

25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

**50th Session of the Regional Committee
of the World Health Organization
for the Americas
Washington, D.C.
21-25 September 1998**

SUMMARY RECORDS



25ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

**50.ª sesión del Comité Regional de la
Organización Mundial de la Salud
para las Américas
Washington, D.C.
21-25 de septiembre de 1998**

ACTAS RESUMIDAS

DOCUMENTOS TÉCNICOS PANAMERICANOS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

1998

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

**50th Session of the Regional Committee
of the World Health Organization
for the Americas
Washington, D.C.
21-25 September 1998**

SUMMARY RECORDS



25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

**50.ª sesión del Comité Regional de la
Organización Mundial de la Salud
para las Américas
Washington, D.C.
21-25 de septiembre de 1998**

ACTAS RESUMIDAS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

In compliance with the decision of the Governing Bodies of PAHO, these Proceedings have undergone only minimum editorial review and are published in the language spoken by the Delegates at the Session. Should a Government so request, PAHO will make available a translation of any intervention. The Final Report of the Session, with the resolutions and decisions adopted, appears in Official Document 289.

En cumplimiento de la decisión de los Cuerpos Directivos de la OPS, estas Actas han sido objeto de solo una mínima revisión editorial y se publican en el idioma en que hablaron los Delegados en la sesión. A solicitud de un Gobierno, la OPS proporcionará una traducción de cualquier intervención. El Informe Final de la sesión, con las resoluciones y decisiones aprobadas, aparece en el Documento Oficial 289.

© Pan American Health Organization, 1998

Publications of the Pan American Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. For rights of reproduction or translation of a PAHO publication, in part or in toto, application should be made to the Publications Program, Pan American Health Organization, Washington, D.C. The Pan American Health Organization welcomes such applications.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city, or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the Pan American Health Organization in preference to others of a similar nature.

© Organización Panamericana de la Salud, 1998

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en parte o en todo alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización da a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la limitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

ISBN 92 75 07288 4

PREFACE

The 25th Pan American Sanitary Conference, 50th Session of the Regional Committee of the World Health Organization for the Americas, was held at the Headquarters of the Organization in Washington, D.C., from 21 to 25 September 1998.

The officers of the session and principal committees were as follows:

Officers of the Session

President:	Argentina	Dr. Alberto Mazza
Vice Presidents:	Barbados	Dr. Elizabeth Thompson
	Honduras	Dr. Marco A. Rosa Zelaya
Rapporteur:	Peru	Dr. Pablo Augusto Meloni

Committee on Credentials

President:	Nicaragua	Dr. Lombardo Martínez
Members:	Canada	Mr. Nick Previsich
	Venezuela	Dr. Elbano Pierruzzi

General Committee

President of the Conference:	Argentina	Dr. Alberto Mazza
Vice Presidents of the Conference:	Barbados	Dr. Elizabeth Thompson
	Honduras	Dr. Marco A. Rosa Zelaya
Rapporteur of the Conference:	Peru	Dr. Pablo Augusto Meloni
Members:	Brazil	Dr. João Yunes
	Cuba	Dr. Carlos P. Dotres
	United States of America	Dr. David Satcher

Sir George Alleyne, Director, PASB, acted as Secretary ex officio of the Pan American Sanitary Conference.

INTRODUCCIÓN

La 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C., del 21 al 25 de septiembre de 1998.

Los miembros de la Mesa Directiva y de las comisiones principales fueron los siguientes:

Mesa Directiva

Presidente:	Argentina	Dr. Alberto Mazza
Vicepresidentes:	Barbados	Dra. Elizabeth Thompson
	Honduras	Dr. Marco A. Rosa Zelaya
Relator:	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

Comisión de Credenciales

Presidente:	Nicaragua	Dr. Lombardo Martínez
Miembros:	Canadá	Sr. Nick Previsich
	Venezuela	Dr. Elbano Pierruzzi

Comisión General

Presidente de la Conferencia:	Argentina	Dr. Alberto Mazza
Vicepresidentes de la Conferencia:	Barbados	Dra. Elizabeth Thompson
	Honduras	Dr. Marco A. Rosa Zelaya
Relator de la Conferencia:	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni
Miembros:	Brasil	Dr. João Yunes
	Cuba	Dr. Carlos P. Dotres
	Estados Unidos de América	Dr. David Satcher

El Director de la OSP, Sir George Alleyne, actuó como Secretario ex officio de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

CONTENTS

ÍNDICE

Page
Página

Preface.....	iii
Introducción	iii
Agenda	1
Orden del día.....	1
Participants.....	6
Participantes.....	6
Summary Records.....	25
Actas resumidas	25

FIRST MEETING (*Monday, 21 September 1998, at 9:00 a.m.*)

PRIMERA REUNIÓN (*Lunes, 21 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.*)

