) To carry out an evaluation of the work accomplished by the Regional Program after five years of operation, including its impact on the development of bioethics in the Region and the significance of its contribution to the health of the peoples of the Americas, and to report the findings to the Executive Committee in the year 2000.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Comité Ejecutivo en lo referente al establecimiento del Programa Regional de Bioética (BioÉtica) y el Documento CD37/12 presentado por el Director, y

Teniendo en consideración el compromiso contraído por el Presidente de Chile, por la Universidad de Chile y por el Ministerio de Salud de Chile en cuanto a servir de sede y contribuir al establecimiento y funcionamiento del Programa Regional de Bioética bajo la forma de un programa descentralizado de la OPS/OMS en Chile,

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa Regional de Bioética bajo la forma de un programa técnico de la OPS/OMS, dependiente de la Oficina del Director/Director Adjunto, con sede en Santiago, Chile, en asociación con la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud de Chile.

2. Instar a los Estados Miembros a que participen, mediante contribuciones voluntarias, en las actividades del Programa Regional de Bioética y en el establecimiento y fortalecimiento de las capacidades nacionales en el campo de la bioética en los sectores tanto público como privado.

3. Solicitar al Director que:

- a) Agradezca, en nombre de la Organización, a su Excelencia el Presidente de la República de Chile, al Señor Ministro de Salud de Chile y al Señor Rector de la Universidad de Chile, el interés que han manifestado y el apoyo brindado al establecimiento del Programa Regional de Bioética en Chile;
- b) Promueva la movilización de fondos extrapresupuestarios destinados a respaldar y ampliar el Programa Regional de Bioética;
- c) Cuando hayan transcurrido cinco años de funcionamiento del Programa Regional de Bioética, lleve a cabo una evaluación de las actividades realizadas, en especial de los efectos del Programa sobre el avance de la bioética en la Región y de la importancia de su contribución a la salud de los pueblos de las Américas, y que comunique sus resultados al Comité Ejecutivo en el año 2000.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

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

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting



Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/6
29 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

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

Wednesday, 29 September 1993, at 2:30 p.m.
Miércoles, 29 de septiembre de 1993, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Contents
Indice

Second Report of the General Committee
Segundo informe de la Comisión General

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: *This summary record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Representatives are requested to notify Document Services (Room 207), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.*

Contents (cont.)

Indice (cont.)

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

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1992

Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1992

Item 5.5: Workers' Health

Tema 5.5: Salud de los trabajadores

Item 5.6: Regional Plan of Investment in Environment and Health

Tema 5.6: Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud

Item 5.7: Financial Study of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) and Report on Budgetary Discussions

Tema 5.7: Estudio financiero del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) e informe sobre la discusión del presupuesto

Item 4.2: Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1993

Tema 4.2: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1993

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

**SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
SEGUNDO INFORME DE LA COMISION GENERAL**

El SECRETARIO comunica que la Comisión General, bajo la dirección de su Presidente y con la participación de los dos Vicepresidentes, el Relator y los Representantes de la Argentina, Cuba y los Estados Unidos de América celebró su segunda reunión el miércoles 29 de septiembre de 1993. La Comisión acordó reagrupar los temas pendientes de conformidad con los programas de sesiones (*Documento WP/1 Rev. 1*), a fin de poder concluir la reunión el viernes por la mañana, y acordó también que se concediera a los representantes tiempo suficiente para considerar los proyectos de resolución con enmiendas sustanciales.

El PRESIDENTE señala que el propósito es terminar la reunión el viernes a mediodía, a fin de que el Comité Ejecutivo pueda reunirse esa misma tarde. Por consiguiente, tal vez se prolongue la reunión del jueves hasta aproximadamente las 7:00 p.m.

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

Item 3.2: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1992
Tema 3.2: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1992

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/2)

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (*Official Document 256*) on the activities of PAHO during 1992; and

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

RESOLVES:

1. To take note of the Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau for 1992.
2. To thank the Director for his leadership and support to the Member Governments in the technical cooperation activities carried out by PAHO during 1992.

LA XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (*Documento Oficial 256*) sobre las actividades de la OPS durante 1992, y

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

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1992.
2. Agradecer al Director por el liderazgo y apoyo brindado a los Gobiernos Miembros en las actividades de cooperación técnica realizadas por la OPS durante 1992.

Decision: The proposed resolution was adopted
Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución

ITEM 5.5: WORKERS' HEALTH
TEMA 5.5: SALUD DE LOS TRABAJADORES

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) señala que la importancia del tema se debe a la elevada mortalidad, la alta incidencia de discapacidades y la disminución de la productividad asociadas con las enfermedades laborales. En América Latina y el Caribe se estima que el número de accidentes de trabajo que causan discapacidad asciende a cinco millones y es probable que esa cifra sea una subestimación. Además, las enfermedades laborales incrementan notablemente los costos de la asistencia médica de los países y disminuyen sustancialmente la productividad y los años de vida laboral. Por otra parte, la baja cobertura de la atención médica curativa y, especialmente, de la preventiva, unida a la escasez de personal capacitado, obstaculiza la aplicación de un encuadramiento legal. Los planes nacionales de salud de los trabajadores procuran encontrar soluciones para afrontar esos problemas en medio de la actual situación económica internacional.

Durante el debate en el Comité Ejecutivo se observó que para analizar deficiencias y orientar la asignación de los limitados recursos disponibles a nivel nacional, subregional y regional, era preciso establecer un orden de prioridades. El Comité aprobó la Resolución XVII, en la que recomienda al Consejo Directivo que inste a los Gobiernos Miembros a que implementen o continúen desarrollando planes nacionales de salud de los trabajadores y den prioridad a la movilización de los recursos que se requieren para su ejecución, y que pida al Director que, de acuerdo con la disponibilidad de recursos

de la Organización, continúe cooperando con los gobiernos en la implementación y desarrollo de dichos planes nacionales.

Dr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago) said that his country had not yet been able to develop a vibrant health and safety program for its workers even though its economic stability and viability depended on the establishment and growth of such heavy industries as oil and gas, in which the preservation and the protection of workers' health were critical. His Government wished to improve its situation in that regard and would inevitably turn to PAHO for technical support and guidance.

The proposed resolution contained in Document CD37/13 could better assist his own Government and other Governments if it were more specific in identifying the resources to be mobilized in that area. His Delegation therefore suggested that the two operative paragraphs be expanded to read as follows:

"1. To urge the Member Governments to implement or continue developing national workers' health plans and to give priority to mobilizing the resources for the development and drafting of appropriate legislation for manpower training, epidemiological surveys, the establishment of laboratory and other analytical facilities, and the promotion of intersectoral coordination as required for the execution of those plans.

"2. To ask the Director, in accordance with the availability of resources from the Organization to continue to cooperate with the Governments in the implementation and

development of those national plans and to assist countries in the mobilization of the financial and technical resources required to support the execution of the national plans."

El PRESIDENTE pide al Representante de Trinidad y Tabago que presente por escrito a la Secretaría sus enmiendas, a fin de que puedan ser analizadas detenidamente por los representantes de los países.

Mr. WALKER (Barbados) said that, in addition to their toll in human suffering, occupational diseases were expensive to treat and often caused disabilities resulting in the loss of many years of working life. It was therefore important to pay greater attention to those diseases, many of which could be avoided by prevention and early health interventions in the working environment.

His country had enacted legislation that, although limited in scope, made provision for the general safety of workers and regulated environmental conditions in the workplace. However, legislation was not effective if such measures as medical and environmental monitoring and factory inspection were inadequate. There was a need to focus attention on the formulation of national workers' health programs, which would involve increased collaboration between the ministries of health, labor, and the environment and coordinated action between employers, labor, and the public sector.

His Delegation supported the proposed resolution and endorsed the amendment put forward by the Delegation of Trinidad and Tobago.

La Sra. MORENO (Puerto Rico) informa de que en su país se está creando una residencia médica en salud ocupacional y rehabilitación, en la que se da especial importancia a la patología y clínica de trabajo, y a tal efecto se han celebrado reuniones con diversos profesionales de la Organización. También se realizan otras actividades educativas relacionadas con la salud de los trabajadores, como la creación de una maestría en ingeniería industrial, y la capacitación básica de los diferentes profesionales de la salud, que incluye cursos breves y módulos especiales de educación permanente en las diversas esferas de la salud ocupacional. Las actividades existentes en Puerto Rico cumplen las normas de los organismos competentes y la orientación y capacitación están a la disposición de los países de América Latina y el Caribe que lo soliciten.

El PRESIDENTE, como Representante de Chile, dice que en la resolución final debería incorporarse alguna recomendación de que se legisle específicamente sobre la salud de los trabajadores y los seguros consiguientes. En Chile hay una ley vigente desde 1978 sin grandes modificaciones, relacionada con el seguro social en caso de accidentes de trabajo.

Como Presidente, aclara que la aprobación de la resolución quedará pendiente hasta que se analicen las enmiendas sugeridas.

ITEM 5.6: REGIONAL PLAN OF INVESTMENT IN ENVIRONMENT AND HEALTH

ITEM 5.6: PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) recuerda que el Consejo Directivo, en su XXXVI reunión en 1992, aprobó el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud como marco para las inversiones pertinentes que han de realizarse en la región en los próximos doce años. La Secretaría se ha dado cuenta de que, para entender la forma de aplicación del Plan, es importante conocer la vinculación entre los procesos de inversión en ambiente y salud y los procesos nacionales de reforma o reorganización sectorial en esas esferas. Hace falta también articular mejor la cooperación de la Organización con los procesos de inversión nacional e internacional en el campo del ambiente y la salud.

La OPS asiste al proceso de aplicación del Plan en cada país para que las inversiones en ambiente y salud sean más integradas y racionales. Con ese propósito se constituyó el Fondo Multilateral para el Desarrollo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud, que presta una cooperación directa a los países y fortalece los equipos nacionales que trabajan en la elaboración de planes, programas y proyectos de inversión.

En el Comité Ejecutivo se anunció que, en cumplimiento de lo dispuesto por el Consejo Directivo, la OPS había presentado a la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Salvador, Bahía, un informe sobre el Plan, en el que se hacía especial referencia a las Cumbres anteriores. El representante de México anunció entonces la decisión de su Gobierno de contribuir al Fondo con \$700.000 a partir

de 1994 y varios oradores destacaron la importancia del Plan Regional. En su Resolución IX el Comité recomienda al Consejo Directivo entre otras cosas, que pida a los Gobiernos Miembros que intensifiquen sus acciones tendientes a fortalecer las capacidades nacionales de planificar y realizar inversiones en ambiente y salud, que utilicen el PIAS como uno de los marcos fundamentales para orientar la cooperación técnica y financiera, multilateral y bilateral, en la Región, y que tomen las medidas conducentes a participar en el fondo de Preinversión en Ambiente y Salud.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director), lamentando la ausencia del Secretario Ejecutivo del Plan, suministra información adicional. Ante todo se refiere a la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Salvador, Bahía, los días 15 y 16 de julio, en cuyo programa se incluyó específicamente el tema del Plan Regional de Inversiones. Los participantes manifestaron su satisfacción por los adelantos realizados en la ejecución del Plan, teniendo en cuenta las resoluciones de las Cumbres de Guadalajara y de Madrid, afirmaron su apoyo al Plan y declararon su convicción de que la creación de un fondo multilateral de preinversiones con componentes específicos en cada país constituía un instrumento fundamental para el fomento de las inversiones en ambiente y salud, estimulando a los países miembros de la Conferencia a unirse a él. Además, solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud que continuara prestando apoyo a su ejecución e informara al respecto a la IV Cumbre prevista para julio de 1994 en Colombia, probablemente en Cartagena de las Indias. El hecho de que los Jefes de Estado y de Gobierno no sólo reiteraran su apoyo a la propuesta del Plan

sino que lo incluyeran anticipadamente en el programa de la próxima Cumbre debe destacarse.

El Dr. LOPEZ ACUÑA (OPS), continuando la exposición del Director, se refiere a otras actividades realizadas entre la reunión del Comité Ejecutivo y la del Consejo Directivo.

Además del respaldo obtenido en la III Cumbre Iberoamericana, se ha realizado un trabajo intenso en estrecha cooperación con la Comunidad del Caribe (CARICOM) a fin de que en la Conferencia de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países de la Comunidad del Caribe, celebrada en Bahamas durante la segunda semana de junio de 1993, se considerasen los elementos específicos del Plan en lo relativo a las actividades en el Caribe de habla inglesa. Los participantes apoyaron el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud e instaron a los países miembros de la Comunidad del Caribe a participar plenamente en él, contribuyendo al Fondo de Preinversión, aplicando estrategias para promover una asignación más eficaz de los recursos de inversión y analizando las posibilidades de cada país de mantener y aumentar los recursos financieros destinados a las inversiones en ambiente y salud.

A continuación analiza los aspectos que se recogen en el Documento CD37/14, ADD. II, pasando revista a los procesos de implementación en los países de América Latina y el Caribe y el desarrollo institucional para el fomento de inversiones en ambiente y salud, a la construcción de una alianza estratégica para la implementación del PIAS con las principales instituciones multilaterales y bilaterales de cooperación técnica

y financiera, al análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud en América Latina y el Caribe, a la constitución del Fondo para el Desarrollo de Actividades de Preinversión, (agregando que España, como parte de sus compromisos y del apoyo prometido en la II y la III Cumbres Iberoamericanas, ha hecho una aportación al mecanismo central del Fondo de Actividades de Preinversión en Ambiente y Salud de aproximadamente 75 millones de pesetas, que podrá complementar las actividades de preinversión que se vienen desarrollando en los mecanismos locales que se están negociando), y al desarrollo metodológico y ejecución de análisis sectoriales (complaciéndose en informar de que pocas horas antes, el Director y el Ministro de Salud de Colombia han suscrito un convenio de preinversión por el cual se instrumenta esa asignación y se pone en marcha una operación específica para el desarrollo de un proyecto de inversión en apoyo de las empresas solidarias de la salud en ese país).

Señala además dos aspectos en que ha habido un notable progreso: el apoyo a la formulación de proyectos de inversión en los países, y el esfuerzo tendiente a constituir un esquema de capacitación de recursos humanos con apoyo regional, gracias a instituciones de formación e instituciones de usuarios con miras a fortalecer la masa crítica de recursos humanos, así como los expertos en planificación e inversiones, análisis sectorial y preparación de proyectos de inversión en ambiente y salud.

Por último, dice que en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo se debatió ampliamente el tema, y el Comité manifestó su satisfacción y su apoyo a los esfuerzos

que realiza la Secretaría para avanzar en la aplicación del PIAS, aprobando la resolución que figura en el Documento CD37/14.

El Dr. RUALES (Ecuador) indica que su país, al igual que la mayoría de los países de la Región, afronta una crisis económica que ha dado como resultado una disminución de las inversiones en ambiente y salud, situación que se refleja claramente en los distintos indicadores. Un ejemplo de ello fue la epidemia de cólera de 1991, que puso de manifiesto las limitaciones nacionales y subregionales, sobre todo las referentes al saneamiento básico. Las políticas generales de gobierno, documentadas en la agenda para el desarrollo y los lineamientos básicos de los programas de salud para el período 1993-1996 en el Ecuador, apuntan a mejorar tanto cuantitativa como cualitativamente las condiciones de salud y vida de la población ecuatoriana, y sobre todo, las de los estratos más vulnerables. En lo relacionado con el ambiente y la salud, se propone un programa de saneamiento básico y de protección del ambiente, que debe desarrollarse en coordinación con otras entidades públicas y privadas.

El Ministerio de Salud Pública, que lidera este movimiento en el Ecuador, aspira a cumplir los distintos compromisos adquiridos con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el período 1991-1994 aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS así como con los mandatos que en esta materia se han acordado en las Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado. Estos mandatos se traducen en el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, cuya puesta en funcionamiento fue encomendada acertadamente a la OPS. En la declaración de la última cumbre celebrada

en Bahía se reafirma la necesidad de seguir trabajando en la organización de un fondo multilateral de preinversiones que cuente con componentes específicos en cada país. Esta declaración compromete aún más al Ecuador y a los países de la Región para seguir consolidando las distintas iniciativas emprendidas con respecto al plan y que expone brevemente a continuación.

El gobierno del Ecuador y el Ministerio de Salud, mediante un esfuerzo de coordinación interinstitucional con los organismos de cooperación internacionales y nacionales, ha desarrollado acciones acordes con el Plan de Inversión e integradas por dos componentes: uno a corto plazo y otro a largo plazo.

A corto plazo, se ha ejecutado parte del plan de emergencia con el propósito de combatir la epidemia del cólera, y se ha logrado controlar su diseminación y su impacto social y económico mediante la construcción de letrinas en todo el país, la aplicación de programas de educación y el aprovisionamiento de agua potable.

A largo plazo, y en el marco del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (que cubre el período de 1992 a 2004), el Gobierno y el Ministerio de Salud Pública han emprendido dos importantes acciones. Primero, reorganizar el órgano funcional del Ministerio de Salud, siguiendo la propuesta de desarrollo y modernización del Estado planteada por el actual Gobierno. Ello le permitirá aplicar su programa de saneamiento básico y protección del ambiente, que se ejecutará en coordinación con las entidades oficiales encargadas del control del medio ambiente, consejos provinciales y municipios, organizaciones populares y ONG. El Comité de Desarrollo Institucional está

analizando la propuesta de creación de una unidad técnica de salud ambiental, destinada a elaborar las políticas de saneamiento ambiental y establecer los objetivos, metas, estrategias y normas técnicas de conservación del medio ambiente, protección de alimentos, salud ocupacional, saneamiento básico y otras acciones de control sanitario dentro del marco de las políticas y prioridades establecidas en el plan de acción.

En segundo lugar, se formulará un plan nacional de inversiones que propicie durante los 12 próximos años una transformación profunda de los sectores ambiente y salud. En el Ecuador se ha realizado el estudio sectorial de agua potable y saneamiento, que ha caracterizado la situación actual del país y precisando las necesidades de inversión y los cambios que deben introducirse en los planes, programas y estrategias pendientes. Este estudio es uno de los primeros que se realiza en la Región y ha permitido desarrollar varias de las líneas de acción de la OPS en apoyo al plan. Se realizó gracias al apoyo del Banco Mundial, el BID, la OPS/OMS, el AID y el CAREC y permitió establecer las pautas metodológicas para llevar a cabo estudios sectoriales de agua potable y saneamiento en la Región. Este primer avance ha sido presentado al Gobierno y el Consejo Nacional de Modernización tiene a su cargo el desarrollo de las acciones designadas como prioritarias por el estudio para la reorganización del sector.

Sobre la base de la situación expuesta, aunque es necesario que la OPS continúe brindando el apoyo al Ecuador y a toda la Región, también se debe definir y consolidar en el Ministerio de Salud Pública la estructura que le permita realizar una acción concertada con las instituciones del Estado, los gobiernos seccionales y los distintos

organismos de la sociedad civil. Asimismo, se ha de dar continuidad al estudio sectorial de agua y saneamiento realizado e intentar que concluya en una propuesta concertada a nivel nacional para reorganizar el sector. Además, se debería crear un fondo nacional para el desarrollo de actividades de preinversión, activar acciones complementarias encaminadas a reforzar los procesos de generación de proyectos de inversión, e intercambiar experiencias con otros países de la subregión.

Dr. NANTEL (Canada) said that, although Canada was overwhelmed by the dollar value of the initiative, \$216 billion, the figure was a clear indication of the breadth and seriousness of the problems that needed to be addressed. Moreover, much of the ground gained in basic sanitary infrastructure in the Region had been lost during the 1980s, as painfully demonstrated by the cholera epidemic. His Delegation encouraged PAHO to pursue its activities in implementation of the Regional Plan and supported the proposed resolution.

A few questions still needed to be answered, however. The Plan did not contain clear statements of objectives and expected results or an implementation plan with clearly defined steps. Those elements were essential in order to evaluate progress and to make necessary adjustments, especially in view of the Plan's 12-year time frame and the financial resources implicated.

Another question concerned the recent establishment of the Executive Secretariat and the Coordinating Group. Their roles and responsibilities were not entirely clear and even seemed to overlap. In addition, neither existing units within PAHO that dealt with

the environment and sanitation nor the country offices appeared to be significantly involved in the initiative.

Establishment of the two new bodies also seemed to have produced a centralizing force, with all decisions coming from the top. In fact the opposite should be sought. The institutional capacity of Member Countries should be reinforced and they should be assisted in developing their own plans of action in consultation with, inter alia, communities and nongovernmental organizations. In short, the Organization should keep away from project execution and follow-up. The Regional Plan should benefit from the lessons that PAHO had learned about the efficacy of local health systems and thus minimize the risk of making costly mistakes.

La Ingeniera FLORES DE OTERO (Observadora de AIDIS) dice que la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ve con satisfacción el aumento de inversiones en acciones dirigidas a la protección del ambiente. Estos esfuerzos de la OPS están vinculados a los de otros organismos complementarios como el CEPIS. Esta institución ha sido el laboratorio donde se han desarrollado nuevas tecnologías, y donde se han capacitado los profesionales de la Región. A él acuden los gobiernos en busca de orientación y de soluciones para sus problemas de salud y ambientales.

En el contexto de la medicina preventiva, la función del AIDIS y el apoyo del CEPIS han sido cruciales, ya que han permitido, entre otras cosas, desarrollar estrategias para controlar epidemias y capacitar profesionales. Los profesionales jóvenes que se

adiestran en el centro reciben, además de los conocimientos técnicos, la motivación suficiente para trabajar con el entusiasmo que caracteriza a los profesionales del CEPIS. En este sentido, AIDIS reconoce la invaluable actuación del CEPIS y de los programas que desarrolla, por ejemplo, en el mejoramiento del agua potable, el control de pérdidas, el tratamiento y uso de las aguas residuales, el manejo de residuos sólidos, las descargas de aguas costeras, la evaluación y el control de sustancias tóxicas, el control de la contaminación de las aguas subterráneas o el control de residuos sólidos peligrosos. Además, el CEPIS difunde información técnica a través de sus numerosas publicaciones y traducciones.

La creación del CEPIS hace 25 años fue una iniciativa de la AIDIS, pero su desarrollo hasta los niveles alcanzados actualmente ha sido posible gracias al apoyo de muchos otros organismos nacionales e internacionales que han comprendido el papel importante que desempeña.

La Dra. Flores de Otero agradece a la Universidad y al Gobierno del Perú, al Gobierno del Canadá, al Banco Mundial y a todas las organizaciones de actuación regional la ayuda brindada, que ha hecho posible el primer veinticinco aniversario del CEPIS.

El Sr. MARDONES (Banco Mundial) felicita a las autoridades de la OPS por el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Considera que el aporte técnico específico que permite este trabajo conjunto con el Banco Mundial es fundamental para

avanzar en la iniciativa de este plan con el que se han comprometido los gobiernos de la Región.

El Dr. Guerra de Macedo invitó a diversos organismos, incluido el UNICEF, a firmar en 1992 un compromiso regional para alcanzar las metas de la Cumbre para la Infancia. El trabajo de colaboración interagencial realizado fue destacado en la mañana de hoy por la Representante Regional del UNICEF, la Sra. Marta Maurás.

El plan ha sido muy valioso para el Banco Mundial y ha ayudado a orientar sus trabajos con los países. Esta inspiración ha sido fortalecida últimamente por la aparición del informe anual del Banco Mundial, que este año se ha dedicado a la salud. En él se afirma claramente que la inversión en salud es una condición esencial para el desarrollo. Los resultados del informe ofrecen argumentos a los economistas, incluidos los de los ministerios de Finanzas, para aumentar la inversión en salud. Como se sabe que una buena parte de los países del mundo no asignan una cantidad adecuada de recursos al sector salud, en el informe se especifican los objetivos mínimos que deben alcanzarse. Con ese fin, el Banco Mundial está poniendo a disposición de los países una importante cantidad de recursos.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) dice que la importancia de la propuesta del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) para la cooperación de la Organización con los países y para superar la enorme brecha creada al disminuir las actividades de inversión lo inducen a pensar que ésta es una de las

propuestas más ambiciosas, pero también más válidas, de la Organización. No para sustituir a las estrategias generales que se está intentando aplicar, sino, sobre todo, como instrumento operativo para la aplicación de esas estrategias.

Mediante el concepto ampliado de la valorización de las inversiones en el sector social, y dentro del nuevo discurso sobre el desarrollo al que se refirió al presentar su informe anual, se podrá lograr un progreso extraordinario en los países, con la cooperación de la Organización, si se es capaz de dar respuesta al tremendo desafío de la distancia actualmente existente entre las necesidades y las ofertas. Quisiera que se considerase al PIAS, no como un plan acabado que se contiene y se justifica a sí mismo, sino, sobre todo, como un marco de referencia para crear la capacidad de ir extendiendo la inversión. La capacidad de hacer tiene siempre un componente físico, pero ni siquiera éste es lo más importante en determinadas circunstancias. Lo importante son los componentes de gestión, de orientación y dirección, de coordinación, de movilización y de investigación, para hacer frente al reto que se plantea a los sistemas de salud de los países, una salud, que desde luego, debe incluir también el medio ambiente.

En ese contexto, trataré de aclarar algunas de las dudas que, naturalmente, suscita una propuesta de esas dimensiones. En primer lugar, desea manifestar que la experiencia realizada en el Ecuador demostró la factibilidad y conveniencia de la coordinación entre organismos frente a propuestas concretas, utilizando instrumentos metodológicos comunes bajo la coordinación del Gobierno del país. Y en este sentido hay que decir algo que se aplica a todas las políticas de la Organización: en realidad, la Oficina no tiene

programas en el verdadero sentido de la palabra; los programas de la Oficina son los programas de los países. No tiene objetivos por sí misma, ni obtiene resultados por sí misma que no sean los objetivos y resultados de tratar de que las actividades se realicen en el nivel de los países. Y son los países los que tienen que dar a los programas un contenido sustantivo para alcanzar sus objetivos específicos.

Por otra parte, tal como la Oficina entiende la cooperación, ninguna de las actividades se puede realizar sin la coordinación efectiva de los Gobiernos Miembros. La Organización no es un organismo internacional, sino una organización intergubernamental que trata de lograr el bienestar de los pueblos, pero no puede llegar a esos pueblos a no ser por mediación de sus gobiernos. Ello no supone que tenga que limitarse a trabajar con los gobiernos, ya que su labor es también orientarlos y coordinarlos. Precisamente, en la concepción moderna del Estado, uno de los desafíos fundamentales para los gobiernos es lograr esa coordinación, integración y articulación de todos los actores sociales que operan en el país, tanto nacionales como externos. Solo así la Organización, que está obligada a prestar cooperación y apoyo, podrá responder adecuadamente a las verdaderas necesidades de los países. Sin subordinaciones, pero también sin prepotencia ni imposiciones.

Por todo ello, quiere expresar también su satisfacción por las actividades desarrolladas en El Salvador bajo la coordinación de su Gobierno y manifestar que la Organización está dispuesta a responder a las necesidades de cooperación adicional que ese gobierno está determinando en estos momentos.

Consciente de que no será posible hacer mucho si falta la unión con las demás organizaciones que trabajan en el área, el Sr. Mardones ha dicho que el Banco Mundial está dispuesto a poner una importante cantidad de recursos al servicio de la inversión en el área de ambiente y de salud en los próximos años. De hecho, la disponibilidad potencial de recursos para esos fines a partir de 1994, procedentes sólo de los dos Bancos, puede estimarse aproximadamente en \$4.500 millones al año. La Organización Panamericana de la Salud administra ahora, anualmente, unos \$200 millones para toda la Región. Por eso, si se piensa en el trabajo de la Organización como algo que se realiza exclusivamente con sus propios recursos, sería un error. La gran ventaja de los recursos de la Organización es que constituyen una fuente generadora y articuladora para unir los esfuerzos de todos, y esto incluye principalmente los recursos nacionales, a los que los recursos externos complementan para crear las condiciones de bienestar y desarrollo necesarias.

El PIAS fija los objetivos que se quiere alcanzar en un período de 12 años. En un documento de esa naturaleza, sólo puede establecerse un marco de referencia estratégica cuya concreción detallada debe hacerse en el nivel de los países. Tal como fue aprobado por el Consejo Directivo en 1992, resulta suficiente para realizar actividades concretas a nivel de cada país, en colaboración con los gobiernos y las instituciones nacionales, a fin de transformar ese plan general en planes de acción concretos. Naturalmente, eso requiere tiempo, pero confía en que, en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, cuando informe sobre la evolución del PIAS, haya

ya planes de acción que se estén ejecutando en países determinados, que se presten a proyectos concretos financiados de esta o aquella manera y afecten a determinadas poblaciones y a este u otro servicio de salud. La Organización no quiere sustituir a los países sino ayudarlos a que puedan actuar por sí mismos.

Lo mismo ocurre con las actividades propias de la Oficina y, en este sentido, quizá se haya producido alguna interpretación equivocada de la propuesta de creación de una Secretaría Ejecutiva y de un Grupo de Coordinación. La Secretaría Ejecutiva es simplemente una unidad de coordinación, promoción y estímulo, para que toda la Oficina participe en el esfuerzo por hacer al PIAS un instrumento capaz de lograr la efectividad de las estrategias y los objetivos generales de salud. Su personal procede de las dependencias relacionadas con la labor del PIAS, y lo que se desea es que esa secretaría sea una especie de elemento catalizador de toda la Oficina para la aplicación y ejecución del Plan. Por eso se ha creado también un Grupo de Coordinación en el que están representadas las divisiones más directamente afectadas. Cada vez que se consigue en un país la aprobación de un plan de acción concreto (como es el caso ahora, por ejemplo, de Costa Rica), la responsabilidad técnica operativa pasa inmediatamente a la división técnica correspondiente, con sus centros especializados.

Por lo tanto, no se trata de centralizar, sino precisamente de crear un instrumento para una descentralización adicional. Hay que insistir en que el PIAS es un instrumento estratégico-operacional, y no un plan acabado, ni debe serlo tampoco. Es un marco que permite negociar con los bancos y con otros organismos de cooperación, a fin de poder

apoyar más específicamente a los países. Le satisface lo ya conseguido desde el punto de vista de la cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo y con el Banco Mundial, ya que el trabajo de coordinación no es fácil. Por eso le complacen también los avances que se están realizando en la elaboración de metodologías conjuntas con otros organismos de cooperación.

Quisiera aprovechar la oportunidad para unir su voz a la celebración del 25o aniversario del Centro de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) del Perú, y reconocer la extraordinaria contribución hecha por ese Centro. Hay que agradecer el apoyo del Gobierno de ese país y de todas las instituciones que han apoyado al Centro a lo largo de su existencia y que continúan apoyándolo, y hace un llamamiento para que, entre todos, se consiga que el CEPIS siga siendo un centro de excelencia y apoyo de las actividades de la Organización en el campo de la salud y el ambiente. Por último, agradece las palabras de la Ingeniera Flores y la extraordinaria cooperación mantenida con AIDIS a lo largo de los años.

El RELATOR presenta el proyecto de resolución contenido en el documento CD/37/14:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen the document on the Regional Plan for Investment in the Environment and Health (PIAS), which summarizes the principal steps taken so far toward the implementation of PIAS (Document CD37/14);

Taking note of the previous resolutions adopted by the Governing Bodies of PAHO on the Regional Plan for Investment in the Environment and Health, in particular Resolution XVII of the XXXVI Meeting of the Directing Council; and

Taking into consideration the mandates of the First and Second Ibero-American Summits of Heads of State and Government on the subject of PIAS,

RESOLVES:

1. To express its satisfaction with PAHO's efforts to increase bilateral and multilateral technical and financial cooperation for investment activities within the frame of reference established by PIAS.

2. To request the Member Governments:

- (a) To strengthen national capacity to plan and execute investment projects in environment and health, and to ensure greater efficiency, effectiveness, and equity in the allocation of resources in both sectors;
- (b) To increase their efforts to articulate internal and external investments aimed at sectoral reform in environment and health;
- (c) To use PIAS as one of the fundamental approaches for orienting multilateral and bilateral technical and financial cooperation in the Region;
- (d) To contribute to the Preinvestment Fund in Environment and Health and to participate in the activities financed through it.

3. To request the Director:

- (a) To ensure the Organization's continued support of efforts to strengthen national planning capacity in the area of environment and health; to carry out or update sectoral studies; and to develop investment proposals that will increase the mobilization of internal and external resources for both health and environment;
- (b) To continue promoting contributions to the Preinvestment Fund in Environment and Health, in cooperation with national agencies and bilateral and multilateral technical and financial cooperation institutions;

- (c) To continue to analyze the investment processes in environment and health at the country level.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento sobre el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), que resume los principales avances en la implementación del PIAS (Documento CD37/14);

Tomando nota de las resoluciones anteriores sobre el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS, particularmente la Resolución XVII de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo, y

Teniendo en consideración los mandatos emitidos por la Primera y Segunda Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno con relación al PIAS,

RESUELVE:

1. Manifiestar su satisfacción por los esfuerzos que viene realizando la OPS para lograr una creciente articulación de la cooperación bilateral y multilateral, tanto técnica como financiera, orientada hacia actividades de inversión, dentro del marco de referencia establecido por el PIAS.
2. Pedir a los Gobiernos Miembros que:
 - a) Intensifiquen sus acciones tendientes a fortalecer las capacidades nacionales de planificar y realizar inversiones en ambiente y salud, a fin de garantizar una mayor eficiencia, eficacia y equidad en la asignación de recursos en ambos sectores;
 - b) Incrementen sus esfuerzos de movilización articulada de recursos internos y externos hacia las inversiones tendientes a consolidar los procesos de reforma de los sectores de ambiente y salud;
 - c) Utilicen el PIAS como uno de los marcos fundamentales que debe orientar la cooperación técnica y financiera, tanto multilateral como bilateral, en la Región;
 - d) Tomen las medidas conducentes para adherirse al Fondo de Preinversión en Ambiente y Salud.

3. Solicitar al Director que:
- a) La Organización prosiga su apoyo a los esfuerzos orientados al fortalecimiento de las capacidades nacionales de planificación en materia de ambiente y salud, de recopilación, actualización o realización de estudios sectoriales, y de desarrollo de proyectos de inversión que propicien una mayor movilización de recursos internos y externos hacia los campos de ambiente y salud;
 - b) Prosiga los esfuerzos tendientes a promover las contribuciones al Fondo de Preinversión en Ambiente y Salud ante los organismos nacionales correspondientes y las instituciones bilaterales y multilaterales de cooperación técnica y financiera;
 - c) Prosiga efectuando, a nivel de cada país, un análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

*The session was suspended at 3:50 p.m. and resumed at 4:35 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:50 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.*

ITEM 5.7: FINANCIAL STUDY OF THE PAN AMERICAN INSTITUTE FOR FOOD PROTECTION AND ZOOSES (INPPAZ) AND REPORT ON BUDGETARY DISCUSSIONS

TEMA 5.7: ESTUDIO FINANCIERO DEL INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZOONOSIS (INPPAZ) E INFORME SOBRE LA DISCUSION DEL PRESUPUESTO

EL PRESIDENTE pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente su informe.

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Subcomité de Planificación y Programación analizó el tema en su 20a Reunión celebrada en abril de

1993. El total de los costos operativos del INPPAZ para 1992 fue de \$3.231.160. Los costos estimados para el bienio 1994-1995 ascienden a \$9.224.800, y para el bienio 1996-1997, a \$10.191.400.

Durante el debate que se originó los miembros del Subcomité elogiaron el trabajo del INPPAZ y manifestaron su preocupación por el aumento de los costos. Por ello, sugirieron incrementar los ingresos mediante la venta de servicios y realizar un estudio de mercado a fin de determinar la demanda de servicios que el Instituto puede ofrecer. La Secretaría informó que el estudio financiero efectuado en cumplimiento de la Resolución V de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo se elaboró teniendo en cuenta: a) La misión y funciones del INPPAZ, establecidas en el Acuerdo constitutivo, y el volumen de actividades fijado teniendo en cuenta la demanda real de cooperación técnica de los países durante 1992 y sus proyecciones; b) El número de funcionarios por categoría para desempeñar las funciones normales del Instituto; c) Los costos de personal estimados por la Organización para profesionales del sistema de las Naciones Unidas, los costos del personal nacional, los costos fijos de mantenimiento, los costos variables para la prestación de cooperación técnica y la inflación proyectada para el próximo bienio; y d) La necesidad de adecuar las instalaciones y los equipos.

En el curso del debate se señaló que, con arreglo al Acuerdo Constitutivo, las contribuciones del Gobierno de la Argentina debían pagarse antes del 31 de mayo de cada año, para garantizar el normal funcionamiento del INPPAZ. Incluso el artículo transitorio prevé el cierre del Instituto a fines del bienio si el gobierno anfitrión no se

hubiera puesto al día en el pago de sus deudas. El Representante de la Argentina afirmó que el monto de su deuda en relación con el ya cerrado Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) y el actual INPPAZ se había reducido significativamente con el pago de la cuota correspondiente a 1992 y que otros pagos se encontraban en plena gestión administrativa a través del Ministerio de Economía de su país. Dichos pagos se harían efectivos en un breve plazo y de conformidad con instrucciones precisas del Presidente de la República, el Dr. Menem.

Se hizo hincapié en que el proyectado estudio de mercado proporcionaría información esencial en cuanto al tipo de servicios que se podrían ofrecer y a la capacidad del INPPAZ para atraer y retener a expertos técnicos calificados. En la reunión del Subcomité de Planificación y Programación, prevista para diciembre de 1993, se dispondrá de un informe sobre la posible demanda de los países. También se ha diseñado un programa de profesionales residentes para reforzar la plantilla de personal, habida cuenta de que una institución de referencia internacional como el INPPAZ exige gran solvencia moral y profesional de los funcionarios. Al respecto, el Director reiteró que en principio no se aumentará el número de puestos profesionales de las Naciones Unidas en el Instituto. Por el contrario, se buscarán y utilizarán los recursos disponibles a nivel local y se desarrollarán mecanismos para intercambiar personal altamente calificado con instrucciones regionales o extrarregionales que cuenten con expertos en la especialidad.

En su Resolución X, el Comité recomienda al Consejo Directivo que, entre otras cosas, solicite al Gobierno de la Argentina la puesta al día, a más tardar en diciembre de 1993, de las contribuciones correspondientes a 1992 (\$1.627.500) y a 1993 (\$1.627.500), con el fin de garantizar el funcionamiento normal del Instituto. Además, le solicita que apruebe el presupuesto del INPPAZ correspondiente al bienio 1994-1995 por un monto de \$9.224.800. En relación con este presupuesto, la OPS aportará \$3.825.100 y el Gobierno de la Argentina, \$4.034.700. También se recomienda al Consejo Directivo que solicite al Director que realice todos los esfuerzos necesarios para garantizar el financiamiento del Instituto y lleve a cabo un estudio de mercado sobre los servicios que el INPPAZ puede ofrecer a los Estados Miembros de la OPS, al sector privado de la Región y a terceros países.

Mr. TRACY (Chief of Administration) informed the Directing Council that in the calendar year 1993, the Organization had received \$1,627,500 from the Government of Argentina in support of INPPAZ, leaving an outstanding balance of \$1,627,500.

In addition, PAHO had also received \$400,601 for CEPANZO, leaving an outstanding balance of \$2,334,749. He understood that a substantial payment toward the CEPANZO balance was currently being processed.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) reconoce el cumplimiento por parte del Gobierno de la Argentina de las obligaciones contraídas por su Representante en el

Comité Ejecutivo. En relación con la información presentada por el Sr. Tracy, dice que, además del pago realizado de \$2.027.500, se ha efectuado otro adicional de \$3.963.950, lo cual completa el pago de los atrasos pendientes de la operación del CEPANZO y actualiza la contribución de Argentina respecto al INPPAZ para 1993. Espera que el Ministerio de Economía agilice el proceso y que el dinero llegue a la Organización en pocas semanas.

El RELATOR presenta el proyecto de resolución incluido en el Documento CD37/15:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/15, which reports on the financial study and the proposal for the funding of INPPAZ, and bearing in mind Resolution V of the XXXVI Meeting of the Directing Council of PAHO (1992),

RESOLVES:

1. To express its appreciation to the Government of the Argentine Republic and the Director of the Pan American Health Organization for carrying out the financial study of INPPAZ and developing the proposal for its funding.
2. To request the Government of the Argentine Republic to bring its 1992 and 1993 contributions up to date by December 1993, in the amounts of US\$1,627,500 and \$1,627,500, respectively, in order to guarantee the normal operation of the Institute.
3. To thank the Governments of Colombia and Paraguay for their assistance in the financing of technical cooperation activities, and to ask the other Member States for their participation in the funding of INPPAZ.
4. To approve a budget for INPPAZ of \$9,224,800 for 1994-1995, of which the PAHO contribution is \$3,825,100 and the contribution of the Government of the Argentine Republic is \$4,034,700.

5. To request the Director to:
 - (a) Continue to make all necessary efforts to guarantee the financing and development of the Institute as provided for in the operating proposal contained in Document CD37/15;
 - (b) Study the market for the services that INPPAZ is in a position to offer to the Member States of PAHO, to the private sector in the Region, and to third countries.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/15, que informa sobre el estudio financiero y propuesta de financiamiento del INPPAZ, y considerando la Resolución V de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1992),

RESUELVE:

1. Expresar su reconocimiento al Gobierno de la República Argentina y al Director de la Organización Panamericana de la Salud por la realización del estudio financiero del INPPAZ y la propuesta para su financiamiento.
2. Solicitar al Gobierno de la República Argentina la puesta al día, a más tardar en diciembre de 1993, de las contribuciones correspondientes a 1992 de US\$1.627.500 y a 1993 de US\$1.627.500, con el fin de garantizar la operación normal del Instituto.
3. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Colombia y del Paraguay por su apoyo en el financiamiento de actividades de cooperación técnica, y solicitar a los otros Estados Miembros su participación en el financiamiento del INPPAZ.
4. Aprobar el presupuesto del INPPAZ correspondiente a 1994-1995 por un monto de US\$9.224.800, al cual la OPS aportará la cantidad de \$3.825.100 y la contribución del Gobierno de la República Argentina será de \$4.034.700.
5. Solicitar al Director que:
 - a) Continúe todos los esfuerzos necesarios para garantizar el financiamiento y el desarrollo del Instituto, de conformidad con la propuesta de operación contenida en el Documento CD37/15;

- b) Realice un estudio de mercado sobre los servicios que el INPPAZ puede ofrecer a los Estados Miembros de la OPS, al sector privado de la Región y a terceros países.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) propone cambiar el párrafo 2 de la parte dispositiva por el siguiente: "Agradecer al Gobierno de la República de Argentina las medidas tomadas para pagos adicionales de sus contribuciones para el mantenimiento del INPPAZ y solicitarle que mantenga al día dichas contribuciones".

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 4.2: REPORT OF THE AWARD COMMITTEE OF THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1993 (*continued*)

TEMA 4.2: INFORME DEL JURADO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION, 1993 (*continuación*)

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Jurado del Premio OPS en Administración, 1993, compuesto por los representantes de Belice, Cuba y Honduras, decidió adjudicar el Premio a la Dra. Georgina Velázquez Díaz, de México, por su contribución a la organización y consolidación de la infraestructura administrativa y de servicios de salud del Programa Solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social. El Comité Ejecutivo aprobó su Resolución VIII, en la que tomaba nota de dicha decisión y transmitía el informe del Jurado al Consejo Directivo.

El PRESIDENTE resume la carrera de la distinguida médica mexicana, diciendo que obtuvo su título en la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana y su

Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México, y comenzó a trabajar como epidemióloga estatal, ocupando varios cargos de responsabilidad antes de ser nombrada coordinadora general del Programa Solidaridad del Instituto Mexicano de Seguridad Social. La labor de la Dra. Velázquez como coordinadora de ese programa, cuyas estrategias se han traducido en un modelo de atención integral a la salud basado en la atención primaria, que propicia la participación voluntaria, continua y organizada de la comunidad, constituye un ejemplo admirable de dedicación, digno de ser emulado en otras áreas de las Américas.

Como la Dra. Velázquez, por razones personales, no ha podido estar presente, invita al Dr. Chávez, de México, a recibir el Premio OPS en su nombre.

The President handed the PAHO Award in Administration, 1993, to Dr. Federico Chávez Peón, who accepted it on behalf of Dr. Georgina Velázquez Díaz, of Mexico.

El Presidente hace entrega del Premio OPS en Administración, 1993, al Dr. Federico Chávez Peón, quien lo recibe en nombre de la Dra. Georgina Velázquez Díaz, de México.

(Applause)
(Aplausos)

El Dr. CHAVEZ (México) dice que la Dra. Velázquez le ha informado de la imposibilidad en que se encuentra de asistir a esta importante ceremonia, haciéndole llegar por fax una carta, de fecha 28 de septiembre de 1993, que dice así:

"Señor Director, Carlyle Guerra de Macedo, señores Miembros del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud:

Por motivos personales superiores a mi voluntad, me resulta imposible asistir personalmente a recibir el Premio OPS en Administración, 1993, que me concedió el jurado específicamente designado para este fin. Por este motivo, he solicitado al distinguido mexicano y excelente amigo, Dr. Federico Chávez Peón, que se sirva hacerme el honor de recibirlo en mi nombre y expresar respetuosamente a ustedes el agradecimiento por parte del personal que trabaja en el Programa IMSS Solidaridad por esta honrosa distinción que compartimos todos y que tiene un doble significado.

En primer lugar, nos llena de alegría y satisfacción que un organismo del rango y prestigio de la Organización Panamericana de la Salud aprecie nuestro trabajo y lo distinga con este importante premio. En segundo lugar, lo consideramos un estímulo para seguir adelante con entusiasmo, compromiso y la emoción que requiere el atender la salud de más de 10 millones de mexicanos del medio rural, con profundas carencias, con calidad y eficiencia para lograr, mediante el uso racional de los recursos y su plena participación, que se amplíe la cobertura de los servicios, se disminuyan los riesgos y daños a la salud, para que podamos avanzar con más certeza hacia el anhelo común de los mexicanos: la construcción de un país más sano, más productivo, más justo y más democrático.

Muchas gracias de nuevo como profesional y como mexicana porque esta honrosa distinción es, en definitiva, un reconocimiento para mi país.

Dra. Georgina Velázquez Díaz, Coordinadora General del Programa IMSS Solidaridad".

Por su parte, el Dr. Chávez desea transmitir al Consejo Directivo el agradecimiento de México y el suyo personal por ese reconocimiento otorgado a una compatriota que ha tenido una participación tan destacada en la prestación de servicios de salud a personas no aseguradas, que suponen una cobertura adicional de más de 12%.

El PRESIDENTE, en nombre del Consejo Directivo, ruega al Dr. Chávez que transmita a la Dra. Velázquez sus felicitaciones y su agradecimiento por las hermosas palabras contenidas en la comunicación enviada.

*The session rose at 5:00 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:00 p.m.*

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/7
30 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SESION SEPTIMA PLENARIA

Thursday, 30 September 1993, at 9:00 a.m.
Jueves, 30 de septiembre de 1993, a las 9:00 a.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:

Later: Mr. Edward M. Aiston Canada
Despues:

Contents
Indice

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

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

Item 5.8: Expanded Program on Immunization
Tema 5.8: Programa Ampliado de Inmunización

Item 5.9: Health Promotion in the Americas
Tema 5.9: Fomento de la Salud en las Américas

*The session was called to order at 9:15 a.m.
Se abre la sesión a las 9:15 a.m.*

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

El PRESIDENTE llama la atención del Consejo al Documento CD37/7 y pide al Dr. Aldo Neri que presente el tema correspondiente.

El Dr. NERI (Comité Asesor de Investigaciones en Salud) dice que el Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) tuvo su XXIX Reunión del 2 al 5 de agosto de 1993, cuyas deliberaciones va a presentar en forma resumida, no pudiendo estar presente el Dr. César Milstein, Presidente del CAIS. En la reunión se analizaron cuestiones de tipo general que enfrentan los países de las Américas en su intento de reducir la brecha creciente entre las posibilidades que ofrece el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud y su aplicación para beneficio de las poblaciones. Esa brecha se ha ampliado aun más por la limitación de recursos que ha generado la crisis económica en los últimos años y por la crisis del Estado, ya que este tiene un papel muy importante en el financiamiento de la investigación. A pesar de que esta situación afecta no solo la entrega de servicios, sino también la infraestructura del desarrollo científico y tecnológico, los esfuerzos en este campo han sido parcialmente exitosos a lo largo de los años.

Hoy día se observa la desmedicalización progresiva de las líneas tradicionales de investigación en salud. Los problemas y los proyectos son cada vez más complejos

y exigen un enfoque interdisciplinario. Dada esta perspectiva, el Comité ha insistido en que es necesario buscar una mayor integración, cooperación e intercambio entre los países de la Región. En este campo, como en muchos otros, el destino aislado de cada país es incierto. La realidad señala la conveniencia de trabajar también codo a codo en el campo del desarrollo científico y tecnológico. En este sentido el papel que desempeñan los organismos como la OPS al favorecer la coordinación y cooperación es tan importante como las iniciativas individuales de los países.

El Comité discutió también la necesidad de superar la disociación tradicional que persiste entre la producción de servicios y la utilización en ellos de los nuevos conocimientos y las nuevas tecnologías. Ha llegado el momento de superar también los falsos dilemas, por ejemplo, el de si conviene importar tecnología o desarrollarla localmente. En la época presente la ciencia no reconoce las barreras políticas impuestas por los países.

Otro falso dilema es el del énfasis opcional entre la investigación básica y la aplicada. Actualmente, no hay una zona de diferenciación claramente delimitada entre los dos tipos de investigación, sino más bien una zona gris que representa un continuo.

El establecimiento de prioridades es un asunto central para las políticas de desarrollo científico y tecnológico. Pero esas prioridades no pueden tratarse como una simple lista que deben elaborar los países: presuponen un conjunto de componentes que permitan la diversificación y el aprovechamiento de distintas fuentes de financiamiento. En América Latina, el desarrollo de recursos humanos para la investigación es un eslabón

débil que debe fortalecerse al igual que la base institucional en que se produce esa investigación y el mejoramiento de los sistemas de información científica y técnica.

Asimismo se requiere una amplia convocatoria de los actores que, en cada sociedad, protagonizan el desarrollo científico y tecnológico. El Estado, cuya responsabilidad de financiamiento se ha mencionado, tiene además que crear los ámbitos para el encuentro, el trabajo conjunto y la coordinación de los sectores de la sociedad involucrados en el desarrollo científico. Sin embargo, debe entenderse que las políticas públicas engloban mucho más que el Estado. Lo público comprende y abarca lo estatal, pero a la vez lo excede. El papel de las organizaciones internacionales y, concretamente, de la OPS es muy importante en la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento. Desea destacar la posibilidad de aprovechar mejor los proyectos de inversión que se están realizando en muchos países de la Región. Esos proyectos deberían incluir un componente de investigación que les dé legitimidad científica y sirva también para evaluar el impacto que tienen en la salud de los pueblos.

El CAIS manifestó su preocupación por la contradicción que se observa en la evaluación de la calidad científica en los países. La paradoja es que los países con pocos recursos no evalúan adecuadamente la calidad, cuando lo deseable sería que "a recursos escasos, mayor cuidado en la calidad de lo que se está haciendo". Se ha recomendado, por lo tanto, que la OPS facilite la creación de instrumentos adecuados para una mejor evaluación de la calidad.

El tema de las enfermedades transmisibles fue discutido desde el punto de vista de la investigación. Evidentemente no se ha cumplido la esperanza un poco ingenua de hace algunas décadas de que los avances de la ciencia y la eliminación de la pobreza harían desaparecer esas enfermedades. El problema cambia, pero sigue vigente, aun en los países desarrollados, como lo demuestran el SIDA y otras nuevas virosis. El CAIS recomendó enfáticamente que la OPS asigne recursos adecuados para promover la investigación en enfermedades transmisibles.

Con referencia al SIDA, se tiene información de 1991 de que en América Latina y el Caribe se habían llevado a cabo 561 proyectos de investigación cuyo costo ascendió a \$27 millones. Si esto se compara con los \$5.600 millones gastados en el mundo, es evidente que la participación regional es muy baja, a pesar de que es un problema creciente en los países. Por otro lado, es una idea equivocada pensar que se puede depender de la investigación del Primer Mundo. Aun en el caso de los aspectos biomédicos, la investigación regional y local es importante, por la variabilidad del virus y de los comportamientos sociales asociados a la transmisión.

En cuanto a las investigaciones llevadas a cabo en los Centros de la OPS, el Comité recomendó una mayor coordinación de toda esas actividades y la evaluación de la calidad del impacto que produce en los países.

El análisis del Programa de Subvenciones de Investigación de la OPS reveló que durante los 8 años de su existencia se han gastado cerca de \$4.000.000 para el financiamiento de 243 proyectos de investigación, de los cuales 103 están terminados.

Según los resultados preliminares de una encuesta realizada por la Secretaría para evaluar el impacto del Programa, los proyectos han producido un número considerable de artículos en revistas nacionales y extranjeras, así como varios libros, tesis de maestría y doctorado, y el material ha sido usado en muchos cursos de formación superior. El CAIS recomendó concentrar los recursos en seis grandes áreas temáticas y dar prioridad a las áreas de epidemiología y organización de servicios que en la Región reciben menos atención que los estudios biomédicos tradicionales.

También hizo hincapié en que se mantenga la exigencia de calidad de las propuestas de investigación, aunque no se gasten todos los fondos disponibles como ha sucedido en algunos ejercicios. De sobrar recursos, no deben ser aplicados a otros destinos, sino reinvertidos en el área de investigación.

En lo que se refiere al Programa de Becas de la OPS, el CAIS se mostró preocupado por el hecho de que entre las 5.219 becas otorgadas en el período de 1983-1987, ninguna apuntaba a la finalidad de investigación. Instó a la Organización a revertir esa tendencia y propuso que se creara un fondo central para la asignación de becas de un año de duración destinadas a la formación avanzada en su investigación. La propuesta está en estudio por el Director.

El Programa de Biotecnología de la OPS ha traído importantes satisfacciones, a pesar de que cuenta con recursos limitados. Su desempeño ha sido muy favorable, especialmente en el diagnóstico de la malaria, la infección por VIH y otros trabajos que son claros ejemplos de la labor de avanzada que se puede hacer en los países. Como

subproducto importante, se ha formado una comunidad científica internacional en la que la información circula con fluidez y la coordinación de proyectos se realiza con facilidad. En este sentido, el Programa de Biotecnología puede servir de ejemplo para otras áreas.

El Comité consideró que el Sistema Regional para el Desarrollo de Vacunas (SIREVA) debe ser fortalecido en todos sus aspectos puesto que representa una oportunidad para el desarrollo de las capacidades locales, nacionales y regionales en el campo científico y tecnológico. Es preciso incorporar permanentemente el desarrollo de tecnología propia en el quehacer científico de los países y no meramente el aprovechamiento de las que provienen de otras latitudes.

Por último, el CAIS recomendó que en el programa de temas de la próxima reunión se destacara el financiamiento de actividades de ciencia y tecnología en salud y se incluyeran también los temas de formación de investigadores en salud; bioética y ética en la investigación en salud; evaluación de los proyectos apoyados por el Programa de Subvenciones, y evaluación de la calidad de las actividades científicas y tecnológicas de algunos Centros Panamericanos.

El Dr. Milstein, durante la sesión de apertura de la reunión, señaló un error muy difundido en los niveles decisorios de los países, de considerar la investigación básica como una especie de lujo poco adecuado para las épocas de las "vacas flacas". En América Latina se sigue investigando, aun en condiciones desfavorables, con resultados beneficiosos para la salud de la gente. La reflexión de Milstein le recuerda unos comentarios del economista estadounidense Lester Thuson al comparar la conducción de

empresas en los Estados Unidos y el Japón, para tratar de descifrar el porqué de las ventajas que el Japón ha mostrado en ciertos aspectos. Los Estados Unidos, concluyó el economista, disminuye los gastos de investigación y desarrollo en las épocas de malos negocios, mientras que el Japón los mantiene para contar con mayor capacidad innovadora en el buen ciclo de la economía. Le parece que ambas reflexiones son aplicables también al campo de la salud.

Ms. KEFAUVER (United States of America) thanked Dr. Neri for his presentation and congratulated the Committee on its comprehensive review of the health research issues in the Region. Her Delegation supported the Committee's principal recommendations, namely: strengthening of PAHO support for the countries of the Region in the definition of policies on science and technology development in the health field, increased emphasis on the training of health researchers, and improvement of the quality of research projects and articles through review. She stressed the critical importance of peer review and objective protocol review as mechanisms for ensuring good science and scientific integrity.

Her Delegation was pleased with the attention given in the Committee's report to the Pan American Centers and agreed that continued careful oversight of the Centers' activities was essential in order to ensure that they were fulfilling their mission and that research policies, objectives, and strategies were explicitly defined and understood. In view of the Organization's limited resources, it was also important to identify and pursue priorities.

The United States supported the Committee's position that the PAHO Research Grants Program should fund only highly meritorious proposals. In that connection, the Organization might provide a real service to the research community by assisting in the development of courses in research protocol and proposal development.

El Dr. CHAVEZ (México) dice que ha escuchado con satisfacción la presentación del Dr. Neri, ya que comulga con los mismos principios e ideas expresados. Cree que la mayor prioridad en ese campo es hacer buena investigación, lo que es perfectamente aplicable a la asignación de recursos, ya sea para investigación sobre servicios de salud o desarrollo tecnológico. Lo más importante de todo es contar con un sistema que tenga la capacidad para evaluar las propuestas de investigación con objeto de asignar los recursos a las instituciones con personal más competente y que pueden llevar a cabo una investigación equilibrada.

En México ha hecho gran impresión el concepto de la respetabilidad del investigador. Es precisamente en las etapas de mayor dificultad de los países cuando debe hacerse un esfuerzo por otorgarle a la investigación la dignidad que merece. Recuerda el orador que hace algún tiempo alguien le comentó que la investigación tiene el mismo equilibrio que una bicicleta, es decir, que si se para se cae y también se caen muchas cosas alrededor. Si se frenan los apoyos que se asocian con la buena investigación, esta se retrasa enormemente.

En México se ha desarrollado un sistema nacional para apoyar directamente a los investigadores, no exactamente con un salario, sino con lo que es realmente un

premio a la investigación y constituye una especie de sobresueldo que les permite vivir en condiciones adecuadas. Para merecerlo, tienen que demostrar su productividad y la calidad de la investigación, que es evaluada por otros investigadores.

Un aspecto muy importante es quién debe hacer la evaluación. Esta tarea no es apropiada para los burócratas gubernamentales, sino que debe estar a cargo del grupo nacional de investigadores.

La incorporación relativamente reciente de la investigación sobre servicios de salud ha sido muy ventajosa para la realización de acciones de salud pública y la operación de los servicios. Es un arma poderosísima para lograr los objetivos de efectividad, eficiencia y, sobre todo, de formación de recursos humanos y evaluación. Para México, los recursos humanos formados en el área de investigación han representado una extraordinaria adquisición, pues con ellos se ha incorporado en el servicio público una base empírica y toda la tecnología de la investigación.

Ms. HICKS (Canada) said that her Delegation also supported the ideas and recommendations put forward in the Committee's report. As the trend in health care continued to shift to a population-based focus and toward more evidence-driven health care planning, the nature of information systems and the focus of research also needed to change. At the same time that new health programs, initiatives, and policy directions were being introduced, it was necessary to carry out accurate monitoring, evaluation, and testing of health care delivery models in order to measure the impact that they were having on health status and to ensure that the most effective and appropriate use was

made of limited resources. Accordingly, her Delegation urged that evaluative research be a component of every new initiative introduced.

Recognizing the limitations on resources and time, her Delegation supported the sharing of research results and evaluation methodologies, particularly when programs were being developed with similar objectives in more than one location or a country.

Her Delegation wished to take the opportunity to raise an issue which was not directly related to the Committee's report but which Canada considered extremely important. That issue was PAHO's involvement in health systems development, a critical area to which the Organization should devote substantial attention and resources in the future.

El Dr. PICO (Argentina) felicita al Director por incluir en el programa el tema de la investigación y al CAIS por el trabajo realizado. La investigación es un insumo fundamental en la planificación estratégica que deben desarrollar los países para hacer frente a los retos de la salud pública actual. También es necesario avanzar en el enfoque ético de la toma de decisiones y asignación de recursos, con el fin de mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud. Ello exige, necesariamente, un profundo conocimiento de la realidad existente. Por eso ha visto con satisfacción que el CAIS haya analizado no solo los aspectos relacionados con los avances científico-tecnológicos, sino aspectos centrales vinculados con el desempeño de los sistemas de servicios de salud.

Apoya la recomendación del CAIS de evaluar las propuestas de becas de la OPS. Por otra parte, le parece esencial promover la investigación y, fundamentalmente, la cooperación y el intercambio mediante la cooperación técnica horizontal. Los países de las Américas deben trabajar más unidos, pues a veces se recibe información de lugares distantes que no comparten los mismos valores culturales, mientras que se mantienen distanciados los países hermanos y vecinos de frontera.

El Dr. LEON (Paraguay) comparte las ideas y preocupaciones expresadas sobre el tema y considera que las investigaciones sobre servicios de salud son especialmente importantes, ya que permiten mejorar la calidad y la productividad de los servicios. Cree que hay que hacer un esfuerzo para evitar la superposición de programas y objetivos en las investigaciones regionales, con el fin de racionalizar los recursos y hacer que el intercambio de información sea cada vez más fluido. Debe estudiarse la posibilidad de llevar a cabo investigaciones regionales complementarias y conjuntas por países vecinos, sobre todo en relación con las enfermedades de importancia en la Región y los servicios de salud.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) dice que es mucha la importancia que se concede a la investigación dentro del quehacer de la Organización y a la función que desempeña el CAIS en la orientación de las actividades de investigación que la OPS promueve, apoya o realiza. Por eso decidió compartir con los Cuerpos Directivos y, en particular, con el Consejo Directivo, el informe del Comité Asesor. Le complace que

esa decisión haya sido apreciada por el Consejo. El CAIS es un grupo de extraordinario nivel científico y técnico y se trata de que esté equilibrado en lo que respecta a participación nacional y, sobre todo, en cuanto a capacidad en los diversos campos de investigación representados. El Comité tiene un Subcomité permanente dedicado específicamente a los asuntos relacionados con la investigación de servicios de salud, el cual preside el Dr. Neri.

Concuerda con las recomendaciones relativas a la importancia decisiva de la calidad. Por esa razón se han introducido cambios en el Programa de Subvenciones, de forma que se estimule una mejor calidad de los protocolos presentados. Sin embargo, le preocupa algo que constituye casi un dilema: en la medida en que se privilegia la calidad, se tiende también a apoyar a aquellos que ya han logrado ciertos progresos, tienen más recursos y pueden elaborar y ejecutar buenos protocolos. Y esto se continuará haciendo. El dilema consiste en que los países que por falta de recursos u otras razones no han tenido la oportunidad de crear una capacidad institucional científica, no reciben el apoyo para poder progresar. Si bien es verdad que América Latina y el Caribe no pueden confiar solamente en la investigación que realizan los países industrializados porque éstos no son sensibles a los problemas específicos que los aquejan, también es verdad que los países latinoamericanos y caribeños no son iguales y todos tienen necesidades diferentes. Es decir, los países menos desarrollados científicamente tampoco pueden confiar simplemente en la investigación que hacen sus hermanos más privilegiados que no tienen los mismos problemas. Para la Organización

es una disyuntiva permanente conciliar la preocupación dominante por la calidad y la productividad, con la necesidad de estimular y apoyar el desarrollo, y continuará tratando de encontrar una respuesta.

Asegura el Director que para la Organización las investigaciones que trascienden el área biomédica son tan importantes como las de las ciencias básicas. No hay contradicción entre ellas. En respuesta a la Representante del Canadá, indica que el tema del desarrollo de los sistemas de salud es una de las preocupaciones fundamentales de la OPS. Hace algún tiempo se analizó la participación de la investigación en el trabajo de la Organización y, aunque ahora no tiene a mano la cifra exacta, recuerda que se determinó que por lo menos 15% de los recursos totales se aplican a esa actividad. Desde su primer período como Director ha hecho hincapié en que toda la cooperación técnica de la OPS se reduce, en última instancia, a la administración del conocimiento. El conocimiento es la información, la mercancía, el material con que se trabaja; recolectarlo, captarlo, diseminarlo, compartirlo y transformarlo en medidas de acción concretas es la esencia misma del quehacer de la Organización. Agradece al CAIS el trabajo realizado y al Dr. Neri el haberlos acompañado en la reunión del Consejo.

El Dr. CHAVEZ (México) siente que las palabras del Director han hecho gran impresión en los oyentes, al referirse al dilema de cómo promover la investigación en los países donde no se ha desarrollado como es debido. El Dr. Neri expresó algo sumamente importante; que la investigación no es un lujo, sino una necesidad para los países que atraviesan por etapas difíciles, pues es parte de su desarrollo. La

investigación no debe darse en brotes esporádicos y espasmódicos, sino de forma permanente y con cierto grado de disciplina a nivel nacional.

También se hace eco de los comentarios del Dr. Neri sobre la creación de esta disciplina mediante la convivencia en los ambientes de investigación. Es algo que tiene que aprenderse como cualquier otra disciplina y la presencia de investigadores de otros países es una parte muy importante de la experiencia. Las becas son también un instrumento valioso para fomentar el desarrollo de los investigadores y darle a este campo científico la respetabilidad que merece.

El PRESIDENTE da las gracias al Dr. Neri por su presentación y dice que los debates sobre el tema se harán constar en acta.

ITEM 5.8: EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION
TEMA 5.8: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

El PRESIDENTE llama la atención del Consejo al Documento CD37/16 y ADD. I, y pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema.

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) señala que el Comité examinó el informe del Director correspondiente a los logros del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Se tomó nota de que el 23 de agosto de 1991 se encontró en el pueblo de Pichinaki, Junín, Perú, al niño que probablemente haya sido el último caso de poliomielitis parálitica detectado en la Región. Ya se ha puesto en marcha el proceso de certificación de la erradicación de la enfermedad. Hay que recordar, sin embargo,

que siempre existe el peligro de la importación de casos, como ocurrió recientemente en el Canadá con un caso procedente de los Países Bajos. Es importante destacar que ese mismo incidente sucedido en el Canadá ha demostrado que la Región es capaz de cumplir con los criterios de la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP). También cabe señalar que Belice, Guatemala y México han constituido una asociación trinacional para la cooperación fronteriza que ha representado una importante ayuda en el campo de la inmunización.

Es fundamental otorgar prioridad a la certificación. Los criterios básicos para la erradicación son: la investigación de casos dentro de las 48 horas siguientes a la notificación; una tasa anual de parálisis flácida de menos de un caso por 100.000 niños menores de 15 años; y la recolección y el examen de heces de los casos y el análisis de heces de sus contactos. En 1992, primer año sin casos de poliomiélitis notificados en la Región, solo tres países --Ecuador, Honduras y Paraguay-- habían cumplido con los criterios de certificación.

El PAI ha logrado importantes éxitos también en el control de otras dos enfermedades inmunoprevenibles: el tétanos neonatal y el sarampión. En cuanto al tétanos neonatal, se ha observado una considerable disminución de casos desde 1988, año en que se identificaron las municipalidades de alto riesgo. La vacunación de las mujeres en alto riesgo ha surtido efecto.

Durante el debate en la reunión del Comité Ejecutivo los representantes de varios gobiernos reseñaron las actividades desarrolladas en sus países.

El Comité aprobó la Resolución XVI en la que recomienda al Consejo Directivo que, entre otras cosas, exprese reconocimiento a las autoridades de salud del Canadá por la pronta detección y la contención evidente de la propagación del poliovirus salvaje después de su importación de los Países Bajos; inste a todos los Gobiernos Miembros a que intensifiquen sus actividades de vigilancia en todos los grupos que puedan estar en riesgo de transmisión del poliovirus vinculada con la importación mencionada o con importaciones futuras; recomiende a todos los Gobiernos Miembros que establezcan comisiones nacionales de certificación para reunir y analizar los datos sobre la erradicación de la poliomielitis y exhorte a todos los gobiernos a que aumenten el apoyo a las actividades dirigidas a lograr el control y la eliminación definitiva del sarampión y alcanzar un mayor control del tétanos neonatal. También recomienda al Consejo Directivo que pida al Director que continúe sus esfuerzos para movilizar recursos adicionales para el PAI y que establezca un fondo especial para el control y la eliminación del sarampión.

El PRESIDENTE solicita al Dr. De Quadros que presente al Consejo la información más reciente.

El Dr. DE QUADROS (OPS) indica que informará sobre cuatro aspectos que complementan la presentación anterior. El primero se refiere a la poliomielitis. La

interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono parece haberse logrado en todos los países de las Américas, pero necesita ser demostrada al resto del mundo a través de los procesos de certificación. Esto requiere mantener una vigilancia epidemiológica muy estricta, con indicadores de vigilancia que puedan convencer a la CICEP. En este sentido, es muy importante destacar que en varios países se han deteriorado los indicadores del desempeño de la vigilancia. Esto podría reflejar, por un lado, satisfacción consigo mismos por parte de los países que han estado exentos de poliomiélitis por un período más largo; en otros, sin embargo, puede ser que hayan disminuido el apoyo y los recursos para la vigilancia epidemiológica. Es urgente corregir estos problemas para que la Región de las Américas pueda declararse exenta de la enfermedad durante la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1994.

El segundo comentario se refiere al sarampión. Las iniciativas para eliminar esta enfermedad han tenido éxito en muchos países; sin embargo, en otros (Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela) no se han movilizad los recursos necesarios para lanzar la fase de ataque de sus programas. En segundo lugar, debido a la disminución de recursos, tanto en los presupuestos nacionales como en los de los organismos de cooperación, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica del sarampión y de las enfermedades febriles eruptivas ha sido más lento que el de las parálisis flácidas agudas. Es importante aumentar el apoyo a estas actividades de vigilancia; de lo contrario, los países no cosecharán beneficios de los esfuerzos hechos hasta la fecha.

En tercer lugar, refiriéndose al tétanos neonatal, dice que los países están a punto de lograr su eliminación como problema de salud pública. Ya casi se ha conseguido una de las metas establecidas en la Cumbre Mundial en Favor de la infancia, de no tener más de un caso por 1.000 nacidos vivos para 1995. No obstante, la reducción de recursos mencionada en relación con la poliomielitis y el sarampión, también afecta al tétanos neonatal. Este logro es muy importante, pues la Región de las Américas es la única del mundo que ha alcanzado la meta, y debe hacerse todo lo posible por mantenerlo.

Por último, informa que varios países han mostrado una disminución de las coberturas de inmunización en relación con los de 1990. La situación es alarmante, porque en muchos casos la reducción se ha debido a un suministro insuficiente de vacunas y otros insumos necesarios. Es preciso que se incluyan en los presupuestos nacionales recursos suficientes para la compra de vacunas. Como ha destacado el Informe del Banco Mundial, la inmunización es una de las intervenciones de salud más costo-efectivas. Los países no pueden sufragar el costo de dejar de vacunar a sus niños. Es importantísimo redistribuir los recursos del sector de la salud para cubrir estas necesidades, si se quiere cumplir con el compromiso que todos tienen en el futuro de los niños de las Américas.

*The session was suspended at 10:20 a.m. and resumed at 10:55 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:20 a.m. y se reanuda a las 10:55 a.m.*

*Mr. Aiston (Canada) took the Chair.
El Sr. Aiston (Canadá) pasa a ocupar la Presidencia.*

Dr. MITCHAM (Saint Kitts and Nevis) expressed the support of her Delegation for the work of the Expanded Program on Immunization. Her country had achieved 100% immunization coverage against most of the vaccine-preventable diseases, and public health nurses continued to monitor children from birth through their school years. She thanked PAHO for its technical assistance, congratulated the health workers and governments of the Region for their hard work, and encouraged them to continue their efforts.

Dr. EDWARDS (Trinidad and Tobago) congratulated the Director and his staff for their achievements in implementing the EPI, from which his country had derived great benefit. No cases of poliomyelitis or neonatal tetanus had been reported in Trinidad and Tobago in 1992 and only 117 clinically diagnosed cases of measles, none of which had been confirmed by laboratory tests. Nevertheless, even though immunization coverage was high against poliomyelitis, measles, tetanus, diphtheria, and pertussis, there was a real threat that the country's worsening economic situation would erode those gains.

For that reason, the national EPI had recently received assistance from the country's corporate citizens, in addition to that received from PAHO.

The Delegation of Trinidad and Tobago supported the entire proposed resolution before the Council and in particular operative paragraph 7. His country hoped to receive continued technical and financial support from the Organization in the area of immunization.

El Dr. COSTA (Uruguay) felicita al Presidente por la labor que recientemente desplegaron las autoridades de salud del Canadá, cuando lograron detener y contener la propagación del poliovirus salvaje después de su importación de los Países Bajos. Coincide con el Dr. De Quadros en que la inversión en el sector salud es la mejor inversión que pueden efectuar los países de las Américas. No es posible permitir, por ninguna razón, que vacunas probadas y disponibles no lleguen a los niños que las necesitan. Glosando al Representante de México, afirma que por lo menos con las vacunas es dable igualar a todos los niños de la Región. Uruguay se compromete a trabajar sin descanso para que esta aspiración se convierta en realidad y solicita de la Organización que mantenga y refuerce su vigilancia en cuanto a la efectividad y los costos de las vacunas y que haga cuanto esté a su alcance para que los países que por razones económicas no pueden alcanzar la cobertura ideal del 100% consigan los recursos suficientes de fuentes externas.

El Dr. ANTELO (Cuba) afirma que su país fue el primero de la Región en eliminar la poliomielitis, en 1962, un hecho tan trascendental como la erradicación de la viruela. En cuanto al cumplimiento de los programas actuales, destaca que desde 1988 se desarrolla uno de eliminación del sarampión, que es muy importante porque incluye asimismo la rubéola y la parotiditis, y que ya es posible sostener que se ha interrumpido totalmente la transmisión de la enfermedad, pues no se ha notificado ningún caso en 1992 y en lo que va de 1993. Aclara, sin embargo, que en la actualidad carecen de protección unos 180 niños menores de cinco años por una acumulación de susceptibles derivada de

la imposibilidad real de alcanzar la cobertura ideal del 100% y del hecho de que la vacuna es eficaz tan solo en 95%. De todas maneras, se confía en consolidar el programa de eliminación en el último trimestre del corriente año, pues ya se cuenta con la invaluable ayuda del UNICEF. A pesar de que la lucha contra el tétanos neonatal culminó en 1972, se continúa garantizando a todas las embarazadas una protección del 100%. A fines de 1992 el 90% de los niños estaban vacunados contra la hepatitis B, porcentaje que ha disminuido ahora a 85%. Por eso, y con el propósito de eliminar la enfermedad a mediano plazo, se ha previsto llevar a cabo un plan de seis años, entre 1994 y 1999, para inmunizar al 100% de la población menor de 20 años y al 100% de los grupos de riesgo en general.

A pesar de las dificultades económicas que sufre Cuba, el Gobierno mantendrá e incluso incrementará las actividades actuales del Programa Ampliado de Inmunización, para lo cual cuenta con la ayuda inestimable e incondicional de la OPS, el UNICEF, el Club Rotario Internacional y diversas organizaciones no gubernamentales.

El Dr. MONASTERIO (Bolivia) dice que en su país se ha trabajado mucho en el Programa Ampliado de Inmunización y se han satisfecho ciertas aspiraciones, a pesar de los problemas económicos que hay que enfrentar. Las coberturas de vacunación se han incrementado sustancialmente y, por lo tanto, la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles muestra ahora una tendencia decreciente muy clara.

En los últimos diez años se han aplicado más de 12 millones de vacunas contra la poliomielitis y se confía que a más tardar en 1994 se puedan cumplir los cinco

criterios de erradicación que exige la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Por otra parte, el último aislamiento de poliovirus salvaje se efectuó en 1986. También se espera eliminar el sarampión en 1994 ó 1995 como consecuencia de la gran campaña nacional de vacunación que se emprenderá a partir de abril de 1994, la mejor época dadas las características del país. En cuanto al tétanos neonatal, se han alcanzado muy altas coberturas en los sectores de alto riesgo.

Por otra parte, la reestructuración de la Secretaría de Salud y la redefinición de prioridades efectuadas por el Gobierno persiguen, entre otros, el propósito de fortalecer la vigilancia epidemiológica. Bolivia está dispuesta a invertir en salud todos los recursos de que disponga y confía en conseguir financiación externa complementaria, habida cuenta de la solidaridad que en este ámbito se observa en el panorama internacional.

El Sr. OYARZO (Chile) declara que su Delegación respalda plenamente las recomendaciones presentadas en el informe de la Secretaría y tiene mucha confianza en las campañas masivas de vacunación.

En abril de 1992 Chile dio el primer paso hacia la eliminación del sarampión con una campaña de vacunación que abarcó a los menores de 15 años. Desde entonces se mantiene altas tasas de cobertura y se desarrolla un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Por consiguiente, la aparición de cualquier caso sospechoso constituye una emergencia epidemiológica. Durante 1992 se investigaron 777 casos sospechosos de sarampión y el laboratorio de referencia solo confirmó uno, importado del Perú. En 1993 se han investigado 175 casos sospechosos, de los cuales únicamente

se confirmó uno, importado de Venezuela. Cabe concluir, por tanto, que no se han presentado en los últimos tiempos casos autóctonos.

Ms. KEFAUVER (United States of America) thanked Dr. De Quadros for the updated report and joined with others in congratulating all the countries on the progress achieved with regard to polio and measles. On the other hand, she pointed to the warning and the plea issued by Dr. De Quadros not to slacken efforts too early, and thus snatch defeat from the jaws of victory. The recent reemergence of tuberculosis in the United States had demonstrated the cost of failing to carry out prevention and health promotion activities. More and more, expenditures for curative services far exceeded and were beginning to preempt preventive care and health promotion. It was significant that the World Bank had chosen to devote its most recent *World Development Report* to health, and that economists as well as health experts had identified such preventive measures as immunization as the most productive way to spend the funds allocated to health.

In view of the current epidemiological transition, and the implications for health promotion and disease prevention of such changes as the aging of the population, and the consequent increase in the proportion of health expenditures devoted to health care in the last months of life, the public health community would need to exercise leadership in the technical and political debate about setting priorities and allocating scarce resources. Clearly, PAHO could play a key leadership role in helping its Member Governments deal with those complex issues.

She hoped that the Region would heed the warning to keep up its guard and would maintain the infrastructure for surveillance, laboratory work, vaccine culturing and distribution, community participation and education that had been built through the polio campaign.

El Dr. NUÑEZ (Paraguay) dice que su país ha sufrido recientemente un brote epidémico de sarampión. Considera que la mejor estrategia para evitar que esta situación se repita consiste en promover la atención de la salud, impartir una buena educación en salud, fomentar la participación de la comunidad y responsabilizar a los distintos sectores actuantes para lograr una cobertura satisfactoria, incluso en los sitios más remotos. Agradece asimismo el constante apoyo que el Paraguay recibe de la OPS y el UNICEF.

El Dr. PICO (Argentina) manifiesta que los importantes logros alcanzados en la Región demuestran a las claras la trascendente y continua labor que desarrolla la Organización por medio del PAI en cada uno de los países. Después de referirse someramente al Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que cuenta con el apoyo de todos los estamentos que configuran el sector salud en la Argentina, explica pormenorizadamente la campaña nacional antisarampionosa que se desarrolló desde el 10 de mayo hasta el 2 de junio del corriente año. Trabajaron en ella unas 21.000 personas y se contó con 9.000 vehículos, 5.610 puestos fijos y 5.800 puestos móviles de sectores públicos --nacionales, provinciales y municipales-- y privados, que tuvieron el apoyo valioso del Ejército, la Gendarmería, la Prefectura y las policías provinciales. Se

adquirieron 14 millones de dosis de vacuna y se reforzó la cadena de frío con 630 heladeras donadas por el Club Rotario Internacional y 18.000 conservadoras compradas expresamente. Fueron vacunados en total 9.300.000 niños, lo que representa una cobertura nacional de 97%, que pudo haber sido aún mayor de no haberse presentado problemas insalvables de orden geográfico y climático. Fue una experiencia piloto que se prolongará durante cinco años. Además, se ha empezado a vacunar contra la hepatitis B a todo el personal de salud y a los grupos de riesgo y se ha puesto en marcha un programa de erradicación del tétanos neonatal. No hay duda de que la participación social y la identificación con los objetivos oficiales permitirán disminuir hasta un grado satisfactorio los riesgos evitables de enfermar y morir.

El Dr. SANTIAGO (Puerto Rico) dice que el PAI en su país comprende un componente normativo central y componentes operacionales de carácter regional, y se propone prolongar y mantener los más altos niveles de salud mediante la administración de vacunas y la intervención temprana en el control de enfermedades transmisibles que son inmunoprevenibles.

La Ley No. 25, llamada Ley de Inmunización, estipula la obligación de vacunar a los niños que ingresan en las escuelas. Por lo tanto, la cobertura de inmunización de los niños de edad escolar es muy satisfactoria: 99%. Sin embargo, la cobertura de los grupos preescolares es deficiente. Por eso se han multiplicado los afiches, folletos, sueltos periodísticos y mensajes por radio y televisión que explican los beneficios de la inmunización y cada dos meses aparece una publicación titulada "Vacunación en

Acción", que tiene una tirada de 300.000 ejemplares. En 1994 se proyecta vacunar a unos 30.000 niños con el propósito de elevar el nivel de inmunización de los grupos preescolares por lo menos a 90%.

La Ley No. 59, de agosto de 1991, denominada Ley de Fondo para el Bienestar, prevé la asignación de recursos para desarrollar programas de prevención de enfermedades y accidentes laborales. Uno de estos programas incluye un plan de vacunación contra la hepatitis B para quienes realizan trabajos de alto riesgo, junto con una plan de capacitación en el que se enseña cómo evitar el contagio ante el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Por último, se llevan a cabo gestiones en procura de que se promulguen leyes que permitan que las madres menores de edad presten su consentimiento para vacunar a sus hijos y que los tutores no encuentren trabas jurídicas para permitir que sean vacunadas las personas de las cuales son responsables.

El Dr. LONDOÑO (Colombia) destaca que en los dos últimos años no se ha identificado en su país al poliovirus salvaje y se ha fortalecido considerablemente el sistema de vigilancia epidemiológica. La campaña de vacunación contra el sarampión que se efectuó en 1992 permitió obtener una cobertura de 97,2% tras la inmunización de 11.800.000 niños y jovencitos, que se logró como consecuencia de una gran movilización social. En cuanto a la hepatitis B, se ha logrado vacunar a las poblaciones que se consideraban de mayor riesgo. Sin embargo, preocupan a las autoridades de salud los brotes de meningitis meningocócica tipo B registrados en la costa atlántica. Se está

haciendo un barrido sanitario y se procura fortalecer los programas regulares de vacunación. De todas maneras, considera que las vacunaciones en las zonas fronterizas, especialmente con Venezuela y Ecuador, deberían tener un desarrollo mucho mayor. Además, habida cuenta de que el problema de la hepatitis B en Colombia empieza a cobrar proporciones que trascienden a los grupos de riesgo, quizás haya llegado el momento de pensar en la posibilidad de incluir esta enfermedad, masivamente, en el PAI.

La Dra. COEN (República Dominicana) dice que en los últimos siete años no se ha registrado en su país ningún caso autóctono de poliomeilitis, a pesar de lo cual todavía no ha logrado la certificación de la erradicación de la enfermedad con arreglo a los criterios de la CICEP. En 1992 no hubo ningún caso de tétanos neonatal. EL sarampión, sin embargo, sigue constituyendo un grave problema. Durante la epidemia de 1992 sufrieron de sarampión 938 niños, de los cuales murieron 112. En el corriente año se registraron 3.780 casos y 11 defunciones. Por eso, en la primera semana de octubre, se llevará a cabo una gran jornada de vacunación masiva que comprenderá a toda la población, y se ha reforzado la vigilancia epidemiológica. La cobertura de inmunización ha aumentado ya un 50% con respecto a 1992 y alcanza a 55% en los niños de más de 5 años.

Por último, solicita que se proporcione ayuda externa a Haití, país fronterizo con la República Dominicana, para que pueda ejecutar un programa de inmunización adecuado que resulte beneficioso para ambos pueblos hermanos.

El Dr. CHAVEZ (México) concuerda con la Representante de los Estados Unidos de América en que los golpes que se reciben cuando se cree haber alcanzado la victoria son los más dolorosos. Por eso es peligrosa la complacencia, por eso no hay que bajar la guardia. Es preciso hacer evaluaciones cada seis meses de los logros del PAI, con arreglo a las directrices de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en 1990. Las más altas autoridades de todos los países de la Región deben recordar siempre la frase: "todos los niños, todas las vacunas".

Para finalizar, pone de relieve la importante labor que sobre el particular desarrolla la OPS y señala que para México y los países colindantes el PAI constituye una prioridad absoluta, sobre todo en zonas de frontera.

El Sr. GROSS (Club Rotario Internacional) agradece la oportunidad que se le brinda de participar en la presente sesión y rinde homenaje al personal de salud del Perú, que en los primeros meses de 1992 visitó más de 2.150.000 viviendas en zonas de alto riesgo y vacunó más de 2 millones de niños en la operación de barrido sanitario más peligrosa y espectacular de América Latina, a fin de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje, tras la confirmación del caso de infección registrado el 21 de agosto de 1991 en el pueblo de Pichinaki.

Tras manifestar su total acuerdo con el Dr. Nakajima cuando afirmó que no habrá paz verdadera en el mundo sin salud y que la salud es un medio para alcanzar la paz, reconoce que lo emocionó escuchar en el recinto que la salud es un derecho esencial

de la vida y que debe divulgarse el concepto de preservación de la salud con la participación plena de la comunidad.

Relata que hace poco asistió a la inauguración de una pequeña posta en un asentamiento humano muy pobre próximo a Lima y que el primer orador fue un modesto trabajador desocupado que reclamó vacunas para salvar la vida de sus hijos, desarrollando la misma idea que poco días después expuso Bill Clinton, el Presidente de los Estados Unidos, el país más rico del mundo, pensando en la mejor manera de proteger a su pueblo.

Como dijo el Representante de México, el Dr. Kumate, en la segunda sesión plenaria, la Región de las Américas ha realizado progresos y alcanzado metas en sus programas de vacunación, y por ello debe sentirse orgullosa. Pero nada dijo, seguramente por modestia, acerca de la decisión y perseverancia de un distinguido médico mexicano que fue presidente del Club Rotario Internacional en 1985 y 1986. Esa decisión y esa perseverancia permitieron concretar un convenio que debe servir de ejemplo en el mundo de la colaboración entre una institución privada que presta servicios humanitarios y educativos y los organismos técnicos internacionales rectores de la salud mundial. De América proceden los Dres. Salk y Sabin, cuyas investigaciones tanto han beneficiado a la humanidad. Y de América Latina también proceden la fe, la entrega y el corazón de miles de médicos, enfermeras y voluntarios, hombres, mujeres y jóvenes, que se han aferrado al sueño de un mundo libre de la poliomelitis. Los rotarios reiteran con firmeza su compromiso de seguir trabajando por tan noble causa.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) señala que desea formular algunos comentarios aclaratorios o reiterativos de observaciones demasiado importantes para que sean pasadas por alto.

El primero se refiere a la necesidad de mantener los esfuerzos emprendidos, de no cejar en ellos por complacencia, por una satisfacción exagerada ante los éxitos alcanzados. Y los esfuerzos desplegados por lograr la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal deben prolongarse en actividades de vigilancia. Si se comparan los niveles de cobertura de inmunización en las Américas con los alcanzados en las otras regiones se observa que la del Pacífico Occidental y la de Asia Sudoriental presentan, al menos en el papel, niveles superiores de cobertura. En algunas de esas regiones la cobertura media con las vacunas incluidas en el PAI han superado, por lo menos así se afirma, el 100% suponiendo que se utilizan las mismas vacunas y que se aplican de manera idéntica, debe haber algún factor que explique el éxito de las Américas y el hecho de que en esas otras regiones todavía no hayan conseguido interrumpir la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis y eliminar la incidencia de otras enfermedades como el tétanos y el sarampión. El principal factor diferencial es la importancia que se ha concedido en esta Región a los sistemas de vigilancia. A pesar de todas las deficiencias con que han operado, es necesario que se mantengan y se fortalezcan, incluso porque son una base para cumplir otras funciones de apoyo en la lucha contra la enfermedad y en la preservación de la salud. Así ha quedado demostrado en la experiencia de la lucha contra el cólera. En efecto, la

infraestructura de vigilancia creada en función del PAI y la poliomielitis fue de extraordinaria utilidad para vigilar y mitigar los estragos del cólera. Vacunar es necesario. No se pueden combatir las enfermedades inmunoprevenibles si no se vacuna en condiciones adecuadas. Pero al mismo tiempo que se vacuna es necesario continuar con los esfuerzos de vigilancia, de movilización para la participación efectiva y responsable con la adecuada gestión de los recursos disponibles.

El segundo comentario, reitera, se refiere al problema de la complacencia y a la necesidad de hacer hincapié en la responsabilidad nacional para mantener los resultados alcanzados. La OPS, el UNICEF y otros organismos de cooperación continuarán haciendo todos los esfuerzos posibles para movilizar recursos de cooperación externa a fin de apoyar los esfuerzos nacionales. Pero estos recursos externos son tan solo recursos de complementación de los esfuerzos internos de cada país. Por supuesto, se mantiene el apoyo para que prosigan esos esfuerzos con relación a la poliomielitis, el tétanos y el PAI en general. La colaboración de la OPS con el UNICEF continúa, lo mismo que la colaboración con la AID (EUA). También se ha reiterado hoy, con palabras sentidas y sinceras, el compromiso del Club Rotario Internacional de seguir aportando su asistencia. A estos socios iniciales se añade hoy la cooperación valiosa del Canadá, España, Suecia y Francia. En algunos casos este apoyo se orienta hacia determinadas áreas en particular. En este sentido el Director se complace en anunciar que por lo menos desde el punto de vista material, de la disponibilidad de recursos, la OPS está en condiciones de conducir las campañas de vacunación en Haití y de conseguir

la cobertura y la protección que los niños de ese país merecen y que por tanto tiempo se les ha negado. La vacunación en Haití empezará lo más pronto posible, quizás este mismo año.

También se pueden observar loables demostraciones de solidaridad entre los propios países latinoamericanos. El Representante de México ha hecho referencia a las actividades conjuntas entre su país y los países vecinos. Brasil ha donado vacunas contra el sarampión a países de América Central y Argentina ha hecho lo mismo con Haití.

Estas expresiones de solidaridad concreta entre los países latinoamericanos se puede y se debe aumentar.

Bueno es insistir, por otra parte, en la extraordinaria unión de esfuerzos que ha sido posible establecer para conducir las actividades de inmunización en esta Región entre la Organización, el UNICEF, la USAID, el Club Rotario Internacional y el BID en la primera etapa. Cabe esperar que se superen algunas diferencias de tipo burocrático en el BID para que éste continúe prestando su apoyo a los esfuerzos de los Gobiernos Miembros. Con todo, lo más extraordinario ha sido el esfuerzo realizado por los propios países. Ese esfuerzo no es obra ni mérito de la Organización, ni de organismos multilaterales o bilaterales de cooperación. Es el mérito de los propios países. Es dentro de cada país, individual o colectivamente, donde el éxito o el fracaso puede plasmarse; quizá sea éste el momento de reconocer no solo los esfuerzos de los Gobiernos, sino también la dedicación de miles de trabajadores de salud, de agentes comunitarios, que brindan su tiempo, su esfuerzo, su sudor y, sobre todo, su amor, para que las actividades

de inmunización puedan cumplirse. El representante del Club Rotario Internacional recordó uno de los episodios más extraordinarios de este proceso, que fue la operación de barrido en el Perú para interrumpir definitivamente la transmisión de la poliomielitis y, al mismo tiempo, combatir el cólera, para lo cual se visitaron más de 2.000.000 de casas en muy poco tiempo, con riesgo incluso de la seguridad personal. Estas demostraciones de dedicación se ven también en muchos otros lugares. Cuando la organización del Programa se descentraliza y se transfieren las responsabilidades a niveles locales, la respuesta ha sido siempre extraordinariamente positiva.

Por último, el Director informa que en relación con la hepatitis B el PAI tiene ya una posición definida: deben vacunarse todos los grupos de riesgo en todas las áreas de riesgo que epidemiológicamente se determinen. Por lo tanto, si es necesario, la Organización cooperará con Colombia para definir las áreas de riesgo que conviene inmunizar contra la hepatitis B.

The PRESIDENT once again thanked the Director and Dr. De Quadros for their efforts in the area of immunization. He asked the Rapporteur to present the proposed resolution.

El RELATOR da lectura al siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered and reviewed the report of the Director on the Expanded Program on Immunization (Document CD37/16);

Noting with great satisfaction that more than two years have passed since detection of the last case of poliomyelitis (on 23 August 1991 in the district of Pichinaki, department of Junín, Peru); that there has been tremendous progress made toward securing the control and definitive elimination of measles, as well as notable achievements in the control of neonatal tetanus; and that in most of the countries the levels of vaccination coverage have been maintained or increased;

Recognizing that the consolidation of these achievements requires further commitment on the part of all the governments and agencies that are collaborating with the Program, as well as the strengthening of ties between the public and private sectors, and

Noting with concern that in Alberta, Canada, an importation of wild poliovirus from the Netherlands has been detected,

RESOLVES:

1. To congratulate all the health workers of the Region for their dedication and their outstanding achievements toward securing control of diseases preventable by vaccination.
2. To commend the health authorities of Canada for their prompt detection and apparent containment of the spread of wild poliovirus following its importation from the Netherlands, as well as the authorities of other countries that acted swiftly to investigate and vaccinate all communities potentially at risk.
3. To urge all the Member Governments to intensify their surveillance among groups potentially at risk for transmission of poliovirus associated with the aforementioned or future importations.
4. To recommend to all the Member Governments that they establish national certification commissions to collect and analyze the data on the eradication of poliomyelitis, which are then to be reviewed by the international commission.
5. To call on all the Member Governments to increase their support for activities aimed at achieving control and the definitive elimination of measles and at achieving increased control of neonatal tetanus; this will require allocation of resources in the national budgets to support vaccination programs, including national campaigns, expansion of national surveillance systems, and support for diagnostic laboratories.

6. To thank all the collaborating governmental and nongovernmental agencies, bilateral as well as multilateral, for their ongoing support, and to call on them to maintain and increase this support.

7. To request the Director:

- (a) To continue his efforts to mobilize additional resources for the EPI and its disease control and elimination initiatives;
- (b) To establish a special fund for the control and elimination of measles.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado y revisado el informe del Director sobre el Programa Ampliado de Inmunización (Documento CD37/16);

Tomando nota con gran satisfacción de que han transcurrido más de dos años desde la detección del último caso de poliomielitis (el 23 de agosto de 1991 en el distrito de Pichinaki, departamento de Junín, Perú) y de que asimismo se han hecho tremendos progresos con miras a conseguir el control y la eliminación definitiva del sarampión, así como logros notables en el control del tétanos neonatal, y de que en la mayoría de los países los niveles de cobertura de vacunación se han mantenido o han aumentado;

Reconociendo que el afianzamiento de estos logros requiere un mayor compromiso de todos los gobiernos y organismos que están colaborando con el Programa, así como la ampliación de las alianzas entre los sectores público y privado, y

Observando con inquietud que en Alberta, Canadá, se ha detectado una importación de poliovirus salvaje proveniente de los Países Bajos,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los trabajadores de salud de la Región por su dedicación y sus tremendos logros con miras a conseguir el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

2. Elogiar a las autoridades sanitarias del Canadá por la pronta detección y la contención evidente de la propagación del poliovirus salvaje después de su importación de los Países Bajos, así como a todos los otros países que actuaron con gran prontitud para investigar y vacunar a todas las comunidades potencialmente en riesgo.

3. Instar a todos los Gobiernos Miembros a que intensifiquen sus actividades de vigilancia en todos los grupos que puedan estar en riesgo por la transmisión del poliovirus vinculada con la importación mencionada o con importaciones futuras.

4. Recomendar a todos los Gobiernos Miembros que establezcan comisiones nacionales de certificación para reunir y analizar los datos sobre la erradicación de la poliomielitis que habrán de ser revisados por la comisión internacional.

5. Exhortar a todos los Gobiernos Miembros a que aumenten el apoyo a las actividades dirigidas a lograr el control y la eliminación definitiva del sarampión y alcanzar un mayor control del tétanos neonatal; esto requerirá la asignación de recursos en los presupuestos nacionales para apoyar los programas de vacunación, incluidas las campañas nacionales, la ampliación de los sistemas nacionales de vigilancia y el apoyo a los laboratorios de diagnóstico.

6. Agradecer a todos los organismos colaboradores, gubernamentales y no gubernamentales, tanto bilaterales como multilaterales, el continuo apoyo prestado y solicitarles que mantengan y aumenten dicho apoyo.

7. Pedir al Director que:

- a) Continúe sus esfuerzos para movilizar recursos adicionales para el PAI y las iniciativas de este sobre control y eliminación de enfermedades;
- b) Establezca un fondo especial para el control y la eliminación del sarampión.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.9: HEALTH PROMOTION IN THE AMERICAS
TEMA 5.9: FOMENTO DE LA SALUD EN LAS AMERICAS

The **PRESIDENT** drew attention to Document CD37/17 and asked the Representative of the Executive Committee to report on the item.

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, como se señaló en la Reunión del Comité Ejecutivo, el documento sobre el tema presentado por la Secretaría examina el planteamiento de la promoción de la salud como respuesta a la situación que vive la Región, teniendo en cuenta los factores socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos y con el enfoque global de salud y desarrollo. Plantea también los desafíos y las limitaciones que tienen tanto la OPS como los Gobiernos Miembros, para el desarrollo de la promoción y la protección de la salud. Es decir, la escasez de recursos humanos con la capacidad requerida para aplicar las nuevas tecnologías de trabajo y los problemas actuales de competencia entre los diferentes sectores del desarrollo para coordinar las inversiones económicas y sociales.

El Comité reconoció que se están produciendo rápidos cambios epidemiológicos dentro de una transición demográfica acelerada, lo que se traduce en un importante aumento de la morbilidad por enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento de las poblaciones. El costo social y económico de esas enfermedades es muy alto, y por eso su prevención y la promoción de la salud constituyen estrategias fundamentales para lograr que adultos y ancianos alcancen un nivel de vida saludable. También destacó el papel que desempeña la educación de los niños, no solo desde el punto de vista de su salud futura, sino también por la influencia que ejercen sobre sus progenitores. Por otra parte, se están fortaleciendo las relaciones con los ministerios de educación y también, cuando procede, con los de comunicación social, pues es preciso difundir ampliamente el concepto de salud como recurso e inversión para el desarrollo, haciendo hincapié en

la clara necesidad de contar con comunidades saludables, de reforzar los procesos de descentralización y de fortalecer los servicios y sistemas locales de salud.

En la Resolución XVIII el Comité Ejecutivo recomienda al Consejo Directivo que inste a los gobiernos miembros a que desarrollen políticas públicas destinadas a fortalecer las actividades de promoción de la salud y a hacer frente a los nuevos problemas de salud, especialmente los relacionados con la nutrición; fortalezcan los programas destinados a fomentar la cooperación intersectorial para la promoción de la salud; formulen políticas y planes dirigidos a adecuar los actuales programas y servicios de salud pública, promoviendo el concepto de "ciudades sanas", e incluyen las actividades de comunicación social como un instrumento clave en los programas comunitarios de salud. Así mismo pide al Director que prepare un plan regional, con objetivos y metas concretos, y que los presente al Subcomité de Planificación y Programación y al Comité Ejecutivo, y continúe sus esfuerzos para identificar y promover estrategias de movilización de recursos nacionales e internacionales destinados a financiar las iniciativas de promoción y protección de la salud.

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

directing council

regional committee



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/8
30 September 1993
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE EIGHTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA SESION PLENARIA

Thursday, 30 September 1993, at 2:30 p.m.
Jueves, 30 de septiembre de 1993, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Julio Montt Chile
Presidente:
Later: Mr. Edward Aiston Canada
Después:

Contents
Indice

Fourth Report of the Committee on Credentials
Cuarto informe de la Comisión de Credenciales

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

Item 5.9: Health Promotion in the Americas (continued)
Tema 5.9: Promoción de la Salud en las Américas (continuación)

Item 7.4: Abraham Horwitz Award for Inter-American Health
Tema 7.4: Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana

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

Item 5.5: Workers' Health
Tema 5.5: Salud de los trabajadores

Item 5.10: Family Planning, Reproductive Health, and Population
Tema 5.10: Planificación familiar, salud reproductiva y población

Item 5.11: Violence and Health
Tema 5.11: Violencia y salud

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

**FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
CUARTO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES**

Mr. LEAKEY (Jamaica), Rapporteur of the Committee on Credentials, said that, at its fourth meeting on 30 September, the Committee had examined the credentials delivered to the Director in accordance with Rules 16 and 17 of the Rules of Procedure of the Directing Council.

The credentials of the Representative of the United Kingdom had been found to be in good order. The Committee therefore proposed that the Directing Council recognize their validity.

Decision: The fourth report of the Committee on Credentials was approved.
Decisión: Se aprueba el cuarto informe de la Comisión de Credenciales.

**ITEM 5.9: HEALTH PROMOTION IN THE AMERICAS (*continued*)
TEMA 5.9: PROMOCION DE LA SALUD EN LAS AMERICAS (*continuación*)**

El Dr. COSTA (Uruguay) dice que su país, con su baja natalidad, ha cumplido ya la llamada transición demográfica y está a punto de cumplir la epidemiológica. Se han elegido doce programas prioritarios, entre los cuales cuatro o cinco tienen una prioridad aún mayor, que son los programas sobre el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, las dos primeras causas de muerte en el Uruguay; los accidentes, por ser la primera causa de muerte entre los jóvenes; la discapacidad y la ancianidad, por las

características demográficas, y el SIDA. También hay factores importantes, como el consumo de alcohol y de tabaco, y la violencia, que va cobrando proporciones alarmantes.

Para la atención primaria de la salud en los sistemas locales está el médico de familia, pero sobre todo el "carnet de salud", de carácter preventivo, que actualmente es gratuito por decreto. Toda la población tiene derecho a ese carnet, pero se estudian los factores de riesgo específicos de quien lo solicita. En el marco de las enfermedades cardiovasculares, se está experimentando con una ficha de seguimiento de los hipertensos que puede dar buenos resultados, y un esfuerzo que ya ha dado sus frutos es la cobertura dada al cáncer de mama. En materia de accidentes ha habido asimismo logros importantes, sobre todo en coordinación con las intendencias, con el Ministerio del Interior y con el Ministerio de Transporte, lo que demuestra que la salud no es ya patrimonio de los médicos.

Se va a sancionar una ley para el control de la alcoholemia entre los conductores, y la ancianidad es uno de los programas prioritarios: en estos momentos se está estudiando una reglamentación clara y eficiente de los hogares de ancianos pero fundamentalmente se está trabajando en los clubes y hogares diurnos destinados a ellos.

En el Uruguay, donde se advierten a la vez signos de subdesarrollo y algunos indicadores de países desarrollados, se está enfocando con un nuevo criterio los servicios de salud, y antiguos hospitales de seguros se han transformado para tratar patologías

crónicas. Se trata de un camino ya recorrido por el Uruguay y otros países, pero que podrá ser recorrido también por otros países de la Región.

Por último, un grave problema del Uruguay es el alto costo de la tecnología actual. Es difícil que cada país por separado halle soluciones, y es la OPS la que puede coordinar los esfuerzos y prestar ayuda, tratando los problemas con carácter regional.

Le Dr. ARMELLE GEORGE-GUITON (France) se référant au fond de la question, se penche sur le domaine complexe des programmes transversaux, horizontaux et intégrés qui s'opposent aux programmes verticaux comme, par exemple, un programme d'éradication de la poliomyélite. Bien que la vaccination soit une démarche simple, avec un processus linéaire et un agent pathogène, un vaccin, elle offre une protection individuelle. En revanche, le concept de la promotion de la santé est une démarche complexe, multiforme, délicate.

En fait, on pourrait le diviser en deux catégories: d'une part, la prévention de la puissance publique qui peut facilement être mise en oeuvre par des règles et imposée aux citoyens. Il faut inclure sous cette rubrique les règlements de sécurité routière, les règlements sur les lieux de tabac, sur l'accès des handicapés à certain immeubles, sur la diététique dans les cantines collectives etc.

L'autre catégorie qui intéresse surtout les professionnels de la santé publique couvre les changements de comportement individuel. Dans ces cas, il faut une persuasion et les outils ne sont pas absolument faciles à trouver: il s'agit d'outils de pédagogie aux plans national et local ou dans la proximité intime de la consultation

médicale. Bien que l'on tend à s'engager de plus en plus dans la deuxième dimension, qui est celle des changements de comportement individuel, il faut agir avec beaucoup de prudence à cause des dangers de stigmatisation, voire de délation dans les cas de proximité. On ne peut non plus ignorer les conséquences très graves pour les assurances et employeurs, d'autant plus que le 21ème siècle va offrir une médecine préventive fournissant tous les outils scientifiques pour établir le comportement type que chaque individu devra presque obligatoirement suivre s'il ne veut pas dévier des normes de cette médecine préventive. Il y a donc très peu de démarcation entre l'intérêt collectif et le respect des individus.

Il est un autre sujet voisin qu'il faudrait examiner. Il s'agit des villes-santé et de l'utilisation qu'on peut en faire dans les programmes de santé, soit par une déconcentration de l'autorité nationale soit par une décentralisation. Ces deux termes cachent des réalités complètement différentes. En France, les deux processus cheminent parallèlement et permettent chaque année d'établir un bilan des avantages et inconvénients respectif d'une déconcentration de l'Etat-providence en matière de santé ou d'une réelle décentralisation.

La décentralisation pose un risque à ne pas négliger: l'inégalité entre les régions et les collectivités politiques et territoriales, lorsque certaines d'entre elles pourront offrir des prestations importantes à la population tandis que d'autres les négligeront sans que l'Etat ne les prenne en charge. L'absence d'observation constitue aussi un risque. L'observation ne sera possible que grâce à une autorité centrale, faute de quoi les

remontées statistiques ne pourront se faire. La délégation française estime que les villes-santé peuvent s'inscrire dans un processus à la fois de déconcentration et de décentralisation intelligente.

A cet égard, l'expérience française a été de créer un réseau national qui ne cesse de grandir. Un réseau francophone a été aussi créé et le dernier congrès a eu lieu au Canada. Le prochain se tiendra à la Martinique en mai 1994. Ces différents réseaux permettent aux élus politiques locaux de prendre en main certaines mesures de promotion de la santé et d'encourager une espèce d'émulation qui évite l'action passive et un peu négligente.

Mme. LISE GRAVEL (Canada) dit que le document "Promotion de la santé dans les Amériques" est un excellent document qui dresse un portrait de la situation basé sur l'évolution du concept de promotion de la santé à travers plusieurs conférences régionales et internationales.

Ce document donne de l'importance à la solidarité et à l'équité sociale, principes de base pour établir de véritables ponts entre santé et développement. Les objectifs contenus dans le document de l'Organisation sont clairs et précis, à savoir développer la capacité des individus et des communautés face à leur santé et améliorer les conditions de vie des groupes les plus affectés. Ces objectifs ouvrent la porte à de nombreuses actions dans tous les milieux de vie, auprès de nombreux groupes formant la base des sociétés.

La promotion de la santé sert aussi d'assise aux approches intersectorielles et multisectorielles nécessaires, d'une part à l'élaboration et à la réalisation de politiques et de programmes nationaux et locaux en faveur de la promotion de la santé, et d'autre part, au développement de projets pilotes, tel que mentionné à l'item 3.3 dudit document. Il faut souhaiter toutefois que les critères retenus pour la sélection des projets pilotes soient réalistes, concrets et amenant le plus possible à des résultats à court terme.

Au Canada, depuis 1974, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux sont largement impliqués au regard de la promotion de la santé, par exemple, à travers les campagnes d'information sur divers facteurs de risque, les études de population axées sur les attitudes, les comportements en matière de santé et de bien-être et la création de centres d'expertise en promotion de la santé au sein de 4 universités canadiennes. Ces centres s'ouvriront aussi à la coopération interpays. Les contraintes mentionnées à l'item 5.3 du document de l'OPS, telles que, à titre d'exemple, la pauvreté de la recherche en promotion de la santé et l'évaluation de l'efficacité des interventions dans ce domaine pourraient être à la base de futures collaborations, tout comme le Mouvement québécois de villes en santé. De plus, des réseaux, comme le Réseau francophone international en promotion de la santé, pourrait être aussi un objet de coopération.

L'histoire a enseigné en maintes fois que les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité de l'environnement social et de façon générale à un accroissement de la

prosperité. Il est semble nécessaire que toute collectivité choisisse de protéger tous ses membres contre les risques individuels de maladie. Il est aussi commun que beaucoup de risques se retrouvent invariablement dans certaines couches sociales au sein de groupes spécifiques, d'où la nécessité aujourd'hui de déborder le cadre strict du système de services et de considérer les mesures sociales qui peuvent affecter la santé et le bien-être.

Continuing in English, she said that Canada strongly supported the proposed resolution contained in Document CD37/17, but suggested that operative paragraph 1(d) be amended to read "Include social communication and education campaigns promoting the responsibility of the people as key instruments in community health programs."

El Dr. ANTELO (Cuba) felicita a la Secretaría por haber presentado al Consejo un tema tan importante. Que las enfermedades transmisibles ocupen un lugar primordial en el contexto sanitario de la Región, no impide detenerse en la promoción de la salud pues a diario mueren muchas personas de enfermedades crónicas no transmisibles que requieren atención y prevención, educación para salud y una promoción adecuada.

En Cuba, a pesar de que las enfermedades transmisibles no están entre las diez causas de muerte principales, la promoción de la salud desempeña un papel muy importante. En este sentido, el programa del médico y la enfermera de familia es fundamental: cubre 90% de la población pero se espera que, en dos años, ofrezca una cobertura total.

Hay varios programas de salud basados en acciones comunitarias. Por ejemplo, el de la atención al anciano, algunos de cuyos objetivos ya se han alcanzado, como la práctica diaria de ejercicios físicos o la creación de "casas de abuelos", en donde los ancianos reciben durante el día toda clase de atenciones materiales y espirituales, además de la necesaria asistencia médica y de promoción de la salud.

Las leyes y resoluciones ministeriales que amparan a la mujer durante su etapa de gestación son otra medida importante de protección de la salud, y también los microgimnasios instalados cerca de los consultorios de los médicos de familia, o los gimnasios comunitarios de los policlínicos, en donde la presencia de instructores deportivos es decisiva cuando hace falta corregir alguna discapacidad.

Las comisiones de peritaje médico se ocupan del diagnóstico, la seguridad social y la salud del trabajador. El individuo incapacitado desde hace más de seis meses se presenta ante una comisión de ese tipo, compuesta por todos los especialistas en salud del Ministerio de Trabajo, que hace una evaluación completa de su estado físico y determina su incapacidad temporal o definitiva, siempre cubierta por el seguro social.

Cuba ha recogido las enseñanzas de las recomendaciones de la Organización sobre promoción y protección de la salud y se ha adherido a la Declaración de Bogotá, convencida de que el desafío de la Región es modificar las relaciones sociales y armonizar los intereses económicos con el bienestar general y la solidaridad.

Dr. MILLER (Barbados) pointed out that her Government recognized that for society to develop and sustain development, the population must be given the opportunity

to achieve its health potential and enjoy the highest attainable quality of life. Barbados considered the adoption of its health promotion strategy was essential to ensure the maintenance of the current standard of health.

Barbados had participated in a workshop on health promotion in the Caribbean, which had raised awareness of the need to pursue health promotion. As a result of that meeting, Barbados had set up an intersectoral committee to develop a plan of action for health promotion activities, and a national committee was expected to be in place by December 1993.

The charter produced by the workshop set out health policy guidelines and directions for the countries in the Region. It was important that the charter be made available to all sectors so as to maintain the momentum of the workshop, and she hoped for further support from the Organization in this respect.

Barbados strongly supported the proposed resolution contained in Document CD37/17 and urged the Director to continue to identify and promote strategies to mobilize resources for health protection and promotion activities.

Ms. KEFAUVER (United States of America) said her Delegation believed health promotion was of great importance to health status and health economics in all the countries of the Region. The previous two decades had witnessed great changes in people's thinking about health protection and enhancement. The more active interest and personal responsibility being taken by the people of the United States for their own health was the key to her country's future health status.

The new administration had not only put health care reform at the top of the political agenda but it had also made it clear that the individual's responsibility for his/her own health was an integral element of that agenda.

The correlation between poor health and lower socioeconomic status was well documented. In order to realize the benefits of good health, it was necessary to find the means of extending those benefits to vulnerable populations. Medical care alone could not eliminate the impact of chronic disease, nor greatly reduce infant mortality, homicide, violence, and other health-related problems. Health promotion and disease prevention were the key to reduction of the amount spent on preventable diseases.

Her Delegation congratulated the Director for recognizing the importance of health promotion and protection by reorganizing the unit dealing with the question and supported the proposed resolution contained in Document CD37/17. Her Delegation encouraged the Organization to translate strategies into concrete actions to assist the countries of the Region.

El Dr. LONDOÑO (Colombia) quisiera añadir algunas líneas de acción complementarias a las sugeridas por la Representante de los Estados Unidos de América en la última parte de su intervención. Es obvio que la información sobre salud es muy importante, pero el valor de esa información depende de la capacidad de decidir, y la capacidad de decidir del sector público y privado en la Región depende de algunos instrumentos que permiten aumentar la capacidad de acción.

En Colombia se ha logrado que, al redistribuir los recursos públicos hacia las regiones, se destine un porcentaje fijo a programas de promoción y prevención. Con el 10% de los recursos del año fiscal, que asciende aproximadamente a \$100 millones anuales, se puede comenzar a realizar tareas concretas, pero la adjudicación de recursos debe ir acompañada de una asistencia técnica detallada que, en la esfera de la promoción y prevención, cuantifique los beneficios de las tareas, así como los costos. Coincide con la Representante de los Estados Unidos en que hay que procurar la eficacia en función del gasto y lograr un grado de concreción considerable.

En el plano privado, hay que fortalecer la capacidad de decisión, individual o colectiva. Hace falta autoresponsabilidad en salud, pues la salud no es sólo un derecho sino un deber. En Colombia ha habido ya expresiones legales concretas que permiten afirmar esa orientación.

Otro elemento importante es la valorización de la información, pues de ese modo se fortalece la capacidad de decisión de los consumidores en lo que se refiere a la obtención de servicios y a su organización. En Colombia, el Congreso está a punto de aprobar un proyecto de reorganización del sistema general de salud que hace mucho hincapié en lo que en los Estados Unidos se llama "competencia administrada". Se trata de crear alternativas que permitan a la gente escoger entre las distintas tareas preventivas y curativas que se ofrecen. En todos los países de la Región hay que desarrollar y reformar el sistema de seguridad social, fortaleciendo la pluriinstitucionalidad, es decir, las alternativas de decisión.

Si esa reforma adopta sistemas de pago que demuestren que, social y privadamente, es más rentable tener una población sana que enferma, la promoción y la prevención surgirán naturalmente. Hay que desarrollar las estrategias generales mediante tareas concretas, para que los ministerios tengan más capacidad técnica y aprovechen los incentivos económicos públicos y privados, lo cual constituirá la verdadera orientación de todas las tareas de la salud.

El Dr. HERRERA (Ecuador) participa con satisfacción en el debate sobre este tema, que considera importante por su evidente trascendencia e impacto en el mejoramiento de las condiciones de vida de un país y de la Región. Por ello, felicita ante todo a la Secretaría por el magnífico documento preparado. Coincide en que la promoción de la salud es una estrategia muy importante para fomentar las iniciativas privadas y las acciones colectivas e individuales tendientes a mejorar la salud pública. Sin embargo, no han sido muy evidentes los logros alcanzados, de modo que la salud para todos en el año 2000, que sería el resultado efectivo de la tarea realizada en ese campo, constituye todavía una meta difícil de conseguir si no se realizan adecuada y oportunamente las estrategias de promoción de la salud, como fruto de la aplicación tanto de la Resolución XVIII, aprobada en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en julio de 1993, como de las conclusiones de las conferencias de Ottawa (1986) y de Adelaida (Australia, 1988).

Todos los esfuerzos que realice la Organización, a través del plan regional que deberá elaborar en cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada resolución, serán

fundamentales, ya que la situación de salud que presentan los países de la Región no permite mayores dilaciones, si se desea alcanzar el bienestar a que tienen legítimo derecho sus colectividades, agobiadas por una pobreza que crece en amplitud e intensidad, a medida que crece también la población y se incrementa aceleradamente el proceso de urbanización, con todo su cortejo sintomático.

En efecto, si bien en las últimas dos décadas se ha logrado en el Ecuador disminuir ostensiblemente la mortalidad general, infantil y materna, alcanzando una alentadora reducción en el componente de la mortalidad post-neonatal y, al igual que en los demás países de la región, se ha modificado la estructura de las causas de mortalidad, con la presencia de enfermedades o daños que, como el infarto de miocardio, los accidentes de vehículos a motor, el tumor maligno del estómago y la diabetes, corresponden a los de una comunidad en transición epidemiológica, persisten todavía en los dos primeros lugares la neumonía y la infección intestinal mal definida, ocasionadas por la falta de tratamiento oportuno y el mal saneamiento ambiental.

Las coberturas de control infantil, preescolar y escolar, así como las de control prenatal y de post-parto, no alcanzan todavía al 80% de la población, aunque en 1992 han mejorado. Esto explica que haya una alta tasa de mortalidad infantil, en comparación con los países de similar desarrollo relativo, aunque haya disminuido, la proporción del componente post-neonatal, debido especialmente a la efectividad en el control de las enfermedades inmunoprevenibles. Es alentador informar que en el Ecuador no se ha registrado ni un solo caso de poliomielitis en los últimos tres años, lo

que permite pensar que se está logrando su erradicación. Sin embargo, preocupa la persistencia de defunciones por rabia, como resultado de la falta de continuidad en el control de esta enfermedad.

En los últimos años se evidencia la gravedad del problema ocasionado por el complejo teniasis --cisticercosis humana y porcina-- que presenta altas tasas de incidencia y prevalencia en algunas áreas del país, y para cuyo control y prevención se ha elaborado un programa de opciones múltiples en el que se da mucha importancia a la educación sanitaria, especialmente en la prevención de la transmisión.

En las políticas y estrategias del Ministerio de Salud Pública, se ha dado la importancia que merecen a la promoción y comunicación, porque su aplicación efectiva, en todos los programas, permitirá alcanzar los logros y metas propuestos. Se desea conseguir la participación activa de la comunidad, es decir, la participación racional, dinámica y permanente de la comunidad en todas las actividades que desarrollan los servicios de salud.

De conformidad con las políticas mencionadas, el Ministerio desarrolla un amplio programa de atención primaria, contando con la cooperación técnica de AID, FNUAP, UNICEF, el Banco Mundial y, por supuesto, la OPS. Se ha logrado obtener un préstamo del Banco Mundial para la ejecución del proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud del Ecuador (FASBASE), por un monto de \$70 millones, que sumados a los \$31,7 millones de aporte nacional y \$1,5 millones, alcanzan un monto total de \$103,2 millones, destinados fundamentalmente a actividades

de atención primaria, a través de la organización de áreas de salud, en el marco del proceso de regionalización de servicios, así como para apoyar el desarrollo institucional del Ministerio, saneamiento básico, nutrición, etc. Este proyecto dispone también de componentes y actividades de educación para la salud y nutrición.

La OPS ha asignado permanentemente recursos en el APB para educación para la salud, programas de "género", y otras actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud maternoinfantil, y existen también otros programas en las áreas de saneamiento ambiental, control y vigilancia epidemiológica, control sanitario y desarrollo institucional, en los que se ha previsto siempre la realización de las actividades ahora consideradas.

Desde el último trimestre se aplica un proyecto, con el apoyo del AID (MSH) y la OPS, para redefinir la función del educador para la salud en la organización y desarrollo de las áreas de salud, luego de conocer en detalle la situación sanitaria de cada área, la percepción que tiene la comunidad y el equipo de salud de los problemas que los afectan y la formulación de un plan para modificarlos, utilizando técnicas y procedimientos educativos y de comunicación social. Los educadores, si trabajan permanentemente, en el área de salud asignada, durante seis meses por lo menos, con una actividad polivalente, podrán producir más de lo que producen en la actualidad, y para ello se ha previsto la realización de cursos específicos de capacitación.

Finalmente, para apoyar las diferentes actividades de promoción que forman parte de las políticas de salud, se realizará el reajuste del APB actual, de acuerdo con los

resultados obtenidos durante la evaluación que se efectuó al finalizar el primer trimestre habida cuenta del incremento de los recursos en ese campo.

El Sr. OYARZO (Chile) informa de que en su país se está aplicando un programa de la OPS en cooperación con el Ministerio de Salud y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. La característica del programa, que se denomina "Valdivia, Ciudad Saludable" es promover la salud en la comunidad con la participación del municipio, la universidad y los servicios de salud. La evaluación de los resultados se hará en 1994-1995.

Agradece a la OPS que haya elegido una ciudad chilena para ejecutar este programa innovador, que se desarrolla simultáneamente en otras ciudades de las Américas. El resultado del programa orientará otros programas similares que el Gobierno de Chile impulsará en distintas ciudades del país.

El Dr. PICO (Argentina) felicita al Director por haber incorporado al programa del Consejo un tema de tanta importancia y trascendencia.

La protección y promoción de la salud es una de las políticas principales aprobadas por decreto del Poder Ejecutivo de Chile, y cuenta con el consenso del Consejo Federal de Salud. Una estrategia de importancia fundamental es la que confiere una función rectora al sector salud e implica una descentralización de las acciones, una programación local y una participación social, y la articulación entre el sector público, el privado y el de seguridad social y dentro de esos sectores se ha trabajado con el

Ministerio de Educación y se han modificado los planes de estudio. Gracias a la colaboración con el Consejo Federal de Salud y con el Consejo Federal de Educación, se está incorporando en la estructura escolar las verticales y transversales de los contenidos de las materias sustantivas, es decir, que cada vez que se enseña a los niños una materia determinada (historia, geografía, etc.), ésta lleva un componente vinculado a un mensaje sanitario. El mensaje, gracias a la escuela, llega a la comunidad educativa --maestros, padres y alumnos--y consigue el alto grado de participación social que se necesita para progresar en las acciones de promoción y protección.

En una segunda etapa, se están tomando medidas para que el mensaje sanitario se incorpore en una nueva materia de los programas de estudio de maestros y profesores. Ese mensaje no sólo se escucha en la escuela, sino también en la familia, en las fábricas, las federaciones, de deportistas, etc. Pero para lograr el objetivo propuesto hace falta que el sector salud no pierda su liderazgo ni su credibilidad.

La Sra. PALACIO (Nicaragua) dice que los nicaragüenses están realizando grandes esfuerzos para tratar de encontrar la paz, inmersos en un proceso sumamente complejo de democratización y cambios políticos. La tarea no es fácil, porque todavía faltan en el país cultura y experiencia democráticas, y el Gobierno se ha encontrado con un país en crisis, desgastado por la guerra, con mucha miseria y una deficiente infraestructura económica y social. Sin embargo, quizá lo más lamentable es que ese país estaba altamente polarizado y por eso ese Gobierno, que ha sido denominado de Salvación Nacional, se esfuerza por construir una democracia, tratando de que el país

pueda entrar en el siglo XXI como una nación viable, sin guerras fratricidas, odio ni pobreza.

El resto del mundo no entiende a veces por qué cuesta tanto a los nicaragüenses ponerse de acuerdo y por qué se empeñan en desaprovechar los esfuerzos de generaciones que han tratado de lograr el desarrollo y mejoramiento del pueblo. En el campo de la salud ello resulta más que evidente, porque cada nuevo gobierno ha hecho borrón y cuenta nueva de todo lo anterior, y quien ha pagado la factura ha sido, en definitiva, el pueblo de Nicaragua.

El Ministerio de Salud ha asumido ahora un gran compromiso para tratar de dar a los nicaragüenses la posibilidad de una política de salud para todos, en la que todos se sientan partícipes y responsables, pero también se ha comprometido a realizar reformas estructurales en el sector salud que permitan rescatar la gerencia de los recursos del sector para mejorar la calidad y la cobertura de los servicios que actualmente se prestan. El Gobierno no trata sólo de modernizar el sector salud, sino de que la modernización se extienda a toda Nicaragua, pero todos los días siguen muriendo de enfermedad nicaragüenses, especialmente niños y mujeres, porque Nicaragua es uno de los países de las Américas de tasa más alta de mortalidad materno-infantil. Y es que los problemas que hay que resolver en el país, sobre todo en el sector salud, son eminentemente estructurales e integrales.

Se está tratando de lograr un consenso en políticas que sobrevivan a los cambios de las autoridades de salud y a los cambios de gobierno, y que beneficien única y

exclusivamente al pueblo de Nicaragua. Podría decirse que lo que no se ha logrado aún en el nivel nacional se está logrando ya en el sector salud. Así, se ha podido concertar los intereses de los diversos participantes en ese sector, y el tema se ha debatido en el Consejo Nacional de Salud, en el que están representados sindicatos, universidades, gremios médicos, la iglesia, los empresarios, los alcaldes y las asociaciones gubernamentales y no gubernamentales, para tratar de elaborar políticas de salud que marquen el rumbo de los nuevos sistemas que el país quiere establecer. En el marco de esa política, los pilares fundamentales son la participación social, la educación sanitaria y un proceso intensivo de descentralización a fin de dar a los sistemas integrales de atención en salud (los SILAIS locales), la posibilidad de impulsar con mayor dinamismo las estrategias de atención primaria, y de poder contar en plazo breve con un marco jurídico que institucionalice los procesos de reforma. Los esfuerzos de Nicaragua han sido realmente importantes, y por ello la Sra. Palacio quisiera instar a todos los países miembros y a las autoridades de la Organización Panamericana de la Salud a que presten su apoyo solidario a esos procesos de reforma, así como su apoyo financiero para poder sostener, mientras Nicaragua consigue su recuperación económica, los programas orientados a la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil. Los logros de los países que han mejorado la calidad de vida de sus pueblos son y seguirán siendo fuente de inspiración permanente para todos los nicaragüenses.

La Dra. RESTREPO (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud), agradece las estimulantes palabras de todos los representantes que han formulado sus comentarios al documento y al tema.

En primer lugar, quisiera reiterar que la promoción y la protección de la salud, cuando aumenta la brecha que separa a los privilegiados de las grandes masas desposeídas, ofrecen a los países la oportunidad de aplicar el principio de equidad, de participación social, al subrayar la responsabilidad de todos y, sobre todo, del Estado con su mensaje positivo de salud. Sin embargo, pasar a lo concreto requiere primero la asimilación de esos conceptos y luego un trabajo muy arduo en el que la salud tiene que buscar alianzas, movilizar a la población y darle información, y fortalecerla para poder lograr todo lo que se ha planteado, e ir abordando problema tras problema y progresando en la solución de cada uno de ellos.

Todos los comentarios recibidos se tendrán en cuenta por la Oficina para plantear las directrices de un plan de acción regional, como se pide en la resolución, pero la verdad es que se ha avanzado ya en la aplicación de disciplinas, y de metodologías de esas disciplinas, que permiten llegar a concretar rápidamente intervenciones mucho más amplias de promoción y de protección de la salud, como ocurre, por ejemplo, con la comunicación social, con las intervenciones educativas en las escuelas y con la participación social en aspectos muy específicos de proyectos de desarrollo más integrales. Se ha avanzado mucho y se está aprendiendo el camino que hay que recorrer en un trabajo de salud diferente, en el que la salud no es ya la única protagonista.

El RELATOR presenta el proyecto de resolución contenido en el Documento CD37/17:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined Document CD37/17 on health promotion in the Americas;

Considering that many countries in the Region of the Americas suffer, as a result of lowered living standards, from social and health situations aggravated by the economic crisis and debt of the decade of the 1980s;

Taking into account that the Member States, in addition to facing the health problems usually associated with poverty, must also confront emerging problems associated with demographic and epidemiological changes, different risk factors, greater incidence of noncommunicable diseases, the consequences of multiple forms of violence, substance abuse, and worsening mental health conditions;

Recognizing that serious food and nutrition problems persist, especially among low income and other high risk groups; and

Noting that the International Conference on Health Promotion (Santa Fe de Bogotá, November 1992), the Caribbean Conference (Port-of-Spain, Trinidad and Tobago June 1993), and the conclusions of the Declaration of Ottawa highlighted the relationship between health and development, as well as the need for solidarity and equity in achieving health and development goals,

RESOLVES:

1. To urge the Member Government to:
 - (a) Develop public policies aimed at strengthening health promotion and addressing emerging health problems, including those related to nutrition;
 - (b) Strengthen, in the health sector in general and in the ministries of health in particular, programs intended to foster intersectoral cooperation in health promotion;
 - (c) Formulate policies and plans directed at adapting current public health programs and services to support the conditions essential for healthy

living and sustainable health development at the individual and community levels, promoting the "healthy cities" concept;

- (d) Include mass communication as a key instrument in community health programs.

2. To ask the Director to:

- (a) Prepare a regional plan, with concrete objectives and targets that enable monitoring and evaluation of advances made in the countries, and present this plan to the Subcommittee on Planning and Programming and the Executive Committee;
- (b) Continue his efforts to identify and promote strategies to mobilize national and international resources for health protection and promotion initiatives.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD37/17 sobre promoción de la salud en las Américas;

Considerando que, como consecuencia del descenso en los niveles de vida, muchos países de la Región de las Américas sufren situaciones sociales y de salud difíciles, agravadas por la crisis económica y de la deuda ocurridas en los años 80;

Teniendo en cuenta que los Estados Miembros, además de los problemas de salud que suelen estar vinculados con la pobreza, también deben hacer frente a problemas generados por los cambios demográficos y epidemiológicos, los distintos factores de riesgo, una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, las consecuencias de las múltiples formas de violencia, el abuso de sustancias y el empeoramiento de las condiciones de la salud mental;

Reconociendo que persisten graves problemas de alimentación y de nutrición, especialmente entre los grupos de bajos ingresos y en los de alto riesgo, y

Observando que la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1992), la Conferencia del Caribe (Puerto España, Trinidad y Tabago, junio de 1993) y las conclusiones de la Declaración de Ottawa resaltaron la relación entre salud y desarrollo, así como la necesidad de solidaridad y equidad para alcanzar las metas de la salud y el desarrollo,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Desarrollen políticas públicas destinadas a fortalecer las actividades de promoción de la salud y a hacer frente a los nuevos problemas de salud, especialmente los relacionados con la nutrición;
 - b) Fortalezcan, en el sector de la salud en general y en los ministerios de salud en particular, los programas destinados a fomentar la cooperación intersectorial para la promoción de la salud;
 - c) Formulen políticas y planes dirigidos a adecuar los actuales programas y servicios de salud pública, con miras a apoyar las condiciones necesarias para una vida sana y a alcanzar un desarrollo sostenido de la salud individual y colectiva, promoviendo el concepto de "ciudades sanas";
 - d) Incluir las actividades de comunicación social como un instrumento clave en los programas comunitarios de salud.

2. Pedir al Director que:
 - a) Prepare un plan regional, con objetivos y metas concretos que permitan el monitoreo y evaluación de los avances alcanzados en los países, y que presente este plan al Subcomité de Programación y Planificación y al Comité Ejecutivo;
 - b) Prepare un plan regional, con objetivos y metas concretos que permitan la vigilancia y evaluación de los avances alcanzados en los países, y que lo presente al Subcomité de Programación y Planificación y al Comité Ejecutivo;

El PRESIDENTE dice que la Representante del Canadá ha propuesto una enmienda que, a su juicio, podría examinarse al mismo tiempo que el proyecto de resolución, no obstante la recomendación hecha por la Comisión General, ya que sólo mejora y completa el párrafo 1.d) lo que quedaría así redactado: "Incluir como

instrumentos clave en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación y educación social promoviendo la responsabilidad de la población".

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

The session was suspended at 4:05 p.m. and resumed at 5:10 p.m.

Se suspende la sesión a las 4:05 p.m. y se reanuda a las 5:10 p.m.

ITEM 7.4: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH
TEMA 7.4: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA

El PRESIDENTE dice que este año el Premio Abraham Horwitz se ha incluido como tema, habida cuenta de la importancia que le ha otorgado la Organización. Con el Premio que se entrega se reconoce la variedad de profesiones y profesionales que son esenciales para disponer de servicios de salud eficaces. Asimismo, el Premio se ha convertido en un reconocimiento de la labor de todos los trabajadores de la salud de las Américas.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) indica que esta ceremonia sirve para reconocer la labor realizada por los profesionales de todos los niveles del sector salud. A través de la entrega del Premio, se rinde homenaje a todos los que dedican su trabajo a la salud pública en la Región.

El Premio fue creado en PAHEF por los funcionarios de la OPS, para expresar su admiración y afecto hacia el Dr. Horwitz. Afortunadamente, todavía se puede acudir

al Dr. Horwitz en busca de inspiración y ayuda, ya que sigue siendo Director Emérito de la Organización, Presidente de PAHEF y colaborador de la OSP.

Ese Premio es una de las muchas formas de cooperación entre PAHEF y la Oficina. PAHEF se creó para apoyar los objetivos fundamentales de la OPS y de la OMS en las Américas. Su flexibilidad de organización y su carácter de entidad sin fines de lucro han permitido a PAHEF utilizar sus subvenciones y préstamos para financiar programas de salud, labor que se ha consolidado gracias a las funciones desempeñadas por el Dr. Horwitz.

El ganador del Premio de este año es un científico de alto nivel, un trabajador dedicado a la salud pública de su país, de las Américas y del mundo entero y, sobre todo, un gran amigo.

Dr. ALLEYNE (Assistant Director), speaking as a member of the PAHEF Board of Trustees, said that the 1993 winner of the Abraham Horwitz Award, Dr. Plutarco Naranjo of Ecuador, had had a distinguished scientific career that spanned several fields of work of great importance to inter-American health. As an internationally famous pharmacologist, he had founded the departments of that discipline at his own Central University of Ecuador and the University of Valle in Colombia, and had served as Professor of Pharmacology and Allergic Disease at the Central University for many decades.

His contributions to the development of a national pharmaceutical industry in Ecuador had been of the greatest importance. During his tenure as Scientific Director

of the mixed government-private corporation which was the largest Ecuadorian pharmaceutical enterprise, his basic research projects in drug development had made that national industry one of the major exporters of medicines in the Region. His recent work included research on collateral drug interactions. He had been active in creating linkages among the pharmacologists of the Region, and had been the first president of the Latin American Society of Pharmacology.

Dr. Naranjo had also distinguished himself in the field of allergic disease. his important research on the allergy-causing flora of Ecuador and their seasons of pollination had laid the groundwork for the current clinical and therapeutic focus of respiratory allergies in the Andean countries.

Dr. Naranjo's climatological and clinical research had been significant in demonstrating that distinct climates and regions were distinguished by low, moderate, and high grades of allergenicity and had advocated a typology that had been adopted universally.

Dr. Naranjo had also found time and energy to open new frontiers in yet another scientific area. Because he was concerned with the increasing poverty and malnutrition in his country, especially in children, and the difficulties faced by economically disadvantaged families in achieving a balanced and sufficient diet, Dr. Naranjo had dedicated himself to the study of native foodstuffs, through research on the diet of the first peoples of the Americas. Vegetarians for the most part, those groups had enjoyed

good nutrition; malnutrition was not considered to have been a public health problem in the pre-Hispanic period.

Dr. Naranjo had examined the amino-acid and other nutrient content of many native foods and had concluded that the mixtures of grasses and legumes which had formed the basis of the diet of primitive peoples continued to be ideal for modern diets as well. His work in that area had led to a revival and a current increase in production and cultivation, especially in the Andean countries, of foods such as *chocho* or *tarhui* (*Lupinus mutabilis*), the grain richest in proteins, and *quinoa* (*Chenopodium quinoa*), the pseudo-cereal with the best nutritional balance, which was very similar to mother's milk. Based on his knowledge about aboriginal foods, Dr. Naranjo had carried out a broad newspaper and television campaign to improve nutritional conditions.

The breadth and diversity of Dr. Naranjo's scientific achievements were reflected in his publications, which included over 300 articles in scientific journals and some 30 books and monographs.

In addition to his outstanding scientific career, Dr. Naranjo had also distinguished himself in health policy development and administration, and had held important posts in his country's health system. Perhaps most noteworthy was his long period of service as Minister of Health of Ecuador, during which he had formulated and implemented a national health plan that focused on preventive aspects of primary care, without neglecting treatment and cure of diseases.

Significant efforts had been made during his tenure to improve the nutritional status of the Ecuadorian population, especially of young children. Attention had also been given to providing basic sanitation for the rural and urban poor. During the years of his mandate, he had been successful in raising the immunization rate of Ecuadorian children from 52% to 70%. He had been able to develop both a model of integrated family and community health care and a system for the provision of basic drugs.

Expanding the basic health services of the country, Dr. Naranjo had given special attention to better meeting the needs of the national indigenous population of more than 3 million persons. Among other measures for extension of coverage, he had arranged for the construction of two hospitals and dozens of health subcenters in densely populated aboriginal territories.

Dr. Naranjo's achievements had been recognized and lauded in many parts of the world. He had served as President of the World Health Assembly, Ambassador of his country to the former Soviet Union, President of the Ecuadorian Academy of Medicine, and President of the Latin American Association of Academies of Medicine. It was to be hoped that he would give to the Abraham Horwitz Award a special place among the many honors and distinctions that he had received.

It was a great pleasure to introduce Dr. Naranjo, a truly distinguished figure in inter-American health.

Dr. Julio Montt, President of the Council, presented the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 1993, to Dr. Plutarco Naranjo of Ecuador.
El Dr. Julio Montt, Presidente del Consejo, hace entrega del Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 1993, al Dr. Plutarco Naranjo del Ecuador.

El Dr. NARANJO (Ganador del Premio Abraham Horwitz) expresa su agradecimiento a las instituciones que otorgan el Premio.

Durante cerca de 25 siglos, el llamado juramento hipocrático ha constituido el paradigma de la ética médica. El pensamiento médico refleja las condiciones sociales, así como los conocimientos científicos y técnicos de cada época. En la primera, la época de Hipócrates se caracterizó por diferencias sociales y económicas poco marcadas: un patricio griego estaba a inconmesurable distancia de un billonario actual. En lo segundo, desde tiempos bíblicos existieron pestes, pero no se conocían ni los agentes causales ni el modo de contagio; el saber epidemiológico era mínimo. Sobre estos antecedentes se justifica la ética hipocrática con normas enfocadas al cuidado individual del enfermo. Entre los principales cánones se encuentran el hacer cuanto sea posible por la curación del paciente; evitar ocasionarle cualquier daño (*primum non nocere*), y observar el más estricto secreto profesional. La salud, en el pensamiento de esa época, era algo inherente al individuo y no a la colectividad; la enfermedad era un problema del individuo, no de la sociedad.

Esa ética individualista, arraigada a lo largo de tantos siglos, pesa aún, y fuertemente, en la mentalidad y conducta de muchos médicos de hoy, quizá de la

mayoría. Al parecer, ni las facultades de medicina ni los profesionales se han percatado de que la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que refleja el nuevo pensamiento sobre la salud y una de cuyas expresiones es ese sencillo lema de "Salud para todos", implica un profundo cambio conceptual y el advenimiento de la ética de la salud pública, dentro de la cual la ética hipocrática debe considerarse sólo como uno de sus tantos aspectos.

El descubrimiento, desde la segunda mitad del siglo pasado, de los agentes etiológicos de las epidemias y de su relación causal con la falta de saneamiento básico, llevó a los gobiernos a fundar organismos sanitarios, cuya máxima expresión fue la creación de los *Ministerios de Sanidad*, denominación histórica que aún subsiste en algunos países. Bajo la influencia de la OMS, en particular, desde la década de 1950 han surgido los *Ministerios de Salud*. Desde luego, y lamentablemente, en algunos casos se ha adoptado la etiqueta pero no la filosofía ni la ética de la salud pública.

El médico formado dentro de los cánones hipocráticos, tanto en su práctica privada, como en la que desarrolla en instituciones públicas o estatales, cree cumplir con su deber, salvo excepción, al atender al enfermo en su dolencia específica. No está educado ni concientizado acerca de las responsabilidades sociales de la medicina y la que debe ser la responsabilidad del médico más allá de la atención curativa, es decir, la de promover la salud integral y comunitaria.

Las facultades de medicina se esmeran en ofrecer el conocimiento técnico y científico llevado al más alto nivel posible. Con qué abundancia de detalle, con cuánta

precisión se enseña, por ejemplo, cuál es el serotipo del colibacilo causante de la diarrea de un niño o la alteración genética de un discapacitado o el deterioro inmunológico del fumador que desarrolla una neoplasia; pero no se analizan, o apenas, se mencionan de paso, las causas sociales de tales enfermedades. Sin duda, esa filigrana de conocimientos biológicos demuestra las maravillas de la técnica y la ciencia que, a alto costo, pueden garantizar la curación de ciertos enfermos. Al mismo tiempo, ¿Cuántos millones de niños mueren anualmente por causas prevenibles a bajísimo costo? ¿Cuántos mueren por sarampión o tosferina que pudo evitarse con una vacunación oportuna? ¿Cuántos mueren por diarrea, cuando con saneamiento básico y agua potable pudo haberse evitado ese infanticidio masivo? ¿Y qué decir sobre la desnutrición que mata a millones de niños y viejos en una época histórica de opulencia, consumismo y derroche?

El médico individualista mira estas realidades como algo ajeno a su propia responsabilidad, que sólo compromete al Estado. Hubo un monarca que proclamó: "El Estado soy yo". Pero el Estado somos todos nosotros, el médico y el común de las gentes. En materia de salud, el médico es quien debe asumir la mayor carga de responsabilidad moral.

Algunos Estados, para ponerse a tono con la época, han logrado en sus leyes, en el capítulo de los derechos de los ciudadanos, "*El derecho a la salud*", el derecho al bienestar. Sí, efectivamente allí está ese derecho en el texto de la ley, pero por desgracia convertido en letra muerta.

Es muy fácil aprobar una ley, un principio de justicia social, de equidad, pero es muy difícil, muy costoso en muchos casos, convertirlo en realidad viviente.

¿Es realmente la salud, en la actualidad, un derecho ciudadano? En toda la extensión de la palabra, no lo es, salvo excepciones, ni siquiera en los países más ricos y poderosos, y menos en los del Tercer Mundo. La realidad es que la salud constituye un gran privilegio individual que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos.

Los adelantos científicos y los progresos de la tecnología médica, permiten hoy una increíble precisión en el diagnóstico y el tratamiento de enfermos que hasta hace poco eran insalvables. Nadie puede objetar esos logros. Lo grave está en que ese mismo avance médico repercute en una ampliación y profundización de la brecha que separa, en su salud, a ricos y pobres. La alta tecnología sirve, cada vez más, a un menor número de personas y, por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada. Un simple examen por tomografía computadorizada o por resonancia magnética o con isótopos radioactivos tiene un costo superior a un salario mínimo vital de muchos países en desarrollo. Ese sueldo, que ni siquiera cubre lo indispensable para la supervivencia familiar, está lejos de cubrir el costo de la atención médica más elemental y mucho menos de aquella que requiere alta tecnología. Si en algún campo de la vida colectiva es evidente la necesidad de una ética social, con la intervención del Estado, es, precisamente, en el de la salud, para que pueda asegurarse, por lo menos, un mínimo de atención en lo relacionado con el aspecto

asistencial y, sobre todo, afrontarse el vasto problema de prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Lo que hoy sucede en este país tiene una gran trascendencia, no sólo en su seno, sino en todos los países del mundo y, sobre todo, en los de América Latina.

Puede argumentarse que la estrategia de la atención primaria de salud diseñada por la OMS responde, precisamente, a esa necesidad. Pero sucede como con el "derecho a la salud": está en el texto de muchos documentos oficiales, pero no forma parte ni de la ética política ni de los planes de muchos gobiernos. Por la inercia que impone la tradición, por pequeños y grandes intereses creados, porque no hay conciencia de una ética de la salud pública y menos aún de la prevención de la salud, los gobiernos siguen el camino más fácil: atender a los enfermos pobres y menesterosos a través de un anticuado sistema asistencial.

No dispone de tiempo para un análisis más amplio. A modo de ejemplo menciona que, de los escasos recursos que los gobiernos asignan al sector salud, más del 70% se consume en atención hospitalaria de la que se beneficia apenas alrededor del 5% de la población. Así se consagra un sistema irracional que deja abandonados a su suerte a la mayoría de los ciudadanos.

Vivimos en la época de los "derechos humanos". El más real es el derecho a morir de hambre y enfermedad. Desde el punto de vista de la producción, poco o nada importa que muera una persona y, menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados. Por un trabajador que muere, hay decenas o centenas que se disputan su

puesto. Esa es la realidad ética de la economía de nuestros tiempos, de la economía de mercado. Frente a esta crisis de la salud, no se aprecia una verdadera solidaridad humana.

No puede hacer una evaluación de lo que se ha conseguido en los tres lustros transcurridos desde la Declaración de Alma Ata, pero sin duda es mucho menos de lo que se esperaba. No bastan las declaraciones, por bien intencionadas que sean, ni son suficientes los consensos internacionales. Se requieren medidas más efectivas, realistas y pragmáticas. Hacen falta compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana. ¿Cómo ha de ser posible que se gasten miles de millones de dólares en misiles y otros artefactos de destrucción, mientras en la mayoría de países subdesarrollados hay millones de pobres que no tienen acceso a una dieta apropiada o a un simple analgésico?

Los principios de la atención primaria de salud están planteados esencialmente en términos técnicos y operativos, pero ni siquiera en ese ámbito han sido debidamente entendidos y practicados ni por muchas universidades ni por muchos gobiernos. Esa formulación se justificaba en el momento histórico que vivían las naciones. Hoy se requiere un nuevo esfuerzo, quizá más profundo, quizá más revolucionario, más humanístico, con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud humana. Se requiere un renovado esfuerzo para dar vida a una auténtica ética de la salud pública.

*Mr. Aiston (Canada) took the Chair.
El Sr. Aiston (Canadá) pasa a ocupar la Presidencia.*

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

Item 5.5: Worker's Health

Tema 5.5: Salud de los trabajadores

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución (PR/3):

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/13 and its annexes on workers' health;

Acknowledging the size of the working-age population, the importance of work-related health disorders, the technical and scientific capacity currently available to control occupational risk factors, and the relationship between workers' health and production which is essential for economic development and social progress; and

Recognizing the strong political support for the Year of Workers' Health and the Declaration on Workers' Health by the Heads of State and Government of the countries of the Americas and Europe, by regional and international cooperation agencies, and by the employers and workers in the Member Governments who have collaborated in the preparation and revision of national plans and policies on workers' health,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to implement or continue developing national workers' health plans and to give priority to mobilizing the resources necessary: for the framing and enactment of appropriate legislation; for manpower training; for epidemiological surveys; for the establishment of laboratories and other analytical facilities, and for the promotion of intersectoral coordination as required for the execution of those plans and to provide for disease prevention and health care of workers.

2. To ask the Director, in accordance with the availability of resources from the Organization, to continue to cooperate with the Member Governments in the implementation and development of those national plans, and to assist countries in the mobilization of the financial and technical resources required to support the execution of the national plans.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/13 y sus anexos sobre salud de los trabajadores;

Teniendo en cuenta la magnitud de la población en edad de trabajar, la importancia de las alteraciones de salud relacionadas con el trabajo, la capacidad técnico-científica actual para controlar los factores de riesgo laboral y la relación de la salud de los trabajadores con la producción, que es esencial para el desarrollo económico y el progreso social, y

Resaltando el fuerte apoyo político al Año de la Salud de los Trabajadores y a la Declaración sobre Salud de los Trabajadores por parte de jefes de Estado y de Gobierno de los países de las Américas y de Europa, de organismos de cooperación en el ámbito regional e internacional, y de los empresarios y trabajadores de los Gobiernos Miembros que han colaborado en la preparación y revisión de políticas y planes nacionales de salud de los trabajadores,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que implementen o continúen formulando planes nacionales de salud de los trabajadores y den prioridad a la movilización de los recursos necesarios: para el desarrollo y promulgación de legislación apropiada; para la capacitación de la fuerza laboral; para encuestas epidemiológicas; para el establecimiento de laboratorios y otros centros analíticos, y para la promoción de la coordinación intersectorial, según sea necesario para la ejecución de dichos planes y garantizar la prevención de enfermedades y atención de los trabajadores.

2. Pedir al Director que, de acuerdo con la disponibilidad de recursos de la Organización, continúe cooperando con los Gobiernos Miembros en la ejecución y formulación de dichos planes nacionales, y que ayude a los países en la movilización de los recursos financieros y técnicos necesarios para apoyar la ejecución de los planes nacionales.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 5.10: FAMILY PLANNING, REPRODUCTIVE HEALTH, AND POPULATION
TEMA 5.10: PLANIFICACION FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACION

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el Subcomité de Planificación y Programación informó de que había analizado detenidamente el tema de la planificación familiar, la salud reproductiva y la población presentado pro la Secretaría. En el Comité Ejecutivo se señaló que el concepto de salud reproductiva se había convertido en un importante componente de la salud general de la población y el tema del aborto debería examinarse desde una perspectiva más amplia. Con respecto a la planificación familiar, se subrayó la necesidad de estimular la participación intersectorial, a fin de afrontar el problema que planteaba la acelerada tasa de crecimiento de la población, y se destacó asimismo la participación insuficiente de los hombres en las estrategias de planificación familiar y las graves consecuencias que acarrea el embarazo de las adolescentes. Finalmente, se resaltó la utilidad de las técnicas de marketing en los aspectos sociales y en las actividades de atención de la salud reproductiva, de la planificación familiar y de los servicios de salud.

El Comité aprobó la Resolución XIX, en la que se recomienda al Consejo Directivo que reafirme la doctrina de que las actividades de población y planificación familiar son aspectos indispensables de la salud, y que la planificación familiar debe ser integrada a los programas de salud y promovida activamente bajo el principio de respeto a los derechos del individuo y de la pareja humana; inste a los Gobiernos Miembros a

que participen activamente en la Conferencia Mundial de Población de El Cairo (Egipto), de 1994; revisen, ajusten y reformulen, cuando proceda, los planes de acción y los programas de salud reproductiva y planificación familiar, y desarrollen proyectos de apoyo técnico y financiero en planificación familiar, salud reproductiva y población para su presentación a los organismos de cooperación bilateral o multilateral. Asimismo, recomienda al Consejo Directivo que pida al Director que la OPS preste el apoyo técnico necesario para que los aspectos de población y salud, salud reproductiva y planificación familiar queden incluidos en las propuestas de los planes de acción mundial y regional sobre población, colabore con los países en estudios de situación, diseño de políticas, estrategias y programas para prestar servicios de planificación familiar y salud reproductiva a toda la población, y continúe contribuyendo en la búsqueda y movilización de recursos nacionales e internacionales que permitan expandir las actividades de la Organización en estas áreas.

Mr. SCHEMMER (Canada) said that he strongly supported the resolution on family planning, reproductive health, and population, which was closely related to the resolutions on maternal mortality and on health promotion. Canada would continue to work to see that the resolution was implemented. It had hosted an international round-table on Women's Reproductive Health, leading up to the Cairo Population Development Conference; the Canadian International Development Agency was preparing a new population policy, and the Royal Commission on Reproductive Technologies would issue

its report in November. His Delegation looked forward to the opportunity to share the results of those efforts and others with PAHO's Member States.

Commenting on the resolution, in particular, its operative paragraph 3(b), he said that, PAHO should be sure to clarify its new role with UNFPA in order to avoid duplication of work or conflicting activities. PAHO should be careful not to rely too much on obtaining additional extrabudgetary resources, as money well spent on providing better access to reproductive health services would also meet some goals in the areas mentioned earlier. PAHO might also wish to consider reexamining the position of reproductive health among PAHO's existing budget priorities. Within the category of reproductive health, Canada approved of the report's emphasis on expanding access to basic services, including the use of social marketing and non-clinic based approaches. Finally, in connection with operative paragraph 2(b), Canada would encourage PAHO to facilitate the exchange of lessons learned about what had worked in the delivery of services and the use of social marketing. Noting that contraceptive use was lowest and maternal and child mortality highest in areas where the majority of people identified themselves as indigenous, he said that particular attention should be paid to sharing efforts that had proved successful in providing services in a culturally appropriate matter to those people.

El Dr. SANTIAGO (Puerto Rico) apoya la resolución sobre salud reproductiva y planificación familiar y señala que, aunque Puerto Rico dispone de programas de planificación familiar desde 1992, la salud reproductiva ha sido víctima de una visión

aislada del concepto salud. Esto ha sido consecuencia de un proceso dirigido primordialmente a la búsqueda de soluciones de los problemas más llamativos de salud, sin considerar los factores de riesgo correspondientes.

En el pasado, Puerto Rico contó con estrategias eficaces para responder al problema de las relaciones sexuales tempranas y el embarazo de adolescentes, que tuvieron que afrontar las dificultades planteadas por la ley y las posiciones de la iglesia. La promoción de la abstinencia sexual no ha sido efectiva, dado que existen sectores de la población con una alta actividad sexual.

El problema del rápido crecimiento de la población se ha intentado paliar elaborando estrategias de prevención del embarazo basadas en un enfoque de control de la natalidad. Desde 1922 se vio que el ritmo de crecimiento poblacional era mayor que el desarrollo y que el aumento de la disponibilidad de los recursos necesarios para atender adecuadamente las necesidades de una población en rápido aumento. Este ritmo de crecimiento fue el resultado de diferencias muy marcadas entre las tasas de natalidad y de mortalidad general. Las tasas de natalidad permanecen altas y la de mortalidad ha experimentado un descenso notable. Este descenso se ha producido principalmente como consecuencia de los grandes avances en la ciencia médica, y el mejoramiento de los hábitos de higiene y de las condiciones sanitarias y ambientales. El continuo y rápido aumento de la población sin un aumento correspondiente de los recursos agudizó los problemas socioeconómicos ya existentes y provocó la aparición de otros.

El movimiento organizado en favor del control de la natalidad fue iniciado en 1922 por un grupo de ciudadanos que fundó la Liga para el Control de la Natalidad en la ciudad de Ponce, al sur de Puerto Rico. Con ello se estableció la primera clínica para prestar servicios a las personas de bajos ingresos. Esa organización tuvo como tarea el crear conciencia de la necesidad de limitar el número de hijos de acuerdo a las condiciones económicas y la salud de los padres. Desgraciadamente, duró un año, por la indiferencia del pueblo, la falta de recursos económicos y la posición de la iglesia católica. En los siguientes cuarenta años se crearon otras 10 organizaciones o agencias similares que desaparecieron por falta de recursos y problemas de aceptación por la comunidad.

A pesar de los planes cuidadosamente delineados sobre planificación familiar y de los esfuerzos realizados por implantarlos de forma efectiva, éstos no tuvieron éxito. Ello se debió principalmente a rivalidades, duplicidad de servicios, malestar, y a la poca aceptación por la comunidad. Entre 1973 y 1974, se creó la Secretaría Auxiliar de Planificación Familiar, bajo la dirección del Departamento de Salud, a la que se asignó la responsabilidad y los fondos para la prestación de esos servicios sobre una base de participación voluntaria. Seis años más tarde, se modificó esa Secretaría y se creó la División de Salud Familiar, adscrita a la Secretaría Auxiliar de Servicios Ambulatorios del Departamento de Salud de Puerto Rico, con un nuevo concepto de servicios prestados en una misma clínica. Actualmente, Puerto Rico ofrece servicios de salud reproductiva de buena calidad. Aunque existen clínicas de planificación familiar en casi todos los

centros de salud, hay algunos problemas de acceso. También se dispone de clínicas para enfermedades de transmisión sexual, y en todas las municipalidades, existen centros de inmunología para la atención de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, así como programas para orientar a adolescentes sexualmente activos.

En Puerto Rico se está trabajando en la aplicación de un enfoque integrado basado en el concepto del buen mantenimiento de la salud total, incluida la salud reproductiva. El propósito es ofrecer servicios de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, fortalecer la educación e introducir cambios de actitudes hacia buenos estilos de vida y buen comportamiento sexual.

Le Dr. ARMELLE GEORGE-GUITON (France) se réfère à une question de fond pour se demander si on ne pourrait quand même pas mettre plus en valeur les relations qui existent entre les programmes de prévention du SIDA et ceux de planification familiale. En effet, chez les jeunes maintenant, le danger de mort que représente le SIDA et la seule prévention par le préservatif devraient être associés et intégrés aux campagnes de planification familiale, la situation n'étant plus la même qu'avant l'épidémie du SIDA.

La Dra. PALACIO (Nicaragua) lamenta no poder presentar avances en este campo como los señalados por el Representante de Puerto Rico. En Nicaragua existe una profunda preocupación por el alto ritmo de crecimiento de la población, ya que la tasa de crecimiento del país es una de las más altas de América Latina y oscila alrededor de

3,7%. Desde que tomó posesión el nuevo Gobierno, se ha intentado reducir la brecha que existe entre las condiciones de salud y el profundo deterioro económico, así como satisfacer las necesidades básicas de la población. En estos momentos, se puede afirmar que Nicaragua es un país con una economía de principios de siglo, lo cual merma sustancialmente la capacidad de prestar servicios básicos de salud a la población.

La planificación familiar es un tema que cayó en el olvido hace tiempo, por motivos de índole cultural y, sobre todo, religiosos. La importancia de este problema estriba fundamentalmente en que el promedio de edad de la población del país es de 16 años y en que sólo un 2,7% de la población es mayor de 65 años.

Mr. GROSE (United Kingdom) said that the United Kingdom also strongly supported the proposed resolution, while suggesting a minor amendment to operative paragraph 2(b).

He referred to the report (CD37/18, Annex), paragraph 4.2 (b), which summarized the technical cooperation program modifications required within PAHO. The report specified the need for coordination with intersectoral institutions such as ministries, and a better partnership with governmental and nongovernmental organizations. He felt that operative paragraph 2(b) should reflect those needs. He therefore, suggested the following wording: "Review, adjust, and reformulate, as necessary their policies, plans of action, and programs on reproductive health and family planning, emphasizing the improvement of the quality of services, intersectoral

partnership with governmental, private, for-profit and nongovernmental organizations, and the search for financing ..."

Mr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago) said that an examination of the principal demographic features of Trinidad and Tobago showed a great number of older persons, especially women, many of whom were now living alone and a rapidly increasing labor force without a commensurate growth in employment opportunities and increasing levels of unemployment, especially among teenagers and the early twenties age groups. It also showed an unacceptably high rate of teenage pregnancies, with the accompanying negative social, psychological and emotional consequences, a decreasing level of functional literacy among youth, and an increasing number of persons below the poverty line, increasing criminal activity and violence as well as increasing inequality in the distribution of income and wealth.

Those characteristics indicated very serious social and economic problems which the Government had been attempting to address since 1989, when it reconstituted its Population Council. Against that background, his Delegation fully supported the resolution before the Directing Council and in particular operative paragraph 3(b), wherein the Director was called upon to collaborate with the countries situation, studies, policy design and the development of strategies and programs to provide family planning and reproductive health services to the entire population.

Le Dr. ARMELLE GEORGE-GUITON demande que la notion d'intégration des programmes de planification familiale avec les programmes de soins de santé primaires et les programmes de prévention de l'épidémie à VIH/SIDA figurent dans la résolution. Elle propose aussi un texte qu'elle pourrait soumettre par écrit ou oralement. Elle considère cette question essentielle parce que les jeunes adolescents n'osent pas aller à des services de planification familiale qui sont indentifiés comme tels. Ils n'osent pas non plus recourir à des services de lutte contre le sida qui sont identifiés comme tels parce que c'est honteux. Il faut donc intégrer ces éléments à des services de soins de santé primaires et c'est ce qu'elle souhaite introduire dans la résolution.

El Dr. YUNES (OPS) desea agradecer las sugerencias hechas por diversos países y sumarse a la preocupación del Representante del Canadá relativa al papel del FNUAP. A este respecto, señala que las funciones de este organismo no representan una duplicación de las de la OPS. El FNUAP es una entidad fundamentalmente financiera que está comenzando a desempeñar funciones técnicas, y por ello, la OPS participó en la formación de un equipo interinstitucional e interdisciplinario en Santiago de Chile. El FNUAP centra su labor en temas demográficos, mientras que la OPS lo hace en el campo de la planificación familiar, la salud reproductiva y el mejoramiento de los indicadores de la salud de la mujer, y a diferencia del FNUAP, moviliza una gran cantidad de recursos.

Está de acuerdo con los comentarios de la Representante de Francia y subraya la importancia de los problemas relacionados con el SIDA y la salud reproductiva. La OPS

está siguiendo muy de cerca este tema, hasta el punto de organizar una reunión en la que participaron varios organismos y se trataron temas como la integración de los componentes de la planificación familiar y el mejoramiento de la calidad de la atención médica de la mujer y la adolescente.

La OPS fue el organismo que promovió la celebración de la primera reunión regional sobre el SIDA maternoinfantil. Es notorio que la incidencia del SIDA está aumentando en las mujeres y que, consiguientemente, lo está haciendo la transmisión perinatal. En la actualidad, la Organización tiene propuestas concretas para prevenir el aumento del SIDA en la mujer.

The PRESIDENT said that it would be best to resume consideration of the item once the proposals made had been incorporated in the proposed resolution.

ITEM 5.11: VIOLENCE AND HEALTH
TEMA 5.11: VIOLENCIA Y SALUD

El Dr. BUDINICH (Representante del Comité Ejecutivo) dice que el documento presentado por la Secretaría acepta la definición de que la violencia es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y de sufrimiento evitable, afirmando que las conductas violentas en la Región constituyen un grave problema de salud pública y son una de las causas del deterioro de la calidad de la vida: La secretaría hizo especial referencia en su presentación a los grupos más vulnerables. Las formas más comunes

de violencia contra los niños corresponden a agresiones físicas y psicológicas, abusos sexuales, explotación económica y negligencia por parte de sus guardianes.

En relación con la violencia contra la mujer, la 13a Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo recomendó tratar este tema como un asunto de salud pública que requiere una respuesta de los organismos de salud, tanto en los aspectos de prevención como en el de asistencia y rehabilitación.

El tercer grupo de alto riesgo está constituido por los adolescentes y los jóvenes como protagonistas de violencia social, laboral y homicidios, suicidios y guerras en el último lugar pero no el menos importante, se encuentran los ancianos, que constituyen un grupo muy vulnerable por su frecuente situación de dependencia física, psicológica y económica, la disminución de su capacidad física y su progresivo aislamiento social.

Intervinieron en el debate del Comité Ejecutivo diversos oradores. Una representante sugirió que la definición de violencia del documento se ampliara para incluir la autoviolencia, y más específicamente, los suicidios e intentos de suicidio. El Director reconoció las limitaciones de la definición de violencia adoptada, que no refleja todos los aspectos que encierran las relaciones entre violencia y salud. Por otro lado, si bien los ancianos, las mujeres y los niños constituyen grupos de riesgo, la violencia derivada de la guerra, la violencia social y laboral y los homicidios afectan sobre todo a los adultos jóvenes. La importancia de este hecho estriba en sus repercusiones sobre la producción social y en los años de vida potencia perdidos. Es necesario, por tanto destacar en el documento la importancia de los grupos de riesgo mencionados.

El Comité aprobó su Resolución III, en la que recomienda el Consejo Directivo que inste a los Gobiernos Miembros a que establezcan políticas y planes nacionales de prevención y control de la violencia con el concurso de todos los sectores sociales involucrados; establezcan con prioridad redes de servicios de apoyo para el manejo, la violencia contra la mujer y el niño con el concurso de las organizaciones de mujeres; identifiquen y movilicen los recursos necesarios para establecer programas multisectoriales de promoción y protección de la salud, que fomenten conductas saludables, desalienten la exposición a riesgos innecesarios y adopten medidas jurídicas que apoyen la prevención y el control de la violencia, y promuevan la investigación multidisciplinaria sobre el problema, estableciendo los programas necesarios de capacitación.

Además, recomienda al Consejo Directivo que pida al Director que, dentro de los recursos disponibles, formule un plan de acción regional sobre violencia y salud que contenga un componente especial sobre violencia contra la mujer, y colabore con los países en la identificación y movilización de los recursos financieros para la ejecución de esas propuestas.

Ms. LAWRENCE (Jamaica) congratulated PAHO for highlighting public health problems related to violence.

Violence in the Caribbean region was having an impact on the health services as well as on the economy and society as a whole. The Bahamas, Guyana, Jamaica, and Trinidad and Tobago had all noted an increase in violence, which affected all age groups,

but particularly the age group 15-24 years. In some of the countries, self-inflicted violence also appeared to be on the increase, although that would need to be confirmed by epidemiological studies.

Violence between males was the most frequent, followed by male-female violence, and lastly by violence between women. In Jamaica itself, five times as many men as women were involved in acts of violence. It was increasingly recognized that males also were victims of violence. Women and children were a vulnerable group in that they were frequently victims of abuse. There was well-documented evidence of the relationship between adolescent pregnancy and child abuse. She felt the proposed resolution contained in Document CD37/19 did not sufficiently reflect the severity of the impact on both sexes and all age groups, in particular young males, and the financial impact on the health services.

The Region had undertaken a number of ad hoc interventions targeting the individual and society. They included the draft Model Legislation on Domestic Violence, enacted in four countries, data collection on women's issues, drug prevention programs, health promotion, and family life education programs. Other strategies under consideration were epidemiological research, surveillance systems for high-risk groups, the inclusion of conflict resolution in the school curriculum, and involvement in programs to improve inner city income bases in conjunction with public and private sector agencies and NGOs.

The Delegation of Jamaica wished to expand the proposed resolution under operative paragraph 1(b) so that it would include a reference to programs which targeted adolescents, especially those within the age group 15-24 years, in the priorities to be established. She further suggested that operative paragraph 2(a) should read "To formulate a regional plan of action on violence and health that takes into consideration all risk groups, including males aged 15-24 years, women, children and the elderly."

Ms. HICKS (Canada) said that a multisectoral approach to the issue of violence was essential since violence was not limited to the area of health, but also included such sectors as justice, education, and social services, and was directly related to poverty, unemployment, and the breakdown of the family. In addition to action in the health field, it was important to develop social strategies and to promote economic development in order to provide an environment for health development.

Her Delegation supported the focus in the report on prevention, and urged that policies and programs be developed in that area. Unfortunately, current resources were being spent largely on the treatment of victims rather than on preventive measures. Specific preventive strategies might well be directed at young males between the ages of 15 and 29, the major perpetrators and victims of violence.

It must be recognized that violence against women was only a symptom of a much larger issue. As stated in the report, violence against women constituted the most acute expression of the social inequality that existed between the sexes and served as an instrument of domination aimed at maintaining the subordination of women in society.

The issue should be included as a component of policy and programs development across many sectors. She supported operative paragraph 2(a), which dealt with violence against women separately, and urged that related policies and programs be developed as soon as possible. Her Delegation requested that the amendments it had submitted to the Secretariat be incorporated into the proposed resolution.

Mr. KING (Saint Lucia) said that the issue under consideration was a timely one, as violence appeared to be on the rise in many communities. However, it was important to recognize that violence had an impact not only on health but also on other sectors, especially the economy. For example, in his country and other island countries in the Region, reports about a high incidence of violence could have serious adverse effects on tourism.

Earlier in 1993, a newspaper article had been published that gave statistics provided by the World Health Organization on violent deaths the world over. It said that men in Saint Lucia had the highest homicide rate worldwide, with 22.6 men killed for every 100,000 inhabitants. According to the article, Ecuador and Puerto Rico followed with 21.8 killed per 100,000. His Delegation wished to take that opportunity to correct the figure published in the article. The homicide rate for men in Saint Lucia in 1988 was 15.5 per 100,000, and not 22.6 as indicated by WHO.

Because erroneous information of that type could cause incalculable harm to the economy of certain countries, it was essential to establish effective mechanisms for accurate data collection and dissemination. PAHO/WHO should exercise caution in the

dissemination of confidential information on the situation in Member Countries and should verify such information with governments before making it available to others, particularly to the press.

La Dra. MEJIA (Colombia) desea presentar algunos comentarios con el fin de complementar el impacto de estas acciones. El perfil epidemiológico de Colombia coloca la violencia como la primera causa de morbi-mortalidad del país y, por ello, es imperativo tomar acciones conjuntas tanto intersectoriales como internacionales para buscar soluciones adecuadas.

Se aborde como un problema social relevante y se inscriba en un ámbito mayor, que es el de la salud mental. Estos dos ámbitos están inmersos, a su vez, en el concepto del comportamiento humano, que comprende un área mucho más amplia, la cultura de la salud. Esta cultura debería entenderse como el cultivo de las relaciones de la persona consigo misma, con los demás y con el ambiente, en donde se dan las diferentes manifestaciones de la violencia.

En este contexto, invita a los Gobiernos Miembros a realizar un ejercicio integral de análisis, abarcando una por una todas sus áreas de acuerdo con el organigrama, planteando cada una de sus responsabilidades con respecto a la violencia y llevando a cabo las acciones pertinentes para su control, teniendo en cuenta todos los aspectos biológicos y sociales.

En cuanto a la Resolución III cree que en ella se destacan fundamentalmente el trabajo relacionado con la mujer y otros aspectos que pueden englobarse en el término

de promoción. De hecho, aunque existe acuerdo en la necesidad de trabajar en estos campos, la competencia del sector salud y la responsabilidad de los gobiernos y de la OPS se deben ampliar. Para ello propone que la resolución se modifique y sugiere que los Ministros de Salud de América, teniendo en cuenta la importancia y el impacto en la salud y la calidad de vida de la población, creen un grupo funcional o responsabilicen a cada una de sus áreas del liderazgo y coordinación del trabajo sobre violencia, como se hace con otros problemas, como el SIDA, emergencias y desastres, mujer y salud, etc. Además, debe incluirse como tema el maltrato infantil. Asimismo es preciso fortalecer los servicios de urgencia, incluyendo el tratamiento de los problemas psicosociales de las víctimas y sus familiares, y la gestión de los bancos de sangre.

Se debe hacer especial énfasis en la investigación y las actividades relacionadas con el alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la violencia y finalmente, como complemento y apoyo a estas acciones, propone que se ponga especial cuidado en los trabajos que se efectúen con los medios de comunicación, entendidos como generadores de violencia y como instrumento para combatirla y controlarla.

The PRESIDENT said that the amendments proposed would be incorporated in the proposed resolution for the Council's consideration at the ninth plenary session.

*The session rose at 6:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 6:30 p.m.*

directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XXXVII Meeting

regional committee



WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XLV Meeting

Washington, D.C.
September-October 1993

CD37/SR/9
1 October 1993
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE NINTH PLENARY SESSION
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA NOVENA SESION PLENARIA

Friday, 1 October 1993, at 9:00 a.m.
Viernes, 1 de octubre de 1993, a las 9:00 a.m.

President:
Presidente:

Dr. Julio Montt

Chile

Contents
Indice

Statement by the Representative of Colombia
Declaración de la Representante de Colombia

(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 24 November 1993. 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 aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Oficina 207), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd St., N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 24 de noviembre de 1993. Los textos definitivos se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)
Indice (cont.)

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

Item 5.10: Family Planning, Reproductive Health, and Population
Tema 5.10: Planificación familiar, salud reproductiva y población

Item 5.11: Violence and Health
Tema 5.11: Violencia y salud

Item 6.3: Use of Arrearage Payments
Tema 6.3: Uso de las contribuciones atrasadas

Item 6.4: Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
Tema 6.4: Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Item 7.1: Report on the VIII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on
Animal Health
Tema 7.1: Informe sobre la VIII Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel
Ministerial

Item 7.2: Resolutions and Other Actions of the Forty-sixth World Health Assembly of
Interest to the Regional Committee
Tema 7.2: Resoluciones y otras acciones de la 46a Asamblea Mundial de la Salud de
interés para el Comité Regional

Item 7.3: Provisional Agenda of the 93rd Session of the Executive Board of WHO.
Items of Interest to the Regional Committee
Tema 7.3: Orden del día provisional de la 93a Reunión del Consejo Ejecutivo de la
OMS. Asunto de interés para el Comité Regional

Item 8: Other Matters
Tema 8: Otros asuntos

Item 8.1: Preparation for the Third Monitoring of the Implementation of the
Regional Strategies of Health for All by the Year 2000
Tema 8.1: Preparaciones para la tercera vigilancia de la aplicación de las
estrategias regionales de salud para todos en el año 2000

Contents (cont.)
Indice (cont.)

Item 8.2: Vaccine Development
Tema 8.2: Desarrollo de vacunas

New Headquarters Building
Nuevo edificio de la Sede

Associate Membership in PAHO
Calidad de Miembro Asociado en la OPS

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

Item 5.11: Violence and Health
Tema 5.11: Violencia y salud

*The session was called to order at 9:15 a.m.
Se abre la sesión a las 9:15 a.m.*

El PRESIDENTE indica que el día anterior, 30 de septiembre de 1993, hubo una reunión de la Comisión General en la que se consideraron dos proyectos de resolución presentados por la Delegación de Colombia. La Comisión General encargó al Presidente que conversara sobre esta materia con dicha Delegación. Fue acordado que el Presidente concediera la palabra a esa Delegación para explicar las razones que llevaron a proponer los proyectos de resolución. Pide, por lo tanto, a la Representante de Colombia que haga uso de la palabra.

**STATEMENT BY THE REPRESENTATIVE OF COLOMBIA
DECLARACION DE LA REPRESENTANTE DE COLOMBIA**

La Dra. MEJIA (Colombia) agradece la oportunidad que la Comisión General ha concedido a su Delegación para compartir con el Consejo las inquietudes expresadas también por representantes de otros países, que motivaron la solicitud de considerar dos proyectos de resolución.

Recuerda que en la Declaración de Alma-Ata (1978) se fijó la meta para que "todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Esa propuesta fue recibida con júbilo en la Región de las Américas, en donde se consideró un desafío importante, pero realizable. Si bien América Latina y el Caribe presentaban indicadores de salud bajos, los problemas se habían identificado y las estrategias sugeridas en la Declaración eran

los problemas se habían identificado y las estrategias sugeridas en la Declaración eran de posible aplicación inmediata. Incluso se pensó que podrían alcanzarse la mayor parte de las metas trazadas y, en particular, la cobertura de toda la población mediante la atención primaria.

La OPS y la mayoría de los Gobiernos Miembros empezaron a formular estrategias, políticas y planes para cumplir con el compromiso adquirido e introducir los cambios correspondientes para la adecuación de los servicios y los recursos humanos. Todo estaba preparado para el "despegue" de lo que sería el más importante proyecto de salud de todos los tiempos en el que participaría toda la comunidad internacional.

Lamentablemente, pronto sobrevino una crisis económica que afectó gravemente a la Región, caracterizada por el crecimiento de la deuda externa de muchos países y una recesión que se intensificó a principios de la década de los ochenta. Al estado precario de las finanzas públicas se agregaron la falta de voluntad de algunos gobiernos para implantar las estrategias convenidas y la presión ejercida por los servicios ya establecidos para mantener sus asignaciones presupuestales. La atención primaria de salud, estrategia clave, solo se aplicó parcialmente y al no lograrse los resultados esperados, se generalizó el descrédito de las nuevas políticas.

Los años noventa han traído la recuperación de muchas de las economías de la Región y una nueva orientación económica de apertura de los mercados, respaldada por las teorías del nuevo liberalismo. Pero en muchos países, el gasto social, y, en particular el gasto en salud, se ha visto afectado y ni los servicios públicos ni los seguros sociales

han podido adaptarse al mercado competitivo. Como resultado, no se ha cumplido con las metas de Alma-Ata, si bien las condiciones de salud han mejorado debido al desarrollo general de los países y al fenómeno de modernización social en casi toda la Región. Aunque han pasado dos décadas, son pocos los países que se han acercado al logro del objetivo de la universalización de los servicios de salud, una de las metas más importantes de la Declaración. Hay grandes masas de población marginadas, aun de la atención mínima de sus problemas de salud. En algunos países, hasta la mitad de la población carece de servicios de salud regulares y confiables. Además, la situación en los países ha evolucionado mediante cambios en el perfil epidemiológico y la estructura demográfica, que reflejan una transformación de la realidad social y de la salud de la población.

La respuesta a esta situación constituye un reto para la OPS como coordinadora regional del sector de la salud: es imperativo revisar y evaluar la validez de los postulados establecidos hace 20 años, a la luz de los resultados obtenidos y de la nueva realidad del sector social y de las economías. En América Latina y el Caribe, las economías están experimentando un cambio profundo enmarcado en la descentralización y modernización de los Estados. Fundamentalmente, las reformas de salud no se han generado dentro del propio sector, pero en ellas han influido las reformas del Estado y de la seguridad social. Las entidades rectoras en salud enfrentan, pues un reto importantísimo para el desarrollo de su sector. Es necesario establecer una fuerza coordinadora de apoyo para clarificar los objetivos y generar procesos de cambio dentro

del sector de la salud, con suficiente capacidad para dirigir una reforma integral. La problemática de salud no es exclusivamente médica, sino pública, y requiere un amplio enfoque ya que en ella influyen las decisiones de índole financiera, política, económica y administrativa.

Al presentar su solicitud de que se hagan un análisis exhaustivo y una revisión de las estrategias propuestas para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, su Delegación hace hincapié en que debe realizarse de forma sana y abierta, como corresponde a una organización dinámica y de forma que fortalezca el proceso democrático. En este sentido, señala que solo falta un año para elegir a otro Director de la OSP. La propuesta de candidatos, considera, debe estar fundamentada en programas de mejoramiento bien estructurados, teniendo en cuenta el fortalecimiento de la Organización.

Por último, sugiere que el análisis de las estrategias solicitado se integre en la preparación del plan cuadrienal que ha de presentarse próximamente para desarrollarse del 1994 al 1998.

El PRESIDENTE agradece la aclaración de la Representante de Colombia y dice que se pasará al primer tema programado para la sesión.

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

Ítem 5.10: Family Planning, Reproductive Health, and Population

Tema 5.10: Planificación familiar, salud reproductiva y población

El PRESIDENTE pide al Relator que presente el proyecto de resolución PR/4.

El RELATOR indica que en el proyecto de resolución ya se han incorporado las enmiendas propuestas por escrito por las Delegaciones del Reino Unido y del Canadá, correspondientes a los párrafos 2.b) y 3.b) de la parte dispositiva. El proyecto de resolución dice así:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Reaffirming and reiterating the concepts and mandates contained in Resolutions CD30.R8, CD31.R18, CD32.R9, CD33.R13, CD35.R19, CSP23.R17, and CD36.R18, on the subjects of population, family planning, maternal and child health, prevention and reduction of maternal mortality, and comprehensive health of adolescents; and

Taking note of the changes that are occurring in the international and national spheres, as well as the obstacles standing in the way of more rapid progress in the actions necessary in order to attain the goals set by the Governing Bodies of the Organization and the World Summit for Children,

RESOLVES:

1. To reaffirm that population and family planning activities are indispensable to health, and that family planning should be integrated into health programs and promoted actively under the principle of respect for the rights of individuals and couples.

2. To urge that the Member Governments:
 - (a) Participate actively in the World Conference on Population, to be held in Cairo, Egypt, in 1994, endeavoring to ensure that issues relating to population and health, reproductive health and family planning are duly considered and included under the plans of action on matters of population and development;
 - (b) Review, adjust, and reformulate, as necessary, their policies, plans of action and programs on reproductive health and family planning, emphasizing the improvement of the quality of services, intersectoral coordination including better partnership with governmental, private, for-profit, and nongovernmental organizations, and the search for financing to reach neglected groups and the population that remains uncovered;
 - (c) Develop projects of technical and financial support in the area of family planning, reproductive health, and population to be submitted to bilateral or multilateral cooperation agencies.

3. To request that the Director:
 - (a) Ensure that the Pan American Health Organization provides the necessary technical support so that the issues of population and health, reproductive health, and family planning are included in the proposed regional and global plans of action on population;
 - (b) Collaborate with the countries in situation studies, policy design, and the development of strategies and programs to provide family planning and reproductive health services, integrated with other programs of primary health care and for the prevention of the HIV/AIDS epidemic to the entire population;
 - (c) Continue to contribute to the search for and mobilization of national and international resources in order to make it possible to expand the Organization's activities in these areas.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando y reiterando los conceptos y mandatos contenidos en las resoluciones CD30.R8; CD31.R18; CD32.R9; CD33.R13; CD35.R19; CSP23.R17 y CD36.R18,

referidas a los temas de población, planificación familiar, salud maternoinfantil, prevención y disminución de la mortalidad materna, y salud integral del adolescente, y

Tomando nota de los cambios que se están sucediendo en los ámbitos internacional y nacional, así como de las restricciones que impiden un desarrollo más acelerado de las acciones necesarias para alcanzar las metas fijadas por los Cuerpos Directivos de la Organización y por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia,

RESUELVE:

1. Reafirmar la doctrina de que las actividades de población y planificación familiar son aspectos indispensables de la salud, y que la planificación familiar debe ser integrada a los programas de salud y promovida activamente bajo el principio de respeto por los derechos del individuo y de la pareja humana.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Participen activamente en la Conferencia Mundial de Población, que va a celebrarse en el Cairo, Egipto, en 1994, realizando un esfuerzo para que los aspectos relacionados con población y salud, salud reproductiva y planificación familiar sean debidamente considerados e incluidos en los planes de acción en materia de población y desarrollo;
- b) Revisen, ajusten y reformulen, según proceda, sus políticas, planes de acción y programas de salud reproductiva y planificación familiar, haciendo hincapié en la mejoría de la calidad de los servicios, en la coordinación intersectorial, incluyendo una mejor asociación con organizaciones gubernamentales, privadas, con fines de lucro y no gubernamentales, y en la búsqueda de financiamiento para llegar a los grupos postergados y la población aún no cubierta;
- c) Elaboren proyectos de apoyo técnico y financiero en planificación familiar, salud reproductiva y población para presentarlos a los organismos de cooperación bilateral o multilateral.

3. Pedir al Director que:

- a) La Organización Panamericana de la Salud preste el apoyo técnico necesario para que los aspectos de población y salud, salud reproductiva y planificación familiar queden incluidos en las propuestas de los planes de acción mundial y regional sobre población;

- b) Colabore con los países en estudios de situación, diseño de políticas, estrategias y programas para prestar servicios de planificación familiar y salud reproductiva, integrados con otros programas de atención primaria de salud y de prevención de la epidemia del VIH/SIDA, a toda la población;
- c) Continúe contribuyendo en la búsqueda y movilización de recursos nacionales e internacionales que permitan ampliar las actividades de la Organización en estas áreas.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.11: Violence and Health

Tema 5.11: Violencia y salud

El PRESIDENTE pide al Relator que presente el proyecto de resolución PR/5.

El RELATOR explica que en el proyecto de resolución ya se han incorporado las enmiendas propuestas por escrito por las Delegaciones de Canadá, Jamaica y Colombia, que complementan los apartados a) a f) del párrafo 1 de la parte resolutive y el apartado 2.a) de la misma parte. El proyecto de resolución dice así:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/19, "Violence and Health," and its Annex, "Report of the Special Subcommittee on Women, Health, and Development";

Considering that violent behavior is a public health problem of great magnitude and importance in the Region of the Americas and is a cause of economic loss, physical, psychic and social injury, avoidable premature death, and deterioration of the quality of life, among other consequences;

Recognizing that violence against women is a special problem with serious social repercussions, given the link that exists between discrimination and abuse;

Recognizing as well that violence against distinct vulnerable groups, especially children, youth, and the elderly, generates specific problems that have a negative impact on their physical, psychological, and social development; and

Acknowledging that the health sector should play a fundamental role, along with other sectors, in the search for solutions and the application of measures for the prevention and control of all forms of violence,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to:
 - (a) Establish national policies and plans for the prevention and control of violence in collaboration with all the sectors involved, and to propose in the ministries of health the formation of working parties to coordinate measures against violence;
 - (b) Give priority to the establishment of policies and programs for the management of violence against women and children, and against adolescents and youth, particularly those aged 15 to 24 years, in collaboration with women's organizations and other relevant groups;
 - (c) Identify and mobilize the necessary resources for establishing multisectoral health promotion and protection programs for the promotion of healthy behaviors, specially among young adult males, discourage exposure to unnecessary risks, and adopt legal measures that support the prevention and control of violence;
 - (d) Strengthen emergency services in health units, including blood banks and referral and counterreferral systems, and treat the psychosocial problems of the victims and their families;
 - (e) Promote the development of epidemiological surveillance and multidisciplinary research on the problem, including the use of alcohol and psychoactive substances, and establish the necessary training programs;

- (f) Complement the foregoing by generating measures for the analysis and promotion of the positive channeling of information through the mass media.
2. To ask the Director, within the resources available:
- (a) To formulate a regional plan of action on violence and health that contains a special component on violence against women and considers all risk groups;
 - (b) To collaborate with the countries on the identification and mobilization of financial resources for the execution of these proposals.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/19, Violencia y salud, y su Anexo, Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo;

Teniendo en consideración que las conductas violentas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y que son causa de pérdidas económicas y daño moral, muertes prematuras evitables y deterioro de la calidad de la vida;

Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye un problema especial de graves repercusiones sociales por la asociación existente entre discriminación y maltrato;

Teniendo en cuenta asimismo que la violencia contra los distintos grupos vulnerables, especialmente niños, jóvenes y ancianos, genera problemas específicos que inciden desfavorablemente en su desarrollo físico, psíquico y social, y

Estimando que el sector salud debería desempeñar un papel fundamental junto con otros sectores en la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control de todas las formas de violencia,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
- a) Establezcan políticas y planes nacionales de prevención y control de la violencia con el concurso de todos los sectores involucrados,

promoviendo en los ministerios de salud, la integración de grupos de trabajo que coordinen acciones contra la violencia;

- b) Establezcan con prioridad políticas y programas para el manejo de la violencia contra la mujer y el niño, y contra adolescentes y jóvenes, en especial aquellos en el grupo de edad de 15 a 24 años, con el concurso de las organizaciones de mujeres y otros grupos relevantes;
- c) Identifiquen y movilicen los recursos necesarios para establecer programas multisectoriales de promoción y protección de la salud que fomenten conductas saludables, especialmente entre los hombres jóvenes, desalienten la exposición a riesgos innecesarios y adopten medidas jurídicas que apoyen la prevención y el control de la violencia;
- d) Fortalezcan los servicios de urgencias en las unidades de salud, incluyendo los bancos de sangre y sistemas de referencia y contrarreferencia, atendiendo los problemas sicosociales de las víctimas y sus familiares;
- e) Promuevan el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y la investigación multidisciplinaria sobre el problema, incluido el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y establezcan los programas de capacitación necesarios;
- f) Generen, en forma complementaria, acciones encaminadas a la canalización positiva de la información a través de los medios de comunicación social.

2. Pedir al Director que, dentro de los recursos disponibles:

- a) Formule un plan de acción regional sobre violencia y salud que contenga un componente especial sobre violencia contra la mujer, pero tomando en consideración todos los grupos de riesgo;
- b) Colabore con los países en la identificación y movilización de los recursos financieros para la ejecución de esas propuestas.

El Dr. PICO (Argentina) propone que se enmiende el segundo párrafo del preámbulo para que diga: "Teniendo en consideración que las conductas violentas

constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y que generan pérdidas económicas y daños psíquicos, físicos y sociales, muertes prematuras evitables y deterioro de la calidad de vida, entre otros".

Mr. KING (Saint Lucia) said his Delegation believed that, in addition to ensuring effective measures for accurate data collection and reporting, both PAHO and WHO should consult with the government concerned prior to releasing confidential epidemiological data to the press. He therefore proposed that a third subparagraph, 2(c), be added to the resolution, reading as follows: "To reexamine and ensure that within PAHO/WHO effective measures are established for accurate data collection and reporting, and that prior to the release of confidential data to the press, consultation and verification of all data be undertaken with the particular country or its regional epidemiological center, where such exists."

El PRESIDENTE pide a los Representantes de la Argentina y de Santa Lucía que presenten sus enmiendas por escrito al Relator.

El PRESIDENTE dice que se volverá más tarde a considerar el proyecto de resolución PR/5, junto con las enmiendas propuestas. Seguidamente pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema siguiente, relacionado con el Documento CD37/24.

ITEM 6.3: USE OF ARREARAGE PAYMENTS
TEMA 6.3: USO DE LAS CONTRIBUCIONES ATRASADAS

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que la Secretaría puso en conocimiento del Comité Ejecutivo que, a fines de 1991, los Estados Unidos de América informaron a la Organización de su intención de pagar \$10.430.000 por concepto de cuotas atrasadas, en cuatro cuotas anuales de aproximadamente \$2.608.000 cada una a partir del año civil 1992, además de cubrir las cuotas correspondientes a los años en curso. En vista de que una ley nacional exige que los pagos de cantidades en mora sean destinados a actividades especiales seleccionadas por mutuo acuerdo entre los Estados Unidos y la respectiva organización internacional, se elaboró conjuntamente la propuesta de asignación de dichos fondos presentada al Comité Ejecutivo.

Ante ciertas reservas planteadas durante el debate, el Director señaló que sin duda el procedimiento adoptado entraña en cierto modo una excepción a las normas vigentes; sin embargo, otros países en mora no podrán esgrimirlo como precedente pues es el resultado de una exigencia establecida por la legislación estadounidense.

El Comité aprobó la Resolución XX, en la que se decide:

Apoyar la propuesta del Director de asignar \$1.208.000 al Fondo de Emergencia para el Cólera, \$1.200.000 al Fondo para la Lucha Antisarampionosa, \$5.622.000 al Fondo de Bienes de Capital y \$2.400.000 al Fondo de Trabajo, en conformidad con el Artículo VI del Reglamento Financiero; crear una reserva a partir del Fondo de Trabajo para que sirva de garantía para los préstamos considerados en el Documento CE111/25,

Rev.1, párrafo 4, y asignar del Fondo de Trabajo a esta reserva la cantidad de \$4.500.000, que servirá como garantía ajustable para los saldos pendientes, tanto actuales como futuros, de los préstamos; depositar en el Fondo de Trabajo los pagos de contribuciones atrasadas efectuados por los Estados Unidos de América y por otros países, según se estipula en el párrafo 1, hasta el nivel autorizado del Fondo; recomendar a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que se autorice al Director a aumentar gradualmente el nivel no comprometido del Fondo de Trabajo a partir de \$11.000.000 mediante incrementos iguales a las sumas que ya no se necesiten en la reserva descrita en el párrafo 2 (el nivel total autorizado del Fondo de Trabajo no debe superar los \$15.000.000); y revisar periódicamente el nivel del Fondo de Trabajo y garantizar que sea adecuado.

El Dr. ANTELO (Cuba) dice, en relación con la ley estadounidense mencionada, que su país recientemente ha saldado algunas deudas con medicamentos en vez de dinero en efectivo. Quizá Cuba podría hacer otros arreglos similares que redundaran en beneficio de algunos programas de la Región, como el de malaria por ejemplo.

Por otra parte, le parece que 80% del dinero se ha asignado a actividades que no benefician directamente a los programas o a toda la Región, sino que más bien se mantendrán en la Sede. Le gustaría una aclaración al respecto.

Mr. TRACY (Chief of Administration) explained that the United States legislation in question affected all international organizations to which the United States belonged

and not PAHO alone. With regard to Dr. Antelo's concern about the Working Capital Fund, he said that it was used to finance many of the programs carried out in the countries, particularly extrabudgetary programs, during the interim between their approval and the first disbursement of funds by donors. Thus, the Fund was used on a regionwide basis and largely to ensure prompt implementation of programs in the field.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) llama la atención a la página 2 del Documento CE111/25 Rev. 1, en la que se explicita la aplicación de los fondos en discusión. La primera asignación se refiere al Fondo de Emergencia para el Cólera, lo que precluye su aplicación en la Sede. La segunda es para la lucha antisarampionosa, que tampoco tiene lugar en la Sede. Esos fondos apoyarán las campañas de vacunación en los países. En tercer lugar figura una asignación al Fondo de Bienes de Capital, que se empleará para actualizar el uso de tecnologías avanzadas por parte de la Organización. Si bien esta parte puede ser aplicada en la Sede, la mayor proporción irá a apoyar las Representaciones de la OPS en los Países para que puedan cumplir mejor con sus responsabilidades de apoyo a los países. La cuarta asignación al Fondo de Trabajo es una reserva global que puede utilizarse para apoyar cualquier programa de la Organización.

No se trata, por lo tanto, de reservar recursos para la Sede, sino por el contrario de contar con fondos que sostengan las actividades de la Organización en apoyo de los programas nacionales. En cuanto al precedente que pueda haberse establecido, aclara que las prioridades fueron indicadas por la Organización y no por los Estados Unidos.

No se ha sentado ningún precedente en el sentido de que los países puedan exigir a qué fines se dedicarán las cuotas que pagan a la OPS. Se ha tratado, sencillamente, de conciliar los intereses de la Organización y, en particular, de los Estados Miembros de América Latina y el Caribe, con una exigencia legal y política de un Gobierno Miembro, para poder usar unos fondos que de otro modo no podrían utilizarse. Le parece una medida de sabiduría política optar por la posibilidad de conciliación.

El Dr. ANTELO (Cuba) se siente en la obligación de plantear que los fondos para el cólera y el sarampión representan solamente 20% del total. No está claro lo que se piensa hacer con el 80% restante. Le parecería muy bien que se empleara en apoyo de los programas de la Región y espera que en la próxima reunión de los Cuerpos Directivos se explique en qué se utilizaron los recursos.

El PRESIDENTE solicita al Relator que presente el proyecto de resolución correspondiente al tema discutido.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the recommendations of the 111th Meeting of the Executive Committee of various uses of arrearage payments by the United States of America,

RESOLVES:

1. To accept the proposed allocation by the Director of \$2,400,000 for the Working Capital Fund.

2. To set aside a reserve from the existing Working Capital Fund to serve as the guarantee for the loans from the Inter-American Development Bank for the Textbook and Instructional Materials Program of the Pan American Health and Education Foundation, and to allocate from the Working Capital Fund to this reserve the amount of \$4,500,000, which shall serve as an adjustable guarantee for the current and future outstanding balances of the loans.

3. To deposit in the Working Capital Fund payments of arrearages by the United States of America, as outlined in paragraph 1 above, and by other countries, up to the authorized level of the Fund.

4. To authorize the Director to increase gradually the level of the unencumbered Working Capital Fund from \$11,000,000 by an amount equal to the sums no longer needed in the reserve described in paragraph 2 above, the total authorized level of the Working Capital Fund not to exceed \$15,000,000.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las recomendaciones de la 111a Reunión del Comité Ejecutivo relativas a varios usos para los pagos de contribuciones atrasadas efectuados por los Estados Unidos de América,

RESUELVE:

1. Aceptar la propuesta del Director de asignar \$2.400.000 al Fondo de Trabajo.

2. Crear una reserva a partir del Fondo de Trabajo para que sirva de garantía para los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo destinados al Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, y asignar del Fondo de Trabajo a esta reserva, la cantidad de \$4.500.000, que servirá como garantía ajustable para los saldos pendientes, tanto actuales como futuros, de los préstamos.

3. Depositar en el Fondo de Trabajo los pagos de contribuciones atrasadas efectuados por los Estados Unidos de América y por otros países, según se estipula en el párrafo 1, hasta el nivel autorizado del Fondo.

4. Autorizar al Director para aumentar gradualmente el nivel no comprometido del Fondo de Trabajo a partir de \$11.000.000 mediante incrementos iguales a las sumas que ya no se necesiten en la reserva descrita en el párrafo 2; el nivel total autorizado del Fondo de Trabajo no debe superar los \$15.000.000.

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

ITEM 6.4: SALARY OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
TEMA 6.4: SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

El PRESIDENTE pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema.

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) informa que, de conformidad con las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Comité Ejecutivo recomienda a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que se fije el sueldo anual del Director en \$86,914 con familiares a cargo y en \$78.122 sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de marzo de 1993.

El PRESIDENTE dice que, no habiendo discusión sobre el tema, se pasará a considerar el proyecto de resolución correspondiente, que aparece en el Documento CD37/25.

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Considering the revision made to the base/floor salary scale for the professional and higher categories of staff in graded posts, effective 1 March 1993;

Taking into account the decision by the Executive Committee at its 111th Meeting to adjust the salaries of the Deputy Director and Assistant Director (Resolution XIV);

Having noted the recommendation of the Executive Committee concerning the salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Resolution XIV); and

Bearing in mind the provisions of Staff Rule 330.3,

RESOLVES:

To establish the annual net salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau at \$86,914 (dependency rate) and \$78,122 (single rate), effective 1 March 1993.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la revisión efectuada en la escala de sueldos de base/mínimos para los titulares de puestos de las categorías profesional y superior, con efecto desde el 1 de marzo de 1993;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 111a Reunión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector (Resolución XIV);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Resolución XIV), y

Consciente de las disposiciones del Artículo 330.3 del Reglamento del Personal,

RESUELVE:

Fijar el sueldo neto anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$86.914 con familiares a cargo o en \$78.122 sin familiares a cargo, vigente a partir del 1 de marzo de 1993.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 7.1: REPORT ON THE VIII INTER-AMERICAN MEETING, AT THE MINISTERIAL LEVEL, ON ANIMAL HEALTH
TEMA 7.1: INFORME SOBRE LA VIII REUNION INTERAMERICANA DE SALUD ANIMAL A NIVEL MINISTERIAL

El PRESIDENTE llama la atención al Documento CD37/26 y pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema.

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) explica que la Secretaría informó al Comité Ejecutivo que la VIII Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA VIII) se celebró en la Sede de la OPS del 27 al 29 de abril de 1993. El objetivo de la Reunión fue fortalecer los aspectos de interés mutuo entre los sectores de la agricultura y la salud. De conformidad con los enfoques estratégicos del Programa de Salud Pública Veterinaria, se presentaron para discusión los avances de los programas regionales que en esta área desarrollan los países con la cooperación técnica de la OPS: eliminación de la rabia, erradicación hemisférica de la fiebre aftosa, erradicación de la tuberculosis bovina y protección de los alimentos. Se pusieron de relieve los avances logrados en cuanto a la rabia y la fiebre aftosa. En efecto, a fines del decenio de 1980, 80% de las capitales latinoamericanas no tenían casos de rabia humana, y el Uruguay y Chile se hallaban exentos de fiebre aftosa. Se destacó la participación del sector privado en la consecución de esas metas.

En relación con el programa de protección de los alimentos, se informó que ya todos los países tienen la capacidad para el análisis microbiológico de los alimentos, y los recursos humanos capacitados para identificar en ellos el *Vibrio cholerae*, así como

las bases técnicas y políticas para su comercialización, frente a la epidemia de cólera en la Región. Además, se elaboró una guía para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por alimentos y sobre el aporte de la salud pública veterinaria a los servicios locales de salud.

En la RIMSA VIII se aprobaron 10 resoluciones que se incluyen en el informe final de dicha reunión. El Comité Ejecutivo no consideró necesario preparar un proyecto de resolución al respecto.

El PRESIDENTE indica que el informe presentado se hará constar en el acta de la presente Reunión. Dirige la atención del pleno al Documento CD37/27 y pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema correspondiente.

ITEM 7.2: RESOLUTIONS AND OTHER ACTIONS OF THE FORTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE

TEMA 7.2: RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 46a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

El Dr. ZAVALA (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, entre las medidas adoptadas por la 46a Asamblea Mundial de la Salud, se destacan por su interés para la Región de las Américas la reelección del Dr. Hiroshi Nakajima como Director General de la OMS y el análisis del presupuesto por programas para el bienio 1994-1995. La mayor parte de los temas examinados por la Asamblea fueron también objeto de análisis por la 111a Reunión del Comité Ejecutivo, como la erradicación de la

poliomielitis, la salud y el ambiente, la salud maternoinfantil y planificación de la familia, y la declaración del año 1994 "Año Internacional de la Familia". También se abordaron los temas específicos de la tuberculosis, la malaria, el dengue y la nutrición.

Entre las resoluciones de más interés cabe mencionar la WHA46.16, en la que se destaca la importancia del informe del Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales; la WHA46.28, que pide a la OMS que brinde asistencia necesaria a Cuba para ayudarle a superar la crisis producida por el reciente desastre relacionado con el fenómeno atmosférico conocido como "la tormenta del siglo"; y la WHA46.35, en la que se pide al Director General que adopte una presentación más clara, sencilla y fácil de entender para el presupuesto por programas correspondiente al ejercicio 1996-1997.

Costa Rica fue elegida para designar a un miembro del Consejo Ejecutivo, en representación de la Región de las Américas, por haber llegado a su término el mandato del Dr. James Mason, de los Estados Unidos de América.

La 47a Asamblea Mundial de la Salud se celebrará en Ginebra a partir del 2 de mayo de 1994.

El PRESIDENTE indica que no será necesario aprobar una resolución sobre el tema y que la información presentada quedará registrada en acta.

ITEM 7.3: PROVISIONAL AGENDA OF THE 93rd SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO. ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE

TEMA 7.3: ORDEN DEL DIA PROVISIONAL DE LA 93a REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS. ASUNTOS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

El PRESIDENTE llama la atención al Documento CD37/28 y pide al Secretario que presente el tema correspondiente.

The SECRETARY (Dr. Knouss, Deputy Director) noted that the next meeting of the WHO Executive Board would take place in Geneva, beginning on 17 January 1994. Although no documents had been circulated for the meeting, the provisional agenda indicated that a number of issues of particular interest to the countries of the Region would be discussed. He reminded the Council that the Region would be represented at the Executive Board meeting by Bolivia, Canada, Costa Rica, Jamaica, Mexico, and Uruguay. Member Governments with specific concerns about the matters to be examined by the Board should address them to one of those representatives.

Among the noteworthy items on the provisional agenda were the Ninth General Program of Work and the responses of the regions to the document on the WHO response to global change. In addition, the Board would be examining progress reports on many WHO initiatives that were of concern to the Region, including technical cooperation among developing countries, infant and young child nutrition, maternal and child health and family planning, elimination of neonatal tetanus and control of measles, the Children's Vaccine Initiative, elimination of leprosy as a public health problem,

tuberculosis control and emergency and humanitarian relief operations. Also on the agenda for the Board's meeting were discussion of the Global AIDS Strategy and a review of the Program on Noncommunicable Diseases. Finally, as had been mentioned by the Director-General in his remarks to the Council, the Executive Board would be discussing the issue of budgetary reform.

Mr. BOYER (United States of America) said he wished to emphasize that the Executive Board would be looking at a number of items relating to reform of the World Health Organization. Many of the agencies of the United Nations system, including WHO, were under great pressure to reform their operations, make them more efficient and effective, and deliver the product they were intended to deliver. He understood that the Executive Board would be discussing the creation of a new budget and finance committee to help the Member States become more knowledgeable about and involved in the budgeting process. A number of proposals for improving and simplifying the presentation of the budget would be examined. There would also be proposals to follow up on the recommendations made by the External Auditor at the World Health Assembly in May 1993 to ensure transparency and openness in contracting procedures. In addition, the Secretariat had been asked to propose to the Executive Board ethical standards to guide financial transactions between the WHO Secretariat and members of the Executive Board. These and other issues promised to make the January 1994 meeting a very important and interesting one, and he was certain all the Governments of the Region would be most interested in the outcome of the Executive Board's deliberations.

El PRESIDENTE dice que la discusión sobre el tema queda registrada en las actas de la reunión, por cuanto no es necesario aprobar una resolución. A continuación señala el Documento CD37/30 y pide al Director que presente el tema.

ITEM 8: OTHER MATTERS
TEMA 8: OTROS ASUNTOS

Item 8.1: Preparations for the Third Monitoring of the Implementation of the Regional Strategies of Health for All by the Year 2000
Tema 8.1: Preparaciones para la tercera vigilancia de la aplicación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) dice que los dos temas siguientes se incluyeron a última hora para informar a los presentes sobre acontecimientos de importancia inmediata. El primero se refiere a los preparativos para la tercera vigilancia de la aplicación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. Hasta la fecha se han realizado cuatro ejercicios de evaluación, en 1983, 1985, 1988 y 1991. De acuerdo con la Resolución WHA45.4 de la Asamblea Mundial de la Salud, se procederá a conducir una tercera evaluación correspondiente a 1993, con datos de 1992, y los resultados serán discutidos en las reuniones de los Cuerpos Directivos de 1994, para luego ser presentados al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1995 y a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1995.

En 1992, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un formato común para la conducción de los ejercicios de evaluación y vigilancia, el cual ha sido revisado de acuerdo con la experiencia adquirida en los cuatro ejercicios anteriores. El instrumento

revisado que se usará en la evaluación de 1993 abarca las áreas siguientes: tendencias de la salud, implementación de la estrategia de atención primaria, desarrollo de los sistemas de salud con referencia a la atención primaria, recursos para la salud, comportamiento y estilos de vida, el ambiente, y las tendencias poblacionales en el contexto del nuevo desarrollo económico, social y político. Varios de los aspectos incluidos en el formato anterior han sido eliminados y otros simplificados, con arreglo a la situación actual.

El ejercicio de evaluación y vigilancia debe ser una oportunidad para que los países ejerciten su capacidad de análisis, no solo en relación con el cumplimiento de las metas de salud para todos, sino también con la situación actual de la salud. Habrá que tener en cuenta los cambios que están experimentando los países, para poder informar cabalmente sobre el proceso de toma de decisiones con respecto a políticas, planes de salud, bienestar e incluso del proceso de desarrollo como un todo. En sentido colectivo, es también una oportunidad para evaluar lo que se ha estado haciendo a nivel regional y, al mismo tiempo, mejorar la calidad, oportunidad y utilidad de la información disponible. Debe aprovecharse la preparación de los informes para identificar los problemas y posibles soluciones. El ejercicio de evaluación y vigilancia coincidirá con la preparación de la nueva edición de *Las condiciones de salud en las Américas*, del *Informe cuadrienal del Director para 1990-1993*, la evaluación de las segundas orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para 1991-1994 y la propuesta de las terceras orientaciones y prioridades para 1995-1998. Además se espera tener listo

para los Cuerpos Directivos un documento que se está preparando en colaboración con la CEPALC y quizá otro documento conjunto de la OPS y los bancos de desarrollo sobre la participación de la salud en el proceso de desarrollo sobre todo en vista de los cambios mundiales y su impacto en la salud. En el documento de la CEPALC se tratará de la participación de la salud en el desarrollo y la propuesta de la transformación productiva con equidad. Todo esto implica una revisión profunda de todas las actividades de la Organización.

El Director desea hacer hincapié en que el ejercicio de vigilancia es responsabilidad de los Gobiernos Miembros y les pide que presten mucha atención a su conducción. En algunos ejercicios anteriores, hubo países de las Américas que no presentaron ningún informe, lo que hizo muy mala impresión en las reuniones de Ginebra. Para el próximo ejercicio, la OPS insiste en obtener una respuesta de todos los países, para poder presentar un cuadro real de la Región en el contexto mundial. Pueden sentirse libres para incorporar información adicional no incluida en los documentos disponibles, incluso análisis y comentarios pertinentes. El ejercicio debe considerarse como una oportunidad para reflexionar sobre cómo orientar las actividades del sector de la salud para que desempeñe el papel que le corresponde en los procesos de desarrollo por los que atraviesa la Región.

El instrumento común para la vigilancia se hará llegar a los países en las próximas semanas, junto con una carta recordándoles muchos de los presentes comentarios. Ruego que tomen las medidas necesarias para que lleguen a la Secretaría los informes de todos

y cada uno de los países antes del 28 de febrero de 1994. Sobre la base de los informes de cada país se preparará un informe general que será presentado al Subcomité de Planificación y Programación en su reunión de abril de 1994, luego al Comité Ejecutivo en junio y, finalmente, a la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre, donde se analizará colectivamente la situación y se propondrán posibles medidas a tomar.

La Dra. MEJIA (Colombia) dice que su Delegación ha escuchado con satisfacción el informe del Director sobre los mecanismos y procedimientos que se pondrán inmediatamente en práctica a fin de analizar y evaluar las estrategias propuestas para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y de concluir la elaboración del próximo plan cuatrienal de la OPS.

De todas maneras, sugiere que el Consejo considere si es procedente que el proyecto de resolución oportunamente presentado por su Delegación sea examinado por el Comité Ejecutivo y pide que los puntos de vista de Colombia con respecto al tema queden reflejados en las actas oficiales de la presente Reunión.

Además, insta al Director a intensificar el intercambio de ejercicios de evaluación y análisis de la inversión social y, especialmente, de la inversión en salud, con otros organismos multilaterales, a fin de enriquecer los procesos de planificación estratégica y de revisión de las prioridades establecidas en relación con la programación de objetivos que en verdad se puedan alcanzar.

El PRESIDENTE asegura a la Representante de Colombia su intervención a principios de la sesión que constará en las actas y que la Secretaría hará llegar al Comité Ejecutivo los proyectos de resolución presentados por la Delegación de Colombia.

*The session was suspended at 10:15 a.m. and resumed at 10:45 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:15 a.m. y se reanuda a las 10:45 a.m.*

Item 8.2: Vaccine Development
Tema 8.2: Desarrollo de Vacunas

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) informa que la I Reunión Regional de la Vacuna para Niños se celebró en la Sede de la OPS de 7 a 9 de septiembre de 1993, en cooperación con el Sistema Regional para el Desarrollo de Vacunas en América Latina y el Caribe (SIREVA). La Iniciativa de la Vacuna para Niños (CVI) fue copatrocinada por la OMS y por instituciones como UNICEF, el PNUD y el Banco Mundial y contó con el apoyo de los Gobiernos de la Región. Su propósito fundamental es desarrollar la vacuna ideal, es decir, una vacuna que reúna todos los antígenos contra las principales enfermedades que afligen a los niños, que sea de altísima eficacia y que pueda ser administrada por vía oral en una sola dosis durante los primeros meses de vida de la criatura. Mientras se trabaja por conseguir esta vacuna ideal, se mejoran y desarrollan las ya existentes y se procura ampliar el arsenal de agentes inmunizantes disponibles. La rápida evolución de nuevas tecnologías aplicadas a la fabricación de vacunas en los países desarrollados permite prever, en un futuro próximo, la aparición de nuevas vacunas más complejas, con mayor número de antígenos combinados, más

potentes y más seguras. Habida cuenta de las reglas del mercado, estas vacunas serán más costosas, lo que dificultará su aplicación en los programas de inmunización de los países en desarrollo. Esto puede conducir a dos tipos de vacunas: una tecnológicamente muy avanzada para los países desarrollados y otra clásica para los países en desarrollo.

Para evitar que se produzca esta situación, la OPS, por conducto del SIREVA y el PAI y en cooperación con la CVI, organizó dicha reunión con la participación de los 12 laboratorios que producen vacuna DPT. Como la vacuna DPT se administra en edad muy temprana y es preciso utilizarla por muchos años, se la eligió para que sirviera de base a futuras combinaciones con otros antígenos como, por ejemplo, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Streptococcus pneumoniae*, fiebre tifoidea y fiebre aftosa. Los 12 laboratorios que producen DPT en la Región son todos públicos, lo que entraña una ventaja estratégica desde el punto de vista de la conducción de políticas públicas colectivamente establecidas y, a la vez, dificultades conocidas en relación con la rigidez económica y financiera o la burocracia. Habrá pues que aprovechar lo positivo y superar lo negativo. Por otra parte, estos laboratorios presentan condiciones muy heterogéneas respecto de la capacidad de producción, la infraestructura administrativa y operacional y el control de calidad. En algunos, los gobiernos han hecho importantes inversiones; en otros, las actividades se llevan a cabo en forma muy precaria.

El objetivo de la reunión fue, por lo tanto, promover la disponibilidad y el suministro de vacuna DPT y vacuna combinada a base de DPT de alta calidad a los programas nacionales de inmunización en la Región, a precios accesibles. Para ello se

recomendó que se elaborara un plan estratégico regional, con cuatro objetivos principales. Primero, el mejoramiento y fortalecimiento de la capacidad de control de calidad de los países mediante la organización de una red regional de laboratorios de control de calidad. Segundo, el mejoramiento y la expansión de la capacidad de producción de la vacuna DPT actual para satisfacer la demanda de la Región por medio del establecimiento y el desarrollo de un programa para certificación de laboratorios de producción de vacuna. Tercero, la investigación y el desarrollo que conduzca a la producción de una nueva vacuna DPT y vacuna combinada sobre la base de DPT en conjunto con la iniciativa CVI y otros programas conexos; cabe confiar al respecto que se puedan cubrir todas las necesidades de la Región y que se logre generar un excedente para satisfacer pedidos extrarregionales. Y cuarto, la promoción de inversión en proyectos específicos relacionados con la ejecución de planes nacionales y regionales por organismos nacionales bilaterales y multilaterales.

Este plan se podrá desarrollar con éxito si cuenta con un apoyo político que el Director da por descontado, gracias a los buenos oficios de los representantes presentes y a la buena disposición de sus gobiernos.

Ms. KEFAUVER (United States of America) stated that her Delegation would look forward to the documents on vaccine development that would be prepared for the 113th Meeting of the Executive Committee in 1994. The availability of reasonably priced and high-quality vaccines was a very important issue for all the countries.

She congratulated the Organization for developing a regional plan to improve quality control and quality assurance and ensure good manufacturing practices. As the U.S. Food and Drug Administration had specific regulations and procedures in those areas, that agency would be glad to share its experience with the Organization and other Member Governments in whatever way would be effective.

Her Delegation would appreciate more information on the Regional System of Vaccines (SIREVA), including what countries were part of the SIREVA network, the status of the initiative, projections for the future, and the possible role of INPPAZ. It also hoped to learn more about PAHO's involvement in the Children's Vaccine Initiative.

The Region of the Americas could play a leadership role in vaccine development, as it had in other areas. With leadership from PAHO and the political, technical, and financial commitment of the Member Governments, quality control and good manufacturing practices could be ensured.

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) agradece los conceptos vertidos por la Representante de los Estados Unidos de América y pone de relieve la importancia de recibir ayuda de instituciones de ese país tales como la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) y los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Aprovecha la oportunidad para dejar constancia de su reconocimiento a Suecia por el apoyo que brinda al desarrollo de ensayos respecto de una vacuna contra el cólera y al Canadá, que por conducto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) contribuye

a conducir estudios sobre la distribución de cepas del *Streptococcus pneumoniae* en América Latina y el Caribe.

Tras explicar que el plan en elaboración será expuesto en forma pormenorizada al Comité Ejecutivo y a la Conferencia Sanitaria Panamericana en junio y septiembre de 1994, respectivamente, señala que la propuesta del SIREVA sigue progresando, aunque no con la rapidez que desea el orador. Se llevan a cabo planes maestros para el desarrollo de diversas vacunas y se efectúan actividades de ensayo con una nueva vacuna contra el cólera. Ya se han cumplido la primera y la segunda fases de ensayo y se está por cumplir la tercera. A pesar de algunas dificultades, confía en que los principales laboratorios regionales pronto colaborarán entre sí y trabajarán de consumo. Por otra parte, no considera que el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa puedan desarrollar un papel protagónico en cuanto al desarrollo de vacunas sobre la base de la DPT, pero destaca que su capacidad instalada puede servir para impulsar otras actividades relacionadas con el SIREVA.

El PRESIDENTE señala que quedará constancia de todo lo dicho en el acta de la Reunión y da por terminado el examen del tema.

New Headquarters Building
Nuevo edificio de la Sede

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) dice que ya han pasado tres años desde que la última Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la propuesta de construir una nueva sede para la Oficina. Durante ese lapso la principal dificultad ha sido

encontrar un terreno que reuniera las condiciones exigidas. Tras examinar más de 150 posibilidades, se eligió uno que se consideró adecuado y que se encuentra en la esquina de Jones Bridge Road y la avenida Connecticut, en Chevy Chase. Se ha llegado a un acuerdo en su precio con sus propietarios actuales e incluso se firmó un precontrato de compra sujeto a la superación de ciertas dificultades para su financiamiento y de los problemas que plantean algunos vecinos. En efecto, una organización de residentes en la zona ha entablado una demanda judicial para que la OPS no pueda construir su Sede en el solar seleccionado. Desde este punto de vista, se está a la espera del fallo de los tribunales correspondientes. En cuanto a las posibilidades de financiamiento, son hoy peores que en 1990, cuando se celebró la Conferencia. En todo Washington la industria de la construcción ha sufrido problemas muy serios y el precio de las propiedades ha disminuído notablemente. Este edificio se ha devaluado en por lo menos \$10 millones durante los tres últimos años. Aunque de más difícil ejecución, todavía es viable el esquema de financiamiento propuesto. La Secretaría está dispuesta a llevar adelante el proyecto, pero sin comprometer de ninguna manera los fondos ordinarios de la Organización destinados al desarrollo de programas.

Associate Membership in PAHO
Calidad de Miembro Asociado en la OPS

Mr. GROSE (United Kingdom) expressed the interest of the United Kingdom and the British Dependent Territories in the Caribbean in exploring the utility of Associate Membership of those territories in PAHO.

The status of Associate Member would raise the profile of the territories within PAHO by enabling them to take part in the meetings of the Governing Bodies in their own name. First, though, it was important that all parties clearly understand and agree on financial and reporting obligations as well as voting privileges. The United Kingdom had already consulted with PAHO regarding the application process and the financial and operational implications of Associate Membership, but a number of issues remained to be resolved by the territories and the United Kingdom in consultation with the Organization. He hoped they could be resolved during the coming year so that the matter could be raised at next year's Pan American Sanitary Conference.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) welcomed the interest of the United Kingdom and the territories under its administration in having those territories become Associate Members of the Organization. PAHO would be glad to discuss with them all the issues relating to that possibility.

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

Item 5.11: Violence and Health

Tema 5.11: Violencia y salud

El RELATOR presenta el siguiente proyecto de resolución sobre "Violencia y salud", con las enmiendas que ha incorporado de conformidad con lo dispuesto por el Consejo:

THE XXXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD37/19, "Violence and Health," and its Annex, "Report of the Special Subcommittee on Women, Health, and Development";

Considering that violent behavior is a public health problem of great magnitude and importance in the Region of the Americas and is a cause of economic loss, physical, psychic and social injury, avoidable premature death, and deterioration of the quality of life, among other consequences;

Recognizing that violence against women is a special problem with serious social repercussions, given the link that exists between discrimination and abuse;

Recognizing as well that violence against distinct vulnerable groups, especially children, youth, and the elderly, generates specific problems that have a negative impact on their physical, psychological, and social development; and

Acknowledging that the health sector should play a fundamental role, along with other sectors, in the search for solutions and the application of measures for the prevention and control of all forms of violence,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to:
 - (a) Establish national policies and plans for the prevention and control of violence in collaboration with all the sectors involved, and to propose in the ministries of health the formation of working parties to coordinate measures against violence;
 - (b) Give priority to the establishment of policies and programs for the management of violence against women and children, and against adolescents and youth, particularly those aged 15 to 24 years, in collaboration with women's organizations and other relevant groups;
 - (c) Identify and mobilize the necessary resources for establishing multisectoral health promotion and protection programs for the promotion of healthy behaviors, specially among young adult males, discourage exposure to unnecessary risks, and adopt legal measures that support the prevention and control of violence;

- (d) Strengthen emergency services in health units, including blood banks and referral and counterreferral systems, and treat the psychosocial problems of the victims and their families;
 - (e) Promote the development of epidemiological surveillance and multidisciplinary research on the problem, including the use of alcohol and psychoactive substances, and establish the necessary training programs;
 - (f) Complement the foregoing by generating measures for the analysis and promotion of the positive channeling of information through the mass media.
2. To ask the Director, within the resources available:
- (a) To formulate a regional plan of action on violence and health that contains a special component on violence against women and considers all risk groups;
 - (b) To collaborate with the countries on the identification and mobilization of financial resources for the execution of these proposals.
 - (c) To ensure that effective measures are taken in PAHO/WHO for the compilation and dissemination of accurate data, and that before information on specific aspects on countries is released to the press, its accuracy be checked and the consequences for the country concerned considered; and to transmit this request to the Director-General of WHO.

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/19, Violencia y salud, y su Anexo, Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo;

Teniendo en consideración que las conductas violentas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y que generan pérdidas económicas y daño físico, psíquico y social, muertes evitables y deterioro de la calidad de la vida, entre otros;

Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye un problema especial de graves repercusiones sociales por la asociación existente entre discriminación y maltrato;

Teniendo en cuenta asimismo que la violencia contra los distintos grupos vulnerables, especialmente niños, jóvenes y ancianos, genera problemas específicos que inciden desfavorablemente en su desarrollo físico, psíquico y social, y

Estimando que el sector salud debería desempeñar un papel fundamental junto con otros sectores en la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control de todas las formas de violencia,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Establezcan políticas y planes nacionales de prevención y control de la violencia con el concurso de todos los sectores involucrados; promoviendo en los ministerios de salud la integración de grupos de trabajo que coordinen acciones contra la violencia;
 - b) Establezcan con prioridad políticas y programas para el manejo de la violencia contra la mujer y el niño, y contra adolescentes y jóvenes, en especial aquellos en el grupo de edad de 15 a 24 años, con el concurso de las organizaciones de mujeres y otros grupos relevantes;
 - c) Identifiquen y movilicen los recursos necesarios para establecer programas multisectoriales de promoción y protección de la salud que fomenten conductas saludables, especialmente entre los hombres jóvenes, desalienten la exposición a riesgos innecesarios y adopten medidas jurídicas que apoyen la prevención y el control de la violencia;
 - d) Fortalezcan los servicios de urgencias en las unidades de salud, incluyendo los bancos de sangre y sistemas de referencia y contrarreferencia, atendiendo los problemas sicosociales de las víctimas y sus familiares;
 - e) Promuevan el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y la investigación multidisciplinaria sobre el problema incluyendo el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y establezcan los programas de capacitación necesarios;
 - f) Generen en forma complementaria, acciones dirigidas al análisis y promoción de la difusión positiva de la información a través de los medios de comunicación social.

2. Pedir al Director que, dentro de los recursos disponibles:
 - a) Formule un plan de acción regional sobre violencia y salud que contenga un componente especial sobre violencia contra la mujer, pero tomando en consideración todos los grupos de riesgo;
 - b) Colabore con los países en la identificación y movilización de los recursos financieros para la ejecución de esas propuestas.
 - c) Asegure que dentro de la OPS/OMS se establezcan medidas eficaces para la recopilación y divulgación de datos exactos; que antes de dar a conocer a la prensa información sobre aspectos específicos de los países, verifique su exactitud y tome en consideración las consecuencias para el país correspondiente; y que transmita esta petición al Director General de la OMS.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

**CLOSING OF THE MEETING
CLAUSURA DE LA REUNION**

El Dr. GUERRA DE MACEDO (Director) declara que, a su criterio, la presente fue una de las más agradables y fructíferas reuniones del Consejo Directivo. El franco espíritu de colaboración demostrado por todos los Representantes con sus ideas, observaciones y sugerencias retempla el ánimo de la Secretaría y de la Dirección para seguir trabajando con ahínco.

Confía en que los acuerdos adoptados en estas nueve sesiones plenarias constituyan un marco de referencia obligatorio para la adopción de decisiones en los países de las Américas. Por su parte, la Organización se compromete a seguir poniendo

a disposición de los Gobiernos sus recursos, sus centros y sus programas nacionales para desarrollar juntos y con más eficiencia la ímproba tarea que queda por cumplir.

El mundo vive una época de cambios muy acelerados que no tienen precedentes. Es preciso adaptarse permanentemente a esos cambios, tener el valor de reconocer deficiencias y fallas, tomar las decisiones requeridas en cada momento y ejercer las facultades de liderazgo para tratar de movilizar los esfuerzos de todos los sectores por mejorar la salud de cada ser humano, dondequiera que se encuentre y cualesquiera que sean las circunstancias que lo rodeen. Juntos, los Gobiernos y la Organización, harán todavía más que lo mucho que ya han hecho.

El PRESIDENTE pone de relieve que la importancia de los temas tratados y la excelencia y profundidad de las intervenciones de los distintos Representantes demuestran la validez de los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud. Señala asimismo la responsabilidad de todos los presentes de traducir en acciones concretas, en el sector salud de sus respectivos países, todas las iniciativas, recomendaciones y resoluciones adoptadas en el curso de la Reunión.

Para terminar, elogia la labor desplegada por el Director, el Director Adjunto, el Secretario, el Relator, los dos vicepresidentes de la Reunión y los representantes del Comité Ejecutivo. Agradece asimismo la dedicación de todo el personal de la Secretaría que ha hecho posible que la presente Reunión se viera coronada por el éxito tras la consideración de un extenso programa de temas y formula votos por el mantenimiento

e intensificación de los esfuerzos que se despliegan para mejorar las condiciones de vida de los pueblos de las Américas.

*The President declared the XXXVII Meeting of the Directing Council
of the Pan American Health Organization closed.
El Presidente declara clausurada la XXXVII Reunión del Consejo Directivo
de la Organización Panamericana de la Salud.*

*The session rose at 11:36 a.m.
Se levanta la sesión a las 11:35 a.m.*