



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



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

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

CSP25/SR/8
24 September 1998
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE EIGHTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA PLENARIA

Thursday, 24 September 1998, at 2:30 p.m.
Jueves, 24 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m.

President:

Presidente:

Dr. Alberto Mazza

Argentina

Contents *Contenido*

Fourth Report of the Committee on Credentials
Cuarto informe de la Comisión de Credenciales

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify Conference Document Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 1998. The final text will be published in the *Proceedings* of the Conference.

Nota: Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 1998. El texto definitivo se publicará en las *Actas* de la Conferencia.

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

Item 4.5: Prevention and Control of Tobacco Use
Punto 4.5: Prevención y control del consumo de tabaco

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

Population and Reproductive Health
Población y salud reproductiva

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

FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
CUARTO INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES

El Dr. PIERUZZI (Miembro de la Comisión de Credenciales) informa de que, de acuerdo con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Comisión de Credenciales, nombrada en la primera reunión e integrada por los delegados del Canadá, Nicaragua y Venezuela, llevó a cabo su cuarta sesión el martes 24 de septiembre de 1998 a las 12.15 p.m. La Comisión examinó la credencial entregada al Director de la Oficina, de conformidad con los Artículos 5 y 32 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Se comprobó que la credencial del delegado del Miembro Asociado, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, se presentó en buena y debida forma, razón por la cual la Comisión propone que la Conferencia reconozca su validez.

ITEM 4.5: PREVENTION AND CONTROL OF TOBACCO USE

PUNTO 4.5: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

El Dr. ANRÍQUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) informa de que, en su 122.^a sesión, el Comité Ejecutivo escuchó la ponencia de la Oficina sobre el plan de acción propuesto por la OPS para combatir el consumo de tabaco. Dicho plan estaba orientado a: 1) reducir la prevalencia del consumo de tabaco; 2) prevenir o demorar el inicio del

hábito de fumar y proporcionar apoyo para las tentativas de abandonarlo; 3) combinar medidas educativas, legislativas, normativas y fiscales en un método integral de lucha antitabáquica; 4) reglamentar el acceso a los productos de tabaco; y 5) proteger a los no fumadores, especialmente los niños, del humo de tabaco en el ambiente.

En los planes nacionales de lucha antitabáquica, se consideran esenciales los siguientes elementos: 1) la educación; 2) la legislación y reglamentación contra el tabaquismo; 3) la adopción de políticas fiscales, y 4) un programa de monitoreo sistemático. Se señaló que los planes de lucha antitabáquica deberían basarse en los enfoques de salud pública y, por consiguiente, empezar con los ministerios de salud y de allí extenderse a otros ministerios y sectores. Al mismo tiempo, deberían formarse coaliciones entre los gobiernos y las ONG para combatir a la industria tabacalera internacional. La cooperación entre los países era también importante para compartir mejores prácticas y reducir al mínimo las consecuencias no intencionales de las medidas de control.

El Comité Ejecutivo aplaudió el hincapié que se había hecho en las medidas educativas dentro del contexto de un enfoque integral y multisectorial del problema, especialmente la educación dirigida a los niños y jóvenes. También subrayó la importancia de las iniciativas orientadas a promover los modos de vida sanos en general. La investigación sobre la naturaleza de la adicción y la dificultad de modificar los comportamientos adictivos se consideró también una prioridad. Se recalcó la importancia de aplicar medidas enderezadas a desalentar el tabaquismo entre los médicos y otros

profesionales de la salud, así como la necesidad de prohibir el acto de fumar en todos los establecimientos sanitarios y los edificios del gobierno. El Comité destacó la necesidad de analizar tanto los éxitos como los contratiempos de los países que habían aplicado medidas de lucha antitabáquica. Se mencionó que las instituciones culturales y deportivas necesitarían nuevas estrategias para conseguir otros patrocinadores de sus actividades. También se puso de relieve la necesidad de difundir información e implantar medidas para prevenir y controlar el consumo del tabaco sin humo.

El Comité señaló varias funciones claves para la OPS, como facilitar la cooperación y el intercambio de experiencias entre los países; producir documentación técnica y científica; formar capacidad a nivel nacional; difundir legislación modelo y facilitar cooperación técnica para ayudar a los países a reglamentar y restringir la publicidad del tabaco; organizar reuniones y foros a nivel nacional para reforzar el ímpetu y el apoyo intersectorial, y preconizar los principios y las premisas descritos en el documento y promover su inclusión en las políticas y programas nacionales.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R6, en la cual recomienda a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución que respalde las recomendaciones formuladas en el documento CSP25/11 y pida a los Estados Miembros que adopten medidas urgentes para proteger a los niños y adolescentes de los riesgos del consumo de tabaco, designen a una persona o unidad del ministerio de salud para que se encargue de la coordinación intra e interministerial de los programas nacionales contra el

tabaquismo y preparen y pongan en práctica planes de acción para la prevención y el control del consumo de tabaco.

El PRESIDENTE hace una breve semblanza del siguiente orador. Dice que el Sr. Michael Pertshuck, codirector del Advocacy Institute de los Estados Unidos, ha participado activamente en la formulación de políticas antitabáquicas por más de treinta años. Como asistente legislativo en el Senado estadounidense fomentó la creación del Comité del Director General de Sanidad sobre Tabaco y Salud. En 1977, el presidente James Carter lo designó para presidir la Comisión General de Comercio de los Estados Unidos. Es ampliamente reconocido como experto en la defensa de causas sociales por conducto de los medios de comunicación, como propugnador de políticas y en la forja de alianzas. Junto con la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer, ha creado una red informática que se ha convertido en el principal medio de comunicación para fomentar las actividades internacionales de la lucha antitabáquica. Por su extensa y fructífera labor, en 1990 la OMS le concedió el Premio del Día Mundial sin Tabaco.

Mr. PERTSCHUK (Co-Director, Advocacy Institute) said that he was honored to share some thoughts on the great challenge of treating the 20th century's brown plague—tobacco—before it became the 21st century's Black Plague. Tobacco use was a disease whose carriers were not microbes, but vast economic interests with ominous political power and skill, and he was pleased to have the opportunity to suggest some strategies for

challenging their power and influence and for mobilizing national and international civic movements to bring about comprehensive tobacco control policies and programs.

He proceeded to review the strengths and weaknesses that currently characterized the international tobacco control movement and he then outlined several strategies for future action. Eight strengths could be identified:

- (1) The persuasive power of science and the moral authority of truth. Science had demonstrated that tobacco was a proven killer, a powerful addictive drug, and an environmental hazard. Science and truth were the most powerful weapons in the battle against tobacco.
- (2) The development of NGO resources and an international network of veteran tobacco control advocates to support international tobacco control activities. Throughout the world, there were now NGOs engaged in anti-tobacco advocacy and growing resources to support them.
- (3) Knowledge and wisdom available through the Internet, which was a vast storehouse of information on every aspect of tobacco control, including the optimum design of tobacco control policies and insightful analyses of how the tobacco industry attempted to undermine those policies.
- (4) Exposure of the darkest secrets of the tobacco industry, with the publication of once secret documents that confirmed the addictive properties and health hazards of tobacco and revealed the marketing strategies of the tobacco industry, as well as

- the corrupt practices it employed to subvert public health policy. Such documents provided powerful motivating evidence to spur national responses.
- (5) Successful use of media advocacy by the international tobacco control movement. The single most effective tactic for countering the power and influence of the tobacco industry was the spotlight of mass media attention, exposing the industry's practices and generating public outcry for tobacco control legislation. The most effective public health leaders—among them C. Everett Koop, former Surgeon General of the United States—had learned the skillful practice of media advocacy to highlight high-risk behaviors and champion public health causes.
- (6) Innovative development of new legal theories and strategies, coupled with an international network of trial lawyers to advance them, which had brought new allies to the struggle. Legal cases being developed in Guatemala and Panama demonstrated that some of the same strategies used by legal experts in the United States to fight the tobacco industry could be brought to bear in other countries.
- (7) Increased prominence of tobacco control on national and international public policy agendas. In the United States, successful media advocacy, combined with lawsuits, had led to the development of bold new public policies oriented toward strengthening regulation of tobacco products, funding counter-advertising programs, raising excise taxes on cigarettes, reducing smoking among teenagers, and banning smoking in the workplace.

- (8) Changed United States policy toward international tobacco control. Recent legislation had prohibited United States agencies from pressuring foreign governments to weaken their tobacco control policies, which had marked a complete turnaround in the country's policy toward WHO and the tobacco trade and had transformed the United States Government from an agent of the transnational tobacco companies into a firm supporter of strong international tobacco control efforts.

Those were formidable strengths, but there were also serious weaknesses, first among them the failures in both government and non-government leadership. To date, the commitment of WHO and most government leaders to tobacco control advocacy had been shallow or nonexistent. How many ministries had created dedicated, adequately funded and staffed offices for tobacco control? How many of the promises made by health ministers at the World Conference on Tobacco and Health (Argentina, 1992) had been kept?

In many countries, the nongovernmental sector had also failed to provide strong leadership in tobacco control advocacy, although some NGOs were becoming more active. In addition, many public health leaders were failing to make the most of the new advocacy resources available. For example, there was no organized effort to search and utilize the 60 million pages of secret documents recently released by the tobacco industry in order to build public support for tobacco control policies.

The tobacco industry remained the most potent threat to public health efforts to curb smoking. It continued to wield formidable economic and political power, and it remained determined to ensure that new, ever-larger generations of smokers around the world became addicted. Indeed, with the threat of tighter controls in the United States, the tobacco industry had redoubled its marketing efforts in other parts of the world.

Another impediment to control efforts was the slowness with which tobacco killed. If smoking killed quickly, the world would mobilize instantaneously against it. But tobacco worked insidiously, which made it difficult to foster a sense of urgency about the problem. Moreover, tobacco use was embedded and continued to be glamorized in many cultures.

Still, there was reason to be optimistic about the future. With Dr. Brundtland's arrival at WHO had come dynamic new leadership for a worldwide tobacco control initiative. The actions of PAHO, as exemplified by the Executive Committee report and the proposed resolution, also augured well for a new level of strong anti-tobacco advocacy in the Americas.

To make real progress, it was crucial to have both a long-term vision of the comprehensive policy framework necessary to achieve a virtually smoke-free society and a short-term plan for working toward that vision. Specifically, in the long term, policies must be put in place to ensure broad national and international control of the manufacture, content, and advertising of tobacco products; massive public education and mass media campaigns; bans on smoking in the workplace and public places; legal accountability of

tobacco companies for misleading the public and for marketing abuses, such as advertising that targeted children; and comprehensive and accurate surveillance of tobacco use.

Short-term measures should include building the capacity of ministries of health to lead tobacco control efforts, including designation of a focal point for tobacco control within each ministry; forging national NGO coalitions to advocate for tobacco control policies and programs and encourage broad citizen support to counter the political and economic influence of the tobacco industry; developing media advocacy campaigns to raise awareness of the necessity and priority of tobacco control legislation; and developing and following through on initial campaigns with two goals: achieving a definable public health objective and capturing public attention at the national level. Some of the objectives listed in Document CSP25/11 provided excellent examples of short-term actions that could prove highly effective.

In sum, making real progress in tobacco control would require uncommon courage, far greater human and financial resources than had yet been dedicated, political sophistication, and a willingness to stand up and fight the world's most powerful, corrupt, and determined legal economic empire.

El PRESIDENTE invita a los integrantes del Panel a hacer uso de la palabra. Se trata de los doctores Enelka de Samudio, Alvaro Erazo de la Torre, John Junor y João Yunes. Hablará en primer lugar la Dra. de Samudio, Secretaria General de Salud de Panamá.

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) afirma que el tabaquismo constituye uno de los más graves problemas de salud pública a nivel mundial. Se calcula que cada año causa en todo el mundo unos tres millones de defunciones: dos millones en los países industrializados y un millón en los países en desarrollo. Si las tendencias actuales de consumo de cigarrillos continúan, la relación podría invertirse. Además, se calcula que, en 2025, las defunciones por esta causa podrían alcanzar los diez millones.

En la Región de las Américas, se estima que el total de defunciones atribuibles al tabaco que podrían haberse evitado asciende a 670.000 al año. Es desalentador comprobar que el consumo de tabaco en nuestro continente ha disminuido sólo moderadamente en los dos últimos decenios. El nivel actual de consumo se asocia con cambios en el perfil epidemiológico de la Región, caracterizados por un aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

Los problemas de salud vinculados con ciertos modos de vida y las adicciones están aumentando en el mundo en desarrollo, y los comportamientos involucrados han resultado difíciles de modificar mediante los métodos educativos tradicionales. Sin embargo, se acepta ampliamente la idea de que la participación comunitaria y la intervención temprana para adquirir modos de vida sanos desde la niñez temprana son componentes fundamentales que conviene fortalecer para controlar esa epidemia.

Sea cual fuere el método escogido para elaborar un modelo econométrico que explique los efectos de ciertas enfermedades o las defunciones en relación con importantes variables socioeconómicas, se requiere siempre información básica fidedigna. La

información que, debe incluir un modelo econométrico simple es, en primer lugar, el costo promedio de la atención, constituido por los insumos variables y fijos que se utilizan comúnmente en los establecimientos sanitarios en donde aquéllos, por lo general, comprenden la mano de obra, los bienes intermedios en los procesos y las materias primas. Los insumos fijos son los costos por unidad de producto y por productos intermedios. En segundo lugar, la información sociodemográfica comprende el número de personas enfermas a causa del tabaquismo, por zonas urbanas y rurales, grupo de edad y sexo. Estos datos permiten determinar los años de vida productiva perdidos por enfermedad, el número de muertes causadas por el tabaquismo y la vida productiva perdida por muerte prematura. En tercer lugar está la información socioeconómica, con la que se pueden establecer relaciones de impacto en los agregados macroeconómicos, como son el producto interno bruto, el producto interno bruto por persona, el nivel de consumo nacional, el gasto social en salud, el valor de las exportaciones, el valor de las importaciones, la producción nacional de tabaco, el consumo nacional por persona y el costo de las importaciones del tabaco. Y por último, la información relativa a la prevalencia de la enfermedad, por zonas urbanas y rurales, por edad y por sexo.

La Dra. de Samudio señala que la escasez de información congruente y actualizada para efectuar estudios econométricos constituye uno de los puntos débiles en la lucha contra el tabaco, de manera que es necesario mejorar los sistemas de registro en el sector para que respondan a las demandas actuales de datos que faciliten la construcción de modelos, el análisis oportuno de la información y la toma de decisiones. Estas últimas

tienen que ver con el establecimiento de políticas públicas saludables a nivel nacional; la definición de políticas sanitarias de lucha contra el tabaquismo; la formulación de planes y de programas nacionales y locales con participación social y multisectorial; el establecimiento de prioridades y estrategias para disminuir la prevalencia del consumo de tabaco; y la forja de alianzas estratégicas con el sector privado y los medios de comunicación para que apoyen la lucha antitabáquica.

A continuación, con ayuda de una serie de proyecciones, la Dra. de Samudio presenta algunos datos relativos a su país obtenidos de estudios nacionales, así como las medidas adoptadas para reducir lo que se ha llamado la principal causa evitable de muerte en el mundo. En 1990, el Ministerio de Salud creó el Programa de Prevención del Tabaquismo, de carácter nacional, con el propósito de disminuir la morbimortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, en especial el cáncer pulmonar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se considera que siete de las principales causas de muerte en Panamá pueden estar asociadas con el tabaquismo. En 1983, un estudio de la Asociación Nacional contra el Cáncer indicó que el hábito de fumar tenía una prevalencia del 38%. En 1993, una investigación realizada por la Universidad de Panamá encontró una prevalencia del 17%, lo que representa una disminución estadísticamente significativa. Por otra parte, aunque es difícil realizar estimaciones del consumo de tabaco a causa del intenso contrabando existente, según cálculos de la Contraloría General de la República el consumo de cigarrillos disminuyó durante el período 1980-1987, aumentó en 1989 y 1990, y volvió a disminuir a partir de 1991. La disminución en el consumo de

tabaco es producto de las acciones que viene realizando el Ministerio de Salud con organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, al objeto de crear conciencia en la población de los daños que el tabaco ocasiona a la salud.

Volviendo a los aspectos económicos del tema, la Dra. de Samudio explica que la industria tabacalera en Panamá es un oligopolio que subsiste con evidentes ventajas. Por otro lado, hay una relación positiva entre el nivel de ingreso familiar y el nivel de gasto que se destina al consumo de cigarrillos. A medida que las familias tienen mayores ingresos, destinan mayores recursos al consumo de cigarrillos. Por otro lado, entre 1986 y 1990 se produjeron en total 11.105 defunciones por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa más costos de prestación de servicios de salud por un monto aproximado de 4.185.406 balboas.

A partir de los años setenta, se inicia la aplicación de disposiciones legales que respaldan la lucha antitabáquica; entre ellas destacan las siguientes: la inclusión de advertencias sobre el peligro de fumar en las cajas de cigarrillos y en toda la propaganda; la regulación estricta de todas las formas de publicidad de los productos de tabaco; la instauración por decreto del Día de no Fumar en el territorio nacional; y la prohibición de fumar en oficinas públicas, templos, teatros, cines y transportes públicos, pero especialmente en los establecimientos sanitarios. Asimismo, en 1996 se creó la alianza estratégica contra el tabaquismo, que tiene por finalidad mancomunar esfuerzos y recursos de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones y asociaciones para hacer frente al tabaquismo. En 1996 se estableció el trofeo "Tabaco o Salud",

otorgado por la OPS/OMS y el Ministerio de Salud, a la mejor banda de música colegial en el concurso que se realiza para celebrar el Día Mundial sin Tabaco. En agosto de 1998 el Gobierno de Panamá presentó en los tribunales del estado de Luisiana una demanda legal contra las empresas tabacaleras por daños ocasionados a la salud de miles de panameños, y los trámites están en marcha.

Recientemente, el Ministerio de Salud estableció un convenio con los medios de comunicación, por el cual el Ministerio se comprometió a preparar el material educativo en sus laboratorios de comunicación y los medios se comprometieron a su vez a publicarlos en forma totalmente gratuita. Desde hace tres años está saliendo en los medios de información una familia, en forma de caricatura, cuyos personajes son portavoces de mensajes de salud muy sencillos y accesibles a todos los grupos de la sociedad. Para finalizar su ponencia, la Dra. de Samudio presenta un vídeo muy corto sobre prevención de la farmacodependencia, que constituyó la presentación oficial de la familia mencionada.

O Dr. YUNES (Brasil) resalta a magnitude e a transcendência do problema do tabagismo em todo o mundo, para muitíssimos campos da atividade humana, compreendendo setores públicos e privados e estendendo-se a toda a sociedade em geral. O tabagismo é um verdadeiro desafio, pois as medidas a serem adotadas precisam ter dimensão compatível com a do problema.

Os números são realmente impressionantes. Cerca de 1.100.000.000 de pessoas no mundo são fumantes. As cinco grandes companhias multinacionais de tabaco, juntas,

tiveram um lucro de \$9.300.000.000 em 1993 –dez vezes o valor do orçamento total da OMS para o mesmo ano. O dinheiro movimentado anualmente pelas cinco empresas atinge \$65.000.000.000, o que equivale a 9% do produto interno brasileiro. A OMS estima que aproximadamente 3.100.000 morreram em 1995 por doenças provocadas pelo tabaco –1.900.000 em países industrializados e 1.200.000 em países em desenvolvimento. Esse total poderá chegar aos 10.000.000 entre o ano 2020 e 2030.

O Dr. Yunes diz que todas as evidências indicam que as pessoas que fumaram por longos períodos de suas vidas têm em média 50% de chances de morrerem por causa do tabagismo, perdendo em média, 22 anos de sua expectativa de vida. No Brasil, calcula-se em 80.000 as mortes precoces por ano, em decorrência de doenças devidas ao tabagismo, sendo 90% das mortes por câncer do pulmão, 25% por doenças coronarianas e cerebrovasculares e 85% por doenças pulmonares. Esse conjunto de causas foi a oitava causa de morte no país em 1996 e supera, em 8%, o total de óbitos no grupo de menores de 1 ano em 1996.

O Brasil é o quarto produtor mundial de tabaco, com uma área de 700.000 hectares de plantio, após a China, os Estados Unidos e a Índia. Em 1994, existiam no Brasil 130.000 fazendas de tabaco. O Brasil é o sexto maior mercado do mundo, e, desde 1994, o maior exportador da folha de tabaco. De 1975 a 1994, a exportação de tabaco aumentou de 130.000 para 260.000 toneladas.

Esses dados, diz o Dr. Yunez, mostram que apesar de ser um grave problema de saúde pública, não se pode equacioná-lo como um embate entre a área de saúde e a

econômica. Essa complexa questão tampouco pode ser reduzida ao confronto entre custos de doenças ou mesmo custo de anos potenciais de vida perdidos e o valor do produto da atividade econômica, como empregos e impostos.

Com a introdução da concepção de promoção da saúde como proposta e prática de governo, algumas medidas já estão em curso com esse enfoque. Por ocasião da Reunião Internacional de Combate ao Tabaco promovido pela OMS e realizada no Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, proibiu-se o uso do fumo em todas as dependências do Ministério de Saúde, o que atinge, aproximadamente, 2.000 edificações ou ambientes de trabalho nos 27 estados do país. Cerca de 150.000 trabalhadores de saúde são alcançados por essa medida e, somando-se aqueles que diariamente circulam pelos prédios do Ministério, 500.000 pessoas estão livres de conviver com a fumaça dos cigarros, charutos e cachimbos.

Para conscientizar seus funcionários, sobre os malefícios do tabagismo e ajudar aqueles que querem se livrar do vício, foi criado o Programa Ministério da Saúde Livre do Tabaco. A atual legislação nacional de restrição ao uso do fumo está sendo revista para assegurar uma sociedade saudável. A veiculação de propaganda de fumo e bebida alcoólica no rádio e na televisão só será permitida entre as 23h e as 6h da manhã. Os bares e restaurantes deverão manter salas especiais para fumantes. Aviões e transportes públicos não permitirão o fumo, ampliando a atual regulamentação que só autoriza o fumo após 1 hora de voo depois da decolagem.

Segundo o Dr. Yunes, o objetivo é conscientizar o fumante cada vez mais do risco individual e coletivo do seu hábito e criar mecanismos para a proteção dos não-fumantes e para a promoção da saúde da população.

Em relação à atividade econômica, ele aponta algumas iniciativas para criar alternativas à plantação do tabaco, como a produção de batatas como substitutiva da cultura do fumo no estado de Santa Catarina, no sul do Brasil.

A indústria do tabaco, pressionada por quedas do consumo, notadamente entre a população mais instruída, buscou aumentar o hábito do tabagismo entre os jovens e nas nações menos desenvolvidas, criando para nós, dirigentes do setor saúde, um duplo desafio.

O Dr. Yunes define os dois desafios: 1) instituir programas educativos e campanhas de comunicação social para combater o fumo junto ao público jovem, pois 90% dos fumantes ficam dependentes entre 15 e 19 anos de idade (no Brasil, eles já são 2.400.000 jovens); 2) é necessário estabelecer um programa internacional de solidariedade para erigir barreiras alfandegárias e tributárias à importação de folhas de tabaco e de cigarros e, conclui, dizendo que o setor saúde não pode querer curar o mundo de todos os seus males, mas sim transformá-lo em um mundo mais saudável.

Dr. JUNOR (Jamaica) placed particular emphasis on health promotion as a means of tobacco control. Over the past 25 years, WHO and PAHO had adopted various resolutions and developed various initiatives on tobacco control which his Government

had endorsed. Still, as Mr. Pertschuk had said, not much real action had been taken to address the problem of tobacco use and Jamaica shared his concern. However, he also shared his optimistic view that, because PAHO and WHO had put the issue on the front burner, it would now receive serious attention.

How could the strategy of health promotion be applied to address those tobacco-related health problems? In order to answer that question, it was necessary first to define health promotion, which was a process of enabling people to increase control over and improve their own health. The health promotion strategy sought to reduce differences in health status and enable all people to achieve their fullest health potential. That result could only be achieved in a supportive environment, providing access to information, life skills, and opportunities for individuals to make healthy choices. The Caribbean Charter for Health Promotion outlined six key strategies which could be applied to tobacco control: (1) formulating sound public policy; (2) reorienting health services to address those policies; (3) empowering communities to achieve well-being; (4) creating a supportive environment; (5) developing and increasing personal health skills; and (6) building alliances, with special emphasis on the media.

Applying those strategies would mean formulating and implementing policies to protect the non-smoking population and counter the marketing and advertising efforts of the tobacco industry. Jamaica, for example, had negotiated voluntary bans on smoking on the national airline, as well as voluntary bans on explicit advertising of cigarettes, and had placed health warning labels on cigarette packages. More health education was necessary

in order to ensure that individuals understood the linkage between their smoking behavior and its impact on their health and the health of others. Strategies that had been used successfully to change public attitudes in previous health campaigns—such as vaccination and sanitation programs—should be adapted to the challenge of tobacco control. At the same time, however, it was essential to integrate health messages in order to avoid a cacophony of messages and messengers that would confuse people and cause them to tune out.

Another critical component of the health promotion strategy was that of building alliances, especially with the media, advertisers, and others who received financial support from the tobacco industry. One initiative in Jamaica had been the formation of a coalition involving the national medical association, the life insurance industry, and the media, in association with the Ministry of Health, to sensitize them to the issues and develop a strategy for advocacy and education. Empowering communities was also a key strategy in tobacco control efforts. Strengthening of consumer associations and other community groups to advocate for a tobacco-free society would enable the successful implementation of tobacco control policies and strategies and help pressure individuals to change their behavior. Working through school and youth groups would help to raise awareness among young people of the dangers of tobacco use and positively influence the behavior of future generations.

The old maxim that prevention was better than cure remained true. The health promotion approach was eminently suited to the fight against tobacco and the prevention

of many of the chronic illnesses that its use could cause. Jamaica and the entire Caribbean region therefore supported that approach and endorsed the PAHO plan of action.

El Dr. ERAZO (Chile) inicia su intervención, haciendo uso de transparencias, dice que se referirá básicamente a los datos epidemiológicos y a los estudios sobre el consumo de tabaco en poblaciones juveniles y a la importancia que tienen en el planteamiento de medidas de control y prevención.

El tabaquismo, como problema de salud pública en el mundo, se hizo patente a partir de los años cincuenta, particularmente por los datos epidemiológicos, que mostraron un nexo evidente entre el tabaco y las enfermedades. Ello ofreció un sólido argumento para organizar programas de lucha contra el tabaquismo.

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo constituye la principal causa única prevenible de morbilidad en el mundo. En las últimas tres décadas, se han acumulado suficientes pruebas científicas sobre los numerosos daños que puede ocasionar el tabaco. Nuevos resultados clínicos y de laboratorio indican que los efectos perjudiciales se extienden a quienes inhalan pasivamente el humo de tabaco y que son cualitativamente iguales en los no fumadores y en las personas que fuman.

A pesar de ello, la OMS estima que existen 1.100 millones de fumadores en el mundo, con un predominio de hombres. Según estudios del Banco Mundial, se puede atribuir al tabaquismo unos 3 millones de muertes al año, el 6% del total mundial, con un 30% de ellas notificadas en hombres de mediana edad. Esta cifra puede alcanzar más del

10% del total de muertes para el segundo cuarto del próximo siglo, según las predicciones.

Los contenidos de esta ponencia están dirigidos a construir una línea argumental que ha sido el sustento sobre el cual se ha avanzado en Chile en la elaboración de políticas de control y prevención del tabaquismo en los últimos años.

Se estima que en Chile el 11% de la mortalidad infantil se debería al hábito tabáquico de las madres, debido a que los hijos de mujeres fumadoras durante el embarazo tienen un peso al nacer de alrededor de 220 gramos menos en promedio y mayor riesgo de morbimortalidad. Un 4,7% de mujeres no fumadoras y un 9,6% de fumadoras establecen la diferencia de riesgos observada. Por tanto, si se eliminara el hábito tabáquico en las embarazadas, la mortalidad infantil en Chile disminuiría 11% y se evitaría la muerte de 342 niños. Además, el 11% de las muertes de mayores de 15 años están relacionadas con el tabaco, más de la mitad de las cuales corresponden a problemas vasculares. En relación al porcentaje de infecciones respiratorias altas, se puede decir que en menos de dos años se han asociado al consumo de tabaco de la madre con aquellas que fuman más de 5 cigarrillos al día.

En 1995, 8.138 adultos habían muerto a causa del consumo de tabaco y, de éstos, 2.200 por accidentes vasculares, 2.000 por enfermedades coronarias y 1.200 por cáncer del pulmón. Así, la mitad de dichas defunciones corresponden a problemas vasculares.

En Chile se han realizado cuatro estudios sobre el consumo de tabaco: uno, en 1990, que forma parte de estudios de información nacional; otro, en 1994, que fue

realizado por la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes; otro, en 1995, del Ministerio de Salud, en el cual se analizaron las ciudades de mayor consumo del país, como Valparaíso, y cuarto, de 1996, que permitió constatar un aumento del consumo del 43,7% de la población general. Este último es uno de los estudios que llevan a cabo la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes, presidida por el Ministro del Interior.

Los datos de estos estudios se han obtenido mediante encuestas de hogares. La muestra correspondió a una población de personas entre 2 y 64 años de edad y representó 7 millones del universo. En total se encuestaron 8.000 personas.

Al comparar la distribución de edad de los encuestados en este estudio con la de los entrevistados en 1986, se observa un desplazamiento de la curva hacia la izquierda, es decir un aumento del consumo de tabaco en la población juvenil de Chile y, especialmente, en los menores de 14 años. Asimismo, se constata un ascenso de la proporción de mujeres que fuman.

En 1997 se llevó a cabo otro estudio con objeto de estimar la proporción de escolares que consumen tabaco, alcohol y drogas, así como de analizar los factores de riesgo y de protección asociados con la familia. Dicho estudio fue realizado conjuntamente por los Ministerios de Salud, Educación, la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes y la Fundación Paz Ciudadana. Los objetivos de estudio fueron, primero, describir la magnitud del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y su distribución en las distintas zonas del país y, segundo, conocer los factores de riesgo y de protección de dicho consumo a fin de desarrollar programas de prevención.

Para realizar la encuesta se empleó el método Duci, que consiste en incorporar un instrumento de “tamizaje” del uso de drogas en una encuesta. En el estudio presentado, la encuesta contiene preguntas relativas a prevención y un apartado de preguntas anónimas. Este instrumento se está utilizando cada vez con más frecuencia en América Latina.

El universo muestral del estudio lo constituyeron 931.000 estudiantes de octavo y último año de educación secundaria, del cual se extrajo una muestra de 37.673, es decir un 4% del universo muestral. En la investigación participaron escuelas públicas y privadas.

Como resultados destacables cabe mencionar que la edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol se sitúa entre los 13 y los 13 años y medio, lo que constituye un dato de capital importancia para orientar las políticas de prevención. Al comparar las prevalencias de los adolescentes que consumen alcohol y tabaco de los estudios de 1995 y 1997, se constata que ambas han aumentado en una proporción relativamente similar.

En cuanto a los factores vinculados con la familia, a los encuestados se les preguntó si sus padres conocían sus gustos y preferencias, si sabían lo que ellos pensaban o sentían sobre distintos temas y dónde se encontraban, y si pensaban que eran importantes para sus padres.

Las respuestas obtenidas demuestran que la incorporación de los miembros de la familia en las actividades que se emprendan es crucial a la hora de diseñar políticas y programas de prevención y control de este campo.

Sobre la base de estos resultados, el Ministerio de Educación de Chile ha desarrollado diversas estrategias preventivas, entre las que destaca la denominada “Quiero

mi vida sin drogas”, que ha tenido una amplia difusión por todos los medios de comunicación social. Por añadidura, el Ministerio de Salud de Chile está desarrollando más de quinientos proyectos de prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, de protección medioambiental y de nutrición, juntamente con entidades públicas y organizaciones no gubernamentales. Asimismo, se ha aprobado una ley que obliga a separar los lugares públicos destinados a fumadores. Por otro lado, la campaña nacional “Déjalo y gana”, en la que participaron 12.014 personas de todo el país, tuvo una amplia cobertura merced a la colaboración gratuita brindada por los medios de comunicación. El Ministerio de Salud ha puesto en marcha además programas de ayuda a los funcionarios públicos que desean dejar de fumar. En la actualidad, se está debatiendo si es pertinente cambiar las advertencias que aparecen en los paquetes de cigarrillos sobre los daños que producen en la salud. A las medidas mencionadas se suma el proyecto de ley, que debe ser aprobado en el Congreso, sobre el aumento de los impuestos del tabaco.

*The meeting was suspended at 4:00 p.m. and resumed at 4:30 p.m.
Se suspende la reunión a las 4.00 p.m. y se reanuda a las 4.30 p.m.*

El Dr. ADRIANZA (Venezuela), acompañando su exposición con proyecciones, dice que en octubre cumplirá 49 años de labor en la salud pública venezolana y que su participación en la lucha contra el tabaco se inició en 1962, cuando, como tisiólogo especializado en tuberculosis, analizó la casuística de incapacidades e insuficiencias respiratorias en Venezuela, comprobando que el 60% de las incapacidades respiratorias,

como el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, no se debían a problemas tuberculosos sino a tres factores de riesgo, a saber, la contaminación ambiental general, la contaminación en los sitios de trabajo y el hábito de fumar. Por ello fue necesario organizar una campaña contra estos factores.

En lo referente al tabaco, la primera medida consistió en prohibir fumar en el Ministerio de Sanidad, cuyo Director General, el Dr. Fernández Botré, apoyó una primera campaña contra el tabaco a nivel nacional y en los medios publicitarios. En 1973 se instituyó el criterio de que ningún Ministerio de Sanidad debía fumar, al tiempo que se empezó a difundir información sobre cómo el hábito de fumar comprometía el presente y el futuro de la salud pública del país. En 1978 se aprobó una ley por la que pasó a ser obligatorio advertir en las cajetillas de cigarrillos que el tabaco es dañino para la salud y el Presidente, haciéndose eco de una comunicación de los médicos de la División de Tuberculosis sobre los peligros sanitarios del hábito de fumar, declaró que en adelante ningún Ministerio fumaría en las reuniones de su Gabinete.

En 1980 se dictó un decreto por el que se prohibió difundir publicidad sobre el tabaco por televisión, lo que tuvo un gran costo político, y al año siguiente la misma prohibición se hizo extensiva a la radio. La prohibición fue refrendada por el Gobierno siguiente, pese a la fuerte presión en contra de las empresas tabacaleras. Más adelante, en 1984 se aprobó una resolución por la que se proclamó que el cigarrillo era un problema de salud pública y se establecieron tres estructuras dotadas de un pequeño presupuesto encargadas de luchar contra su consumo. Por último, más recientemente se ha prohibido

de vender cigarrillos en los hospitales y centros de salud, en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en los planteles de educación, en el Instituto Nacional de Deportes y en las instalaciones deportivas.

Gracias a estas y otras decisiones, como la puesta en marcha hace más de 10 años de un programa de lucha contra el tabaco, hoy se reconoce que el cigarrillo es un problema de salud pública y se ha logrado que el 85% de la población, incluidos los jóvenes, tenga un alto grado de conciencia de que el tabaco supone un riesgo para la salud del fumador y del no fumador.

En Venezuela, el Día Mundial sin Tabaco se viene observando desde 1986; los lemas pertinentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han llevado a todos los rincones del país, y se ha comprobado que ese día cerca del 60% de los fumadores se abstiene de fumar y que el 15% de ellos dejan de fumar del todo a partir de ese esfuerzo. Es más, los estudios de prevalencia, como la define actualmente la OMS, indican que entre la población en general ha bajado del 39,8% en 1984 al 30,6% en 1996. Lamentablemente, la población joven ha aumentado su primer contacto con el cigarrillo (del 6,7% al 14%), mientras que la prevalencia entre los jóvenes ha aumentado del 3% al 7%. En cualquier caso, Venezuela felicita a la OPS por haber planteado este punto en la Conferencia y apoya el contenido del informe presentado al respecto por el Comité Ejecutivo.

El Dr. GALVIS (Colombia) dice que, como gestor de salud, vive una paradoja económica, pues cerca del 35% del presupuesto sanitario de Colombia proviene de las

rentas del licor, el tabaco, las loterías y los juegos de azar. Se pregunta cuáles podrían ser otras fuentes de financiación para sustituir el dinero que los vicios aportan y pide el apoyo de los países de la Región a fin de poder proponer al Presidente de Colombia alternativas que permitan cambiar las reglas del juego, ya que no es procedente que esas rentas sirvan de sustento a la salud.

El Dr. PICO (Argentina) da las gracias al Director de la OPS por el documento en estudio, así como a los panelistas por sus intervenciones, y apoya el proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo. El punto objeto de examen es de gran interés para el Ministerio de Salud y Acción Social de la Argentina, que desde 1992 ha intensificado su acción frente a la problemática generada por el tabaco en la salud, por ejemplo mediante la creación de una comisión nacional interdisciplinaria encargada de asesorar a la autoridad sanitaria sobre estrategias y programas para prevenir y controlar el tabaquismo en el país.

Desde 1995 se han celebrado en distintas ciudades del país seminarios y talleres de formación para la comunidad, y actualmente el Congreso Nacional está tramitando un proyecto de ley sobre la cuestión. En 1997 se establecieron áreas libres de tabaco en las dependencias del Ministerio de Salud y por resolución más reciente se ha prohibido fumar en los establecimientos de salud. Además se ha promovido la participación de diversas instituciones de la sociedad civil en la lucha contra el tabaquismo y, gracias al Programa Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo se dispondrá de información

epidemiológica y socioeconómica sobre dicho fenómeno para un adecuado proceso de toma de decisiones que haga posible superar los problemas que el tabaquismo trae consigo.

El Dr. BURGOS (Puerto Rico) felicita a los ponentes por sus presentaciones, en las que han descrito diversos aspectos del problema. Con todos los métodos tradicionales, incluso los educativos, no han tenido éxito. Esto indica que el problema del tabaquismo va más allá del ámbito de la salud y de la alianza estratégica entre los ministerios de salud y educación. En consecuencia, es necesario cambiar de estrategia y estudiar las determinaciones sociales y psicológicas de la adicción en el contexto del vacío existencial característico del materialista mundo contemporáneo, recurriendo a las universidades y consultando a filósofos, sociólogos y psicólogos del comportamiento.

Dr. SMADU (Canada) said that the proposed plan of action for tobacco control was a realistic and comprehensive approach that could be recommended to all the countries of the Americas. Tobacco products played a dual economic role in that they provided resources while also causing lost productivity and a huge social and health plague. They also were responsible for a sizable proportion of premature deaths in every country of the Americas, and thus their control deserved high public health priority.

Canada has been engaged in significant national tobacco control efforts since 1962. The recently enacted Tobacco Act (1997) restricted all aspects of tobacco product

promotion, although it did not yet prohibit all forms of advertising. Work would continue in that regard.

It was important for all countries to follow the proposals that had been put forth at the current Conference in order to establish the infrastructure and conditions that would permit further reductions in smoking prevalence and that could combat increased marketing by multinational tobacco companies. Although the measures suggested in the plan of action could make a difference, her country believed they did not go far enough. For example, the recommendation should state that all government offices, not just ministries of health, should be smoke-free environments. With regard to “measures to promote informed consent” (Document CSP25/11, page 15), she requested that PAHO replace that phrase with something like “measures to promote health in advertising,” since the concept of “informed consent” was not appropriate for users of tobacco products.

PAHO must thoroughly integrate its tobacco control efforts with those of WHO, making use of resources available from WHO and also reallocating more of its own to help the countries develop tobacco control policies and programs. Canada believed that PAHO should play a central role in the implementation of the Framework Convention on Tobacco Control so that the concerns of the Americas would be represented. PAHO must also assume leadership in advocating adoption of the Convention following its completion.

Ms. VALDEZ (United States of America) thanked the panelists and commended PAHO upon its continued refinement of the document. Tobacco control was a clear public

health priority for PAHO and all the countries, especially given tobacco's effects on youth. Adolescents were seduced by tobacco advertising, and it was the job of the public health sector to dispel the false image that led young people to take up smoking.

The initiative was of critical concern to her country, where 500,000 deaths each year were attributable to tobacco use, and to the Region as a whole. PAHO's proposed objectives had generated sound policy guidelines. Several action items deserved particular emphasis, including development of effective regulations to limit minors' access to tobacco, restrict advertising, and provide economic alternatives for tobacco-producing regions; enhancement of leadership capacity among health personnel and parents; development of grass-roots advocacy for smoke-free environments and strong prevention policies; and creation of interministerial linkages to tackle issues outside the purview of the health sector.

In the spirit of panamericanism, the Region needed to carry over the passionate commitment that it had demonstrated in combating other public health problems to the fight against tobacco. PAHO should take a leadership role and continue to promote a partnership approach if it was to develop a sustainable initiative.

El Dr. ZELAYA (Honduras) felicita a los ponentes por sus presentaciones y por los esfuerzos que realizan en sus países para prevenir y controlar el consumo de tabaco. La magnitud del tabaquismo en el mundo es impresionante y las cifras aportadas por la OPS, que indican que el problema ha aumentado en la Región de las Américas, son más

impresionantes aún. El problema no es fácil de enfrentar, pues intervienen muchos intereses contrapuestos, pero no cabe duda de que requiere la atención de los países, pues lo que está en juego es la salud de las generaciones futuras. Honduras ha tomado nota con agrado de que una de las principales políticas que la nueva Directora General de la OMS quiere impulsar es la lucha contra el tabaquismo, y estima que la OPS debería movilizar más recursos extrapresupuestarios para estos fines y dar más apoyo a la elaboración y ejecución de programas integrados de acción. Honduras tiene especial interés en recibir apoyo en este campo.

The DIRECTOR agreed that more passion was needed in the fight against tobacco. He assured the delegates that PAHO would fully integrate its efforts with those of WHO. Recalling that tobacco control had been included on the agenda of the Governing Bodies in 1998 at the specific request of the Member States during the 40th Directing Council last year, he credited the countries for having spotlighted the topic and engaged in fruitful discussion.

Canada's comments about the global Framework Convention on Tobacco Control had prompted him to consult with PAHO's Legal Counsel regarding the feasibility of elaborating a regional convention. Judging from the history of other regional conventions, such an initiative would be a difficult challenge, but he promised that the Secretariat would explore the legal aspects of the idea and report back to the Member States.

PAHO had decided to dedicate additional resources from the Regular Budget to tobacco control, and it was also seeking to mobilize more extrabudgetary resources prior to the next budget. The Director thanked Canada for the additional resources it had made available for work in that area and encouraged other countries to do the same. He believed the Conference's discussion of the topic had been fruitful.

El PRESIDENTE felicita al Director por su propuesta de avanzar un paso más en esta materia en que la Región ha sido pionera, y pide al Relator que presente el proyecto de resolución sobre el punto examinado.

El RELATOR dice que el mencionado proyecto de resolución figura como anexo al documento CSP25/11:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report of the Director on the prevention and control of tobacco use (Document CSP25/11) and Resolution CD34.R12 (1989);

Recognizing the seriousness of the epidemic of tobacco use and dependency as a priority health problem in the Region, especially among children and adolescents; and

Mindful of the need for immediate adoption of effective measures aimed at the prevention and control of this epidemic,

RESOLVES:

1. To adopt the recommendations presented in Document CSP25/11.
2. To request Member States to:

- (a) take urgent steps to protect children and adolescents through the regulation of advertising, to enforce the laws and ordinances aimed at eliminating the sale of tobacco products to minors, and to establish effective prevention programs;
 - (b) officially designate a staff member or unit to be in charge of intra- and interministerial coordination of the national programs for the prevention and control of smoking;
 - (c) prepare and implement a plan of action, with educational, legislative, regulatory, and fiscal components, for the prevention and control of tobacco use.
3. To recommend that the Director step up the efforts of the Organization to mobilize the budgetary and extrabudgetary resources needed to support and strengthen the regional programs to control smoking.

LA 25.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre prevención y control del consumo de tabaco (documento CSP25/11) y la resolución CD34.R12 (1989);

Reconociendo la gravedad de la epidemia de consumo y dependencia del tabaco como problema prioritario de salud en la Región, especialmente en los niños y adolescentes, y

Consciente de la necesidad de adoptar de inmediato medidas eficaces para la prevención y control de esta epidemia,

RESUELVE:

1. Aprobar las recomendaciones presentadas en el documento CSP25/11.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que tomen medidas urgentes para proteger a los niños y adolescentes por medio de la reglamentación de la publicidad, para la aplicación de leyes y ordenanzas para suprimir la venta de los productos del tabaco a menores y para el establecimiento de programas preventivos eficaces;
 - b) a que designen oficialmente a un funcionario o unidad responsable de la coordinación intra e interministerial de los programas de prevención y control del tabaquismo en el ámbito nacional;

- c) a que elaboren y pongan en práctica un plan de acción, con medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, para la prevención del consumo y control de tabaco.
3. Recomendar al Director que incremente los esfuerzos de la Organización hacia la movilización adecuada de recursos presupuestarios y extrapresupuestarios para apoyar y fortalecer los programas regionales de control del tabaquismo.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE dice que, si los delegados no tienen inconveniente, sugeriría al Relator que preparase un proyecto de resolución para apoyar la idea de convocar una convención regional sobre el tema del tabaco.

It was so agreed.

Así se acuerda.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION
CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTES DE LA
APROBACIÓN

Population and Reproductive Health

Población y salud reproductiva

El RELATOR da lectura al inciso c) del párrafo 1 del proyecto de resolución sobre el tema (PR/2), que se ha agregado al proyecto de resolución original a propuesta de la Delegación del Paraguay:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Reaffirming and updating the concepts and mandates contained in Resolutions CD30.R8, CD31.R18, CD32.R9, CD33.R13, CD35.R19, CSP23.R17, CD36.R18 and CD37.R18, and the discussion at the 116th Session of the Executive Committee in 1995 on the subjects of population, family planning, maternal and child health, prevention and reduction of maternal mortality, comprehensive health of adolescents, and population and reproductive health; and

Noting with satisfaction that concerted efforts in the past have been influential in improving reproductive health and that significant progress has been made, and observing that some major challenges remain to achieving reproductive health for all, especially the righting of inequities,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) reaffirm commitments to implement plans of action developed within the context of international conferences and the PAHO Governing Bodies for action in the area of reproductive health, in the spirit of respect for the values and culture of each person, family, community, and nation;
 - (b) recognize the critical importance of reproductive health services, which demand an intersectoral approach, a basic policy and legal structure, good management, organizational support, and competent human resources;
 - (c) assure a quality approach in defining reproductive health strategies and plans for priority populations with attention to special needs of indigenous groups;
 - (d) develop reliable information systems for decision-making and effective strategy design, including the development of process and impact indicators to be utilized in ongoing monitoring and evaluation;
 - (e) stimulate research on the cost-effectiveness of specific interventions and technology, motivation for attitudinal and behavioral change in reproductive health, the social costs of maternal morbidity and mortality, and utilization of communication methodologies to disseminate information in different sectors of the population;

- (f) ensure, in the context of health sector reform, an adequate financial base for reproductive health activities.
2. To request the Director to:
- (a) continue to support technical cooperation with the countries in reproductive health and population;
 - (b) encourage the development and testing of instruments and methodologies that facilitate the countries' implementation of an integral focus for reproductive health activities and encourage broad multidisciplinary/multisectoral and population-based consultation in the definition of priorities;
 - (c) intensify interagency cooperation and coordination in order to maximize the impact of activities;
 - (d) continue efforts to mobilize resources, which will permit, in an environment of respect for the rights, values, and culture of all persons involved, the development of reproductive health activities in the countries of the Region.

LA 25.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reafirmando y actualizando los conceptos y los mandatos contenidos en las resoluciones CD30.R8, CD31.R18, CD32.R9, CD33.R13, CD35.R19, CSP23.R17, CD36.R18 y CD37.R18, así como los debates en la 116.^a sesión del Comité Ejecutivo, en 1995, sobre los temas de población, planificación de la familia, salud maternoinfantil, prevención y reducción de la mortalidad materna, salud integral de los adolescentes, y población y salud reproductiva, y

Notando con satisfacción que los esfuerzos concertados desplegados anteriormente han influido en el mejoramiento de la salud reproductiva y que se han logrado progresos importantes, y observando que aún falta superar algunas dificultades considerables para lograr la salud reproductiva para todos, en especial la corrección de las inequidades,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que reafirmen su compromiso de ejecutar los planes de acción elaborados dentro del contexto de las conferencias internacionales y los mandatos de los Cuerpos

- Directivos de la OPS para la acción en el área de la salud reproductiva, guiándose por el espíritu del respeto por los valores y la cultura de cada persona, familia, comunidad y nación;
- b) a que reconozcan la importancia decisiva de los servicios de salud reproductiva, que exigen un enfoque intersectorial, una estructura básica de políticas y leyes, buena gestión, apoyo de organización y recursos humanos competentes;
 - c) a que aseguren un enfoque de calidad en la definición de estrategias y planes de salud reproductiva para las poblaciones prioritarias, con atención a las necesidades especiales de los pueblos indígenas;
 - d) a que instauren sistemas fiables de información para la toma de decisiones y el diseño de estrategias eficaces, incluida la elaboración de indicadores de proceso y de impacto para utilizarlos en el seguimiento y la evaluación continuos;
 - e) a que estimulen las investigaciones sobre la eficacia en función de los costos de determinadas intervenciones y tecnologías, la motivación para el cambio de actitud y de conducta en materia de salud reproductiva, los costos sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas, y la utilización de los métodos de comunicación para difundir información en los diferentes sectores de la población;
 - f) a que velen por que, dentro del marco de la reforma del sector de la salud, se destinen recursos financieros suficientes para apoyar las actividades de salud reproductiva.
2. Solicitar al Director:
- a) que siga apoyando la cooperación técnica con los países en materia de salud reproductiva y población;
 - b) que fomente la elaboración y puesta a prueba de instrumentos y métodos que faciliten la adopción por los países de un enfoque integral para las actividades de salud reproductiva, alentando la consulta multidisciplinaria y multisectorial, teniendo en cuenta a la población, a objeto de definir las prioridades;
 - c) que intensifique la cooperación y coordinación interinstitucionales para maximizar la repercusión de las actividades;

- d) que prosiga los esfuerzos para movilizar recursos que permitan, en un clima de respeto por los derechos, los valores y la cultura de todas las personas interesadas, la realización de actividades de salud reproductiva en los países de la Región.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

*The meeting rose at 5:20 p.m.
Se levanta la reunión a las 5.20 p.m.*