Item 1:	Opening of the Conference	27
Punto 1:	Apertura de la Conferencia.....	27
A.	Opening of the Conference by the Outgoing President, Dr. Roberto Tapia Conyer (Mexico).....	27
A.	Apertura de la Conferencia por el Presidente Saliente, Dr. Roberto Tapia Conyer (México).....	27
B.	Welcoming Remarks by Sir George Alleyne, Director of the Pan American Sanitary Bureau	27
B.	Palabras de bienvenida de Sir George Alleyne, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	27
C.	Welcome on Behalf of the Host Country by Dr. Donna Shalala, Secretary of Health and Human Services of the United States of America	28
C.	Bienvenida en nombre del país anfitrión por la Dra. Donna Shalala, Secretaria de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América.....	28

D.	Address by Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization.....	28
D.	Palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud	28
Item 2.1:	Appointment of the Committee on Credentials	38
Punto 2.1:	Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	38
	First Report of the Committee on Credentials	39
	Primer informe de la Comisión de Credenciales	39
Item 2.2:	Election of the President, Two Vice Presidents, and Rapporteur	39
Punto 2.2:	Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator.....	39
Item 2.6:	Modifications to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference	41
Punto 2.6:	Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana.....	41
Item 2.3:	Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution.....	43
Punto 2.3:	Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	43
Item 2.4:	Establishment of the General Committee	44
Punto 2.4:	Establecimiento de la Comisión General	44
Item 2.5:	Adoption of the Agenda	44
Punto 2.5:	Adopción del orden del día	44
Item 3.2:	Annual Report, 1997, and Quadrennial Report, 1994-1997, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau	44
Punto 3.2:	Informe anual, 1997, e informe cuatrienal, 1994-1997, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	44

SECOND MEETING (*Monday, 21 September 1998, at 2:30 p.m.*)

SEGUNDA REUNIÓN (*Lunes, 21 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m.*)

First Report of the General Committee.....	53
Primer informe de la Comisión General	53
Item 3.2: Annual Report, 1997, and Quadrennial Report, 1994-1997, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (<i>conclusion</i>)	54
Punto 3.2: Informe Anual, 1997, e informe cuatrienal, 1994-1997, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>conclusión</i>).....	54
Item 3.1: Annual Report of the President of the Executive Committee.....	59
Punto 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	59
Item 5.1: Report on the Collection of Quota Contributions	63
Punto 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	63
Item 5.2: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1996-1997	68
Punto 5.2: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo sobre 1996-1997	68
Item 4.1: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 2000-2001	70
Punto 4.1: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001	70
Item 8.1: Fiftieth Anniversary of the World Health Organization	75
Punto 8.1: Cincuentenario de la Organización Mundial de la Salud	75
A. Address of Dr. Gro Harlem Brundtland.....	76
A. Palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland	76
B. Address of Dr. Plutarco Naranjo.....	79
B. Palabras del Dr. Plutarco Naranjo.....	79
C. Address of Dr. William Foege	83
C. Palabras del Dr. William Foege	83
D. Address of Sir George Alleyne	86
D. Palabras de Sir George Alleyne	86

THIRD MEETING (*Tuesday, 22 September 1998, at 9:00 a.m.*)

TERCERA REUNIÓN (*Martes, 22 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.*)

Item 4.2:	Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002.....	89
Punto 4.2:	Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002.....	89
	Second Report of the Committee on Credentials.....	101
	Segundo informe de la Comisión de Credenciales	101
Item 4.2:	Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002 (<i>conclusion</i>)	102
Punto 4.2:	Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 (<i>conclusión</i>)	102
Item 4.3:	Technical Cooperation among Countries: Panamericanism in the Twenty-first Century	109
Punto 4.3:	Cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI.....	109
	Emergency Situation Caused by Hurricane Georges.....	118
	Situación de emergencia a causa del huracán Georges.....	118

FOURTH MEETING (*Tuesday, 22 September 1998, at 2:30 p.m.*)

CUARTA REUNIÓN (*Martes, 22 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m.*)

Item 4.4:	Health Impact of the Southern Oscillation (El Niño)	120
Punto 4.4:	Repercusiones sanitarias de la Oscilación del Sur (El Niño).....	120
Item 4.6:	Health of Older Persons	126
Punto 4.6:	Salud de las personas de edad	126
	Third Report of the Committee on Credentials.....	141
	Tercer informe de la Comisión de Credenciales.....	141
Item 7.1:	PAHO Award for Administration, 1998.....	141
Punto 7.1:	Premio OPS en Administración, 1998	141

FIFTH MEETING (*Wednesday, 23 September 1998, at 9:00 a.m.*)
QUINTA REUNIÓN (*Miércoles, 23 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.*)

Item 4.7:	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas	145
Punto 4.7:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	145
Item 6.1:	Selection of One Member State from the Region of the Americas Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) on the Expiration of the Period of Office of Mexico	156
Punto 6.1:	Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar a una persona que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) por haber llegado a su término el mandato de México.....	156
Item 6.2:	Selection of One Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) on the Expiration of the Period of Office of the United States of America.....	157
Punto 6.2:	Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) por haber llegado a su término el mandato de Estados Unidos de América.....	157
Item 6.3:	Selection of Two Member States to Designate a Representative to Serve on the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Nations for Mental Health.....	158
Punto 6.3:	Selección de dos Estados Miembros facultados para designar un representante que forme parte del Comité Consultivo de Gestión del Programa de Acción de la OMS "Naciones en pro de la salud mental"	158

Item 3.4:	Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bahamas, Chile, and Costa Rica	159
Punto 3.4:	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Chile y Costa Rica	159
Item 3.3:	Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas	162
Punto 3.3:	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	162

SIXTH MEETING (*Wednesday, 23 September 1998, at 3:00 p.m.*)

SEXTA REUNIÓN (*Miércoles, 23 de septiembre de 1998, a las 3.00 p.m.*)

Second Report of the General Committee	173	
Segundo informe de la Comisión General	173	
Item 4.7:	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas (<i>conclusion</i>).....	173
Punto 4.7:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (<i>conclusión</i>)	173
Item 7.2:	Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 1998: Presentation of the Award	174
Punto 7.2:	Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 1998: Entrega del Premio	174
Item 4.9:	Population and Reproductive Health	177
Punto 4.9:	Población y salud reproductiva	177
Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption.....	186	
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	186	
<i>Hurricane Georges</i>	186	
<i>Huracán Georges</i>	186	
<i>Item 4.7: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas</i>	188	
<i>Punto 4.7: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas</i>	188	

SEVENTH MEETING (*Thursday, 24 September 1998, at 9:00 a.m.*)
SÉPTIMA REUNIÓN (*Jueves, 24 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.*)

Item 4.8:	Vaccines and Immunization.....	191
Punto 4.8:	Vacunas e inmunización.....	191
Item 4.11:	WHO Revised Drug Strategy.....	204
Punto 4.11:	Estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos	204
Item 6.4:	Selection of Two Member States to Designate a Representative to Serve on the Subgroup of the Ad Hoc Working Party on the WHO Revised Drug Strategy.....	206
Punto 6.4:	Selección de dos Estados Miembros facultados para designar un representante que forme parte del subgrupo del grupo especial de trabajo sobre la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos	206
Item 4.10:	PAHO Publications Program	207
Punto 4.10:	Programa de publicaciones de la OPS	207

EIGHTH MEETING (*Thursday, 24 September 1998, at 2:30 p.m.*)
OCTAVA REUNIÓN (*Jueves, 24 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m.*)

Fourth Report of the Committee on Credentials.....	213	
Cuarto informe de la Comisión de Credenciales	213	
Item 4.5:	Prevention and Control of Tobacco Use.....	213
Punto 4.5:	Prevención y control del consumo de tabaco.....	213

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

<i>Item 4.9: Population and Reproductive Health.....</i>	<i>233</i>
<i>Punto 4.9: Población y salud reproductiva.....</i>	<i>233</i>

NINTH MEETING (*Friday, 25 September 1998, at 9:00 a.m.*)

NOVENA REUNIÓN (*Viernes, 25 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.*)

Item 4.12:	Report of the Advisory Committee on Health Research	237
Punto 4.12:	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud	237
Item 5.3:	Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau.....	243
Punto 5.3:	Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	243
Item 8.2:	Resolutions of the Fifty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee	245
Punto 8.2:	Resoluciones de la 51. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional	245
	Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption.....	246
	Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	246
	<i>Regional Convention against Tobacco Use.....</i>	246
	<i>Convención regional para la lucha antitabáquica.....</i>	246
Item 9:	Other Matters.....	248
Punto 9:	Otros asuntos	248
	Closing of the Conference.....	249
	Clausura de la Conferencia.....	249
	Annex: Country Reports (Item 3.2)	
	Anexo: Informes de países (Punto 3.2)	
	<i>Antigua and Barbuda/Antigua y Barbuda</i>	
	<i>Mexico/México</i>	
	<i>Venezuela</i>	

AGENDA ORDEN DEL DÍA

1. OPENING OF THE CONFERENCE
1. APERTURA DE LA CONFERENCIA

2. PROCEDURAL MATTERS
2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO
 - 2.1 Appointment of the Committee on Credentials
 - 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales

 - 2.2 Election of the President, Two Vice Presidents, and Rapporteur
 - 2.2 Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator

 - 2.3 Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution
 - 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

 - 2.4 Establishment of the General Committee
 - 2.4 Establecimiento de la Comisión General

 - 2.5 Adoption of the Agenda
 - 2.5 Adopción del orden del día

 - 2.6 Modifications to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference
 - 2.6 Modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

3. CONSTITUTIONAL MATTERS
3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN
 - 3.1 Annual Report of the President of the Executive Committee
 - 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo

 - 3.2 Annual Report, 1997, and Quadrennial Report, 1994-1997, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
 - 3.2 Informe anual, 1997, e informe cuatrienal, 1994-1997, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

3. CONSTITUTIONAL MATTERS (*cont.*)
3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN (*cont.*)
 - 3.3 Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
 - 3.3 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
 - 3.4 Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bahamas, Chile, and Costa Rica
 - 3.4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Chile y Costa Rica
4. PROGRAM POLICY MATTERS
4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS
 - 4.1 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 2000-2001
 - 4.1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001
 - 4.2 Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002
 - 4.2 Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
 - 4.3 Technical Cooperation among Countries: Panamericanism in the Twenty-first Century
 - 4.3 Cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI
 - 4.4 Health Impact of the Southern Oscillation (El Niño)
 - 4.4 Repercusiones sanitarias de la Oscilación del Sur (El Niño)
 - 4.5 Prevention and Control of Tobacco Use
 - 4.5 Prevención y control del consumo de tabaco
 - 4.6 Health of Older Persons
 - 4.6 Salud de las personas de edad
 - 4.7 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
 - 4.7 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

4. PROGRAM POLICY MATTERS (*cont.*)
4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS (*cont.*)
 - 4.8 Vaccines and Immunization
 - 4.8 Vacunas e inmunización
 - 4.9 Population and Reproductive Health
 - 4.9 Población y salud reproductiva
 - 4.10 PAHO Publications Program
 - 4.10 Programa de Publicaciones de la OPS
 - 4.11 WHO Revised Drug Strategy
 - 4.11 Estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos
 - 4.12 Report of the Advisory Committee on Health Research
 - 4.12 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
5. ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL MATTERS
5. ASUNTOS DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
 - 5.1 Report on the Collection of Quota Contributions
 - 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
 - 5.2 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1996-1997
 - 5.2 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo sobre 1996-1997
 - 5.3 Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
 - 5.3 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

6. COMMITTEE MATTERS

6. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 6.1 Selection of One Member State from the Region of the Americas Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/ World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) on the Expiration of the Period of Office of Mexico
- 6.1 Selección de un Estado Miembro de la Región de las Américas facultado para designar una persona que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) por haber llegado a su término el mandato de México

- 6.2 Selection of One Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) on the Expiration of the Period of Office of the United States of America
- 6.2 Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante para integrar el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) por haber llegado a su término el mandato de los Estados Unidos de América

- 6.3 Selection of Two Member States to Designate a Representative to Serve on the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Nations for Mental Health
- 6.3 Selección de dos Estados Miembros facultados para designar un representante que forme parte del Comité Consultivo de Gestión del Programa de Acción de la OMS “Naciones en pro de la salud mental”

- 6.4 Selection of Two Member States to Designate a Representative to Serve on the Subgroup of the Ad Hoc Working Party on the WHO Revised Drug Strategy
- 6.4 Selección de dos Estados Miembros facultados para designar un representante que forme parte del subgrupo del grupo especial de trabajo sobre la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos

7. AWARDS

7. PREMIOS

- 7.1 PAHO Award for Administration, 1998
- 7.1 Premio OPS en Administración, 1998

7. AWARDS (*cont.*)

7. PREMIOS (*cont.*)

7.2 Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 1998

7.2 Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 1998

8. GENERAL INFORMATION MATTERS

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

8.1 Fiftieth Anniversary of the World Health Organization

8.1 Cincuentenario de la Organización Mundial de la Salud

8.2 Resolutions of the Fifty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee

8.2 Resoluciones de la 51.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional

9. OTHER MATTERS

9. OTROS ASUNTOS

**PARTICIPANTS
PARTICIPANTES**

**MEMBER AND PARTICIPATING STATES
ESTADOS MIEMBROS Y PARTICIPANTES**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

Hon. Dr. Samuel Aymer, Minister of Health and Civil Service Affairs, Ministry of Health and Civil Service Affairs, St. John's

ARGENTINA

Dr. Alberto Mazza, Ministro de Salud y Acción Social, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires

Dr. Argentino L. Pico, Subsecretario de Políticas de Salud y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires

Dra. Miguela María Pico, Dirección de Coordinación y Relaciones Sanitarias Internacionales, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires

Sr. Jorge López Menardi, Representante Alterno, Misión de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

BAHAMAS

Hon. Dr. Ronald L. Knowles, Minister of Health, Ministry of Health, Nassau

Sir Arlingon G. Butler, Ambassador of the Commonwealth of the Bahamas to the United States of America, Embassy of the Commonwealth of the Bahamas, Washington, D.C.

Dr. Merceline Dahl-Regis, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Nassau

Mrs. Hannah Gray, Director, Health Planning, Ministry of Health, Nassau

Dr. Baldwin Carey, Consultant, Maternal and Child Health Services, Ministry of Health, Nassau

Ms. Sheila Carey, Deputy Head of Mission, Embassy of the Commonwealth of the Bahamas, Washington, D.C.

BARBADOS

Hon. Dr. Elizabeth Thompson, Minister of Health and the Environment, Ministry of Health and the Environment, St. Michael

Mr. Branford Goddard, Permanent Secretary, Ministry of Health and the Environment, St. Michael

Mr. Courtney Blackman, Ambassador, Embassy of Barbados, Washington, D.C.

Dr. Cheryl Joy St. John, Senior Medical Officer of Health, Ministry of Health and the Environment, St. Michael

BELIZE
BELICE

Hon. Dr. Servulo Baeza, Minister of Health, Ministry of Health, Belmopan

Dr. Dennis Hoy, Director of Health Services, Medical Department, Belmopan

BOLIVIA

Dr. Tonchy Marinkovic Uzqueda, Ministro de Salud y Previsión Social, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz

Dr. Tito Chacón González, Asesor del Ministro, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz

Lic. Raúl Silveti Castelú, Director de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz

Sr. Samuel A. Echalar, Ministro Consejero, Embajada de Bolivia, Washington, D.C.

BRAZIL
BRASIL

Dr. João Yunes, Secretário de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília

Sr. Ernesto Otto Rubarth, Coordenador, Assuntos Especiais da Saúde, Ministério da Saúde, Brasília

BRAZIL (*cont.*)**BRASIL** (*cont.*)

Dr. Pedro José de Novais Chequer, Coordenador Nacional do Programa, STD/AIDS, Ministério da Saúde, Brasília

Dra. Tania de Giacomio do Lago, Assessora Especial do Ministro da Saúde, Coordenadora das Ações de Saúde da Mulher, Ministério da Saúde, Brasília

Sr. Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Júnior, Diretor do Departamento de Administração, Fundação Nacional de Saúde, Brasília

Sr. Roberto Coutinho, Representante Alterno, Missão Permanente do Brasil para a Organização dos Estados Americanos, Washington, D.C.

CANADA**CANADÁ**

Mr. Edward M. Aiston, Director General, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa, Ontario

Mr. Nick Previsich, Senior Scientific Advisor, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa, Ontario

Dr. Christine Whalen, Health Specialist, Americas Branch, Canadian International Development Agency, Hull, Quebec

M. Louis E. Bernard, Président-directeur général, Institut national de la Santé publique, Québec

Dr. Marlene Smadu, Associate Deputy Minister of Health, Province of Saskatchewan, Regina, Saskatchewan

Mrs. Basia Manitius, Alternate Representative, Mission of Canada to the Organization of American States, Washington, D.C.

CHILE

Dr. Alex Figueroa Muñoz, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, Santiago

Dr. Álvaro Erazo Latorre, Subsecretario de Salud, Ministerio de Salud, Santiago

CHILE (cont.)

Dr. Carlos Anríquez, Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales,
Ministerio de Salud, Santiago

Sr. Pablo Ortíz, Jefe del Gabinete del Ministro, Ministerio de Salud, Santiago

Dr. Luis H. Caris, Asesor, Ministerio de Salud, Santiago

COLOMBIA

Dr. Virgilio Galvis Ramírez, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, Santa Fe de Bogotá

Dra. Martha Ardila, Ministro Plenipotenciario, Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Dr. Edgar Sanabria Villamizar, Secretario Privado, Ministerio de Salud,
Santa Fe de Bogotá

Dr. José María Salazar Bucheli, Asesor del Ministro, Ministerio de Salud,
Santa Fe de Bogotá

Dra. Ana María Villareal, Primer Secretario, Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

COSTA RICA

Dr. Rogelio Pardo, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, San José

Sr. Roy Gamero, Ministro Consejero, Embajada de Costa Rica, Washington, D.C.

CUBA

Dr. Carlos P. Dotres Martínez, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública,
La Habana

Dr. José de la Caridad Piñon Vega, Asesor del Ministro de Salud Pública, Ministerio de
Salud Pública, La Habana

Dr. Enrique Miguel Comendeiro Hernández, Director de Relaciones Internacionales,
Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dra. Miriam Nicolasa Aliño Santiago, Ministerio de Salud Pública, La Habana

CUBA (cont.)

Dr. Rene Raúl Ruiz Armas, Director Nacional de Atención Médica Especializada,
Ministerio de Salud Pública, La Habana

Sr. Raúl Montes, Segundo Secretario, Misión Permanente de Cuba ante las Naciones
Unidas, Nueva York

Sr. Rafael Noriega, Primer Secretario, Oficina de Intereses de Cuba, Washington, D.C.

DOMINICA

Dr. Roberto Nasiiro, Chief Medical Officer, Ministry of Health and Social Security,
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC
REPÚBLICA DOMINICANA**

Dr. Sergio Sarita-Valdez, Subsecretario de Planificación, Secretaría Nacional de Salud
Pública y Asistencia Social, Santo Domingo

ECUADOR

Dr. Edgar Rodas, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito

Dr. César Hermida, Subsecretario General de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito

Dra. Tatiana Neira, Directora de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud Pública,
Quito

Sr. Andrés Montalvo, Representante Alterno, Misión de Ecuador ante la Organización de
los Estados Americanos, Washington, D.C.

EL SALVADOR

Dr. Eduardo Interiano, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social, San Salvador

Dr. Humberto Urbina, Director de Planeación Estratégica, Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social, San Salvador

FRANCE
FRANCIA

M. Jean-Paul Barre, Ambassadeur, Observateur permanent de la France auprès l'Organisation des Etats américains, Washington, D.C.

Dr Michel Lavollay, Conseiller pour les Affaires sociales, Ambassade de France, Washington, D.C.

Dr Madeleine Leloup, Adjoint au Sous-Directeur de la Santé et du Développement social, Ministère Délégué à la Coopération, Paris

M. Julien Perrier, Observateur permanent adjoint de la France auprès l'Organisation des Etats américains, Washington, D.C.

GRENADA
GRANADA

Ms. Lana McPhail, Permanent Secretary, Ministry of Health, St. Georges

Mr. Dennis Antoine, Ambassador, Embassy of Grenada, Washington, D.C.

GUATEMALA

Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

Dr. Carlos Andrade, Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

GUYANA

Hon. Dr. Henry Jeffrey, Minister of Health, Ministry of Health, Georgetown

Dr. Rudolph Cummings, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Georgetown

HAITI
HAÏTÍ

Dr Jean Joseph Molière, Ministre de la Santé publique et de la Population, a.i., Ministère de la Santé publique et de la Population, Port-au-Prince

Dr Louis Harold Joseph, Chargé d'Affaires, a.i., Ambassade d'Haïti, Washington, D.C.

HONDURAS

Dr. Marco A. Rosa Zelaya, Secretario de Salud, Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Tegucigalpa

Sra. Maribel Juárez, Secretaria de Salud, Tegucigalpa

JAMAICA

Hon. John Junor, Minister of Health, Ministry of Health, Kingston

Mr. George A. Briggs, Permanent Secretary, Ministry of Health, Kingston

Dr. Deanna Ashley, Principal Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Ms. Vilma McNish, Alternate Representative, Mission of Jamaica to the Organization of American States, Washington, D.C.

Dr. Christine Moody, Senior Medical Officer (Retired), Kingston

**KINGDOM OF THE NETHERLANDS
REINO DE LOS PAÍSES BAJOS**

Mr. H. E. van Schooten, Directorate of Social and Institutional Development, Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, The Hague

Mr. H. Henriquez, Minister Plenipotentiary for the Netherlands Antilles, Royal Netherlands Embassy, Washington, D.C.

Mr. F. P. Coronel, Minister Plenipotentiary for Aruba, Royal Netherlands Embassy, Washington, D.C.

Mr. H. P. Barnard, Counselor, Royal Netherlands Embassy, Washington, D.C.

Mr. J. L. Ijzermans, First Secretary, Royal Netherlands Embassy, Washington, D.C.

**MEXICO
MÉXICO**

Dr. Roberto Tapia Conyer, Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, México, D.F.

Emb. Claude Heller, Representante Permanente, Misión Permanente de México ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

MEXICO (*cont.*)
MÉXICO (*cont.*)

Ministro Juan Manuel Gómez-Robledo, Representante Alterno, Misión Permanente de México ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Dra. Melba E. Muñiz, Directora de Area, Dirección General de Asuntos Internacionales, Secretaría de Salud, México, D.F.

Lic. Juan Carlos Nolte Santillán, Director de Desarrollo y Gestión Internacional, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Secretaría de Salud, México, D.F.

Sr. Guillermo Reyes, Representante Alterno, Misión Permanente de México ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

NICARAGUA

Dr. Lombardo Martínez Cabezas, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, Managua

Lic. Anamaría Cerulli, Directora General de Cooperación Externa, Ministerio de Salud, Managua

PANAMA
PANAMÁ

Dra. Enelka de Samudio, Secretaria General, Ministerio de Salud, Ciudad de Panamá

PARAGUAY

Dra. Carmen Frutos de Almada, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

Dra. Sixta de Brizuela, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

Sra. Teresa Gill de Banti, Primer Secretario, Misión Permanente de Paraguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Sr. Julio C. Arriola, Representante Alterno, Misión Permanente de Paraguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Sr. Christian Maidana, Delegado Alterno, Misión Permanente de Paraguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

**PERU
PERÚ**

Dr. Marino Costa Bauer, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, Lima

Dr. Pablo Augusto Meloni Navarro, Director General, Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa, Ministerio de Salud, Lima

Sra. Beatriz Ramacciotti, Representante Permanente, Misión Permanente de Perú ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Sr. Carlos Ortega, Representante Alterno, Misión Permanente de Perú ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

**SAINT LUCIA
SANTA LUCÍA**

Hon. Sarah L. Flood, Minister of Health, Human Services, Family Affairs and Women, Ministry of Health, Human Services, Family Affairs and Women, Castries

Ms. Marcia Philbert-Jules, Permanent Secretary, Ministry of Health, Human Services, Family Affairs and Women, Castries

Mr. Albert Preville, Vice-Consul, Embassy of Saint Lucia, Washington, D.C.

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Hon. Dr. St. Clair Thomas, Minister of Health and the Environment, Ministry of Health and the Environment, Kingstown

Mr. Carl F. Browne, Permanent Secretary, Ministry of Health and the Environment, Kingstown

Dr. Harold Rampersaud, Chief Medical Officer, Ministry of Health and the Environment, Kingstown

SURINAME

Dr. Rinia Codfried-Kranenburg, Director of Health, Ministry of Health, Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO
TRINIDAD Y TABAGO

Mr. Errol Pilgrim, Permanent Secretary, Ministry of Health, Port-of-Spain

Dr. Rawle Edwards, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Port-of-Spain

UNITED KINGDOM
REINO UNIDO

Mr. Robert Anthony Kingham, International Branch, Department of Health, London

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Hon. Donna E. Shalala, Secretary of Health and Human Services, Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

Dr. David Satcher, Assistant Secretary for Health and Surgeon General, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

Mr. Neil A. Boyer, Director, Health and Transportation Programs, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, D.C.

Dr. Gregory Pappas, Acting Director, Office of International and Refugee Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland

Ms. Linda A. Vogel, International Health Attaché, United States Mission, Geneva, Switzerland

Mr. Richard S. Walling, Director, Office for the Americas and Middle East, Office of International and Refugee Health, United States Public Health Service, Rockville, Maryland

Ms. Carol Dabbs, Team Leader, Health/Population/Nutrition Team, Bureau for Latin America and the Caribbean, United States Agency for International Development, Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA (cont.)
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)

Dr. Stuart Nightingale, Associate Commissioner for Health Affairs, Food and Drug Administration, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez, International Health Officer (Americas), Office of International and Refugee Health, United States Public Health Service, Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland

URUGUAY

Dr. Raúl Bustos, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

Dr. Antonio Chiesa, Director General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

Dra. Beatriz Rivas, Directora de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

Sra. Susana Rosa, Representante Alternativa, Misión Permanente de Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

VENEZUELA

Dr. José Félix Oletta, Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Dra. Rosemary Hernández de Hung, Viceministra de Sanidad y Asistencia Social, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Dr. Elbano Pieruzzi, Director General Sectorial de Salud Pública Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Dra. Mirta Riera, Directora General Sectorial de Salud, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

**ASSOCIATE MEMBERS
MIEMBROS ASOCIADOS**

PUERTO RICO

Dr. Rafael Burgos Calderón, Asesor de la Secretaría de Salud, Departamento de Salud,
San Juan

**STATES WITH OFFICIAL OBSERVER STATUS IN PAHO
ESTADOS CON CARÁCTER OFICIAL DE OBSERVADOR EN LA OPS**

**SPAIN
ESPAÑA**

Sra. María Isabel Vicandi, Observadora Adjunta, Misión Observadora Permanente
de España ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

**NORWAY
NORUEGA**

Mr. Bjorn Brede Hansen, Embassy Secretary, Embassy of Norway, Washington, D.C.

**EXECUTIVE COMMITTEE
COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Alex Figueroa Muñoz (Chile)
Dr. Carlos Anríquez (Chile)
Hon. Dr. Ronald L. Knowles (Bahamas)
Dr. Merceline Dahl-Regis (Bahamas)

**INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES**

Caribbean Community/Comunidad del Caribe

Ms. Evette Lee, Georgetown, Guyana
Dr. Barrington Wint, Georgetown, Guyana

INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES (cont.)***Health Commission of the Parlatino Latinoamericano/Comisión de Salud del Parlatino Latinoamericano***

Ms. Nidia Milagros Martínez, Washington, D.C.

Hipólito Unanue Agreement/Convenio Hipólito Unanue

Dr. Juan Luis González Reyes, Lima, Perú

Dr. Tito Chacón, Lima, Perú

Dr. Esteban Silvam, Lima, Perú

Inter-American Development Bank/Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Alfredo Solari, Washington, D.C.

Sra. Daniela Trucco, Washington, D.C.

Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture/Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura

Sr. Jorge Bernat, Washington, D.C.

United Nations Children's Fund/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Dr. Aaron Lechtig, Bogotá, Colombia

***United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe***

Sr. Francisco León, Santiago, Chile

Sr. Carlos Eduardo Urrunaga, Washington, D.C.

***United Nations Program on HIV/AIDS
Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA***

Dr. Paloma Cuchí, Washington, D.C.

World Bank/Banco Mundial

Mr. Jean Jacques de St. Antoine, Washington, D.C.

**NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering/Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental

Sr. Juan Manuel Martínez García, México, D.F., México
Eng. Luiz Augusto de Lima Pontes, São Paulo, Brasil

International Agency for the Prevention of Blindness/Organización Internacional de Prevención de la Ceguera

Mr. Terrence Gillen, Bethesda, Maryland

International Association for Maternal and Neonatal Health/Madre y Niño Internacional

Dr. Anibal Faúndes, São Paulo, Brasil

International Bureau for Epilepsy/Oficina Internacional para la Epilepsia

Ms. Sandra Lynn Parks-Trusz, Heemstede, the Netherlands

International Council of Women/Consejo Internacional de Mujeres

Mrs. Freda L. Paltiel, Ontario, Canada

International Diabetes Federation/Federación Internacional de Diabetes

Prof. Errol Morrison, Kingston, Jamaica
Mr. Brian Wentzell, New Brunswick, Canada

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)***International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations/Federación Internacional de la Industria del Medicamento***

Mr. Thomas Bombelles, Washington, D.C.
Ms. Jacqueline Keith, Pennsylvania
Mr. David Greeley, Whitehouse Station, New Jersey
Dr. Francine R. Salamone, New York, New York
Mr. Carlos Silva, Washington, D.C.
Ms. Vivian de Trespacios, New York, New York

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies/Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Ms. Yolanda L. Jacot-Leganoa, Washington, D.C.

International Federation on Aging/Federación Internacional de la Vejez

Mr. Samuel Simmons, Washington, D.C.

International Hospital Federation/Federación Internacional de Hospitales

Dr. Norberto Larroca, Buenos Aires, Argentina

International Society of Nurses in Cancer Care/Sociedad Internacional de Enfermeras de Cancerología

Ms. Vernice D. Ferguson, London, England

International Union of Family Organizations/Unión Internacional de Organismos Familiares

Mrs. Conceição de Oliveira Rocha, Paraná, Brasil

International Union of Nutritional Sciences/Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición

Ms. Carol Fjeld, Bethesda, Maryland

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

Latin American Federation of Hospitals/Federación Latinoamericana de Hospitales

Dr. Norberto Larroca, Buenos Aires, Argentina
Dr. Carlos Ferreira, Brasília, D.F., Brasil

Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry/Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica

Dr. José Manuel Cousiño, Santiago, Chile

Latin American Union against Sexually Transmitted Diseases/Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual

Dr. Paulo Naud, Porto Alegre, Brasil

Pan American Federation of Associations of Medical Schools/Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina

Dr. Pablo Pulido, Caracas, Venezuela

World Association of Girl Guides and Girl Scouts/Asociación Mundial de Muchachas Scouts

Ms. Leslie Wright, Brooklyn, New York
Ms. Barbara Allen, Washington, D.C.

World Association of Societies of Pathology/Asociación Mundial de Sociedades de Patología

Dr. William B. Zeiler, Pittsburgh, Pennsylvania

World Federation of Occupational Therapists/Federación Mundial de Ergoterapeutas

Ms. Elinor Anne Spencer, Stockton Springs, Maine

World Self-Medication Industry/Asociación Mundial de la Industria de la Automedicación

Sr. Edgardo J. Gezzi, Buenos Aires, Argentina

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General, Geneva, Switzerland

Amb. Jonas G. Store, Executive Director and Senior Policy Adviser
to the Director-General, Geneva, Switzerland

Dr. Julio Frenk, Executive Director, Evidence and Information for Policy, Geneva,
Switzerland

Dr. Y. Suzuki, Executive Director, Social Change and Mental Health, Geneva,
Switzerland

Dr. Brian Dobertson, WHO Representative to Thailand

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Director (Secretary ex officio of the Conference)/Director (Secretario ex officio de la
Conferencia)*

Dr. George A. O. Alleyne

Advisers to the Director/Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett, Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Mirta Roses, Assistant Director/Subdirectora

Mr. Eric Boswell, Chief of Administration/Jefe de Administración

Dr. Stephen J. Corber, Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Mr. Horst Otterstetter, Director, Division of Health and Environment/Director,
División de Salud y Ambiente

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director/Asesores del Director (cont.)

Dr. Juan Antonio Casas, Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. José Antonio Solís, Director, Division of Health Promotion and Protection
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Daniel López Acuña, Director, Division of Health Systems and Services
Development/Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ciro de Quadros, Director, Special Program on Vaccines and Immunization
Director, Programa Especial para Vacunas e Inmunización

Dr. Irene Klinger, Chief, Office of External Relations/Jefe, Oficina de Relaciones
Externas

Dr. Juan Manuel Sotelo, Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Chief, Legal Office/Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos

Dr. Heidi Jiménez

Chief, General Services/Jefe, Servicios Generales

Dr. Richard Marks

Chief, Conference and Secretariat Services/Jefe, Servicios de Conferencia y Secretaría

Ms. Janice Barahona

SUMMARY RECORDS
ACTAS RESUMIDAS

**FIRST MEETING
PRIMERA REUNIÓN**

Monday, 21 September 1998, at 9:00 a.m.
Lunes, 21 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.

Outgoing President: Dr. Roberto Tapia Conyer Mexico
Presidente Saliente: México

President: Dr. Alberto Mazza Argentina
Presidente:

ITEM 1: OPENING OF THE CONFERENCE
PUNTO 1: APERTURA DE LA CONFERENCIA

- A. *Opening of the Conference by the Outgoing President, Dr. Roberto Tapia Conyer (Mexico)*
- A. *Apertura de la Conferencia por el Presidente Saliente, Dr. Roberto Tapia Conyer (México)*

The SECRETARY said that under the Rules of Procedure for the Pan American Sanitary Conference, the presence of at least 20 countries was required for a quorum. More than 20 countries were present and seated, and therefore a quorum had been established.

EL PRESIDENTE SALIENTE explica que, debido a que su país ejerció la presidencia de la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, él tendrá el honor de presidir la reunión hasta que sea elegido el Presidente de la 25.^a Conferencia. Pide disculpas en nombre del Secretario de Salud de México, que no ha podido estar presente en esta ocasión debido a asuntos de suma importancia en el país. Seguidamente da la bienvenida a todos los delegados y declara abierta la Conferencia.

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

Dr. ALLEYNE (Director) welcomed the delegations to the Conference and extended sympathy to the countries that had been affected by Hurricane Georges. He noted that although much had changed since the first Pan American Sanitary Conference in 1902, many old problems and many new ones still remained to be solved. He trusted that the 25th Conference would be as successful as those that had preceded it.

- C. *Welcome on Behalf of the Host Country, by Dr. Donna Shalala, Secretary of Health and Human Services of the United States of America*
- C. *Bienvenida en nombre del país anfitrión, por la Dra. Donna Shalala, Secretaria de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América*

Dr. SHALALA (United States of America), referring to the election of Dr. Alleyne at the last Pan American Sanitary Conference, praised his four years of service and stated that the United States of America was proud to be supporting his re-election this year. She also said that, in the new Director-General of WHO, Dr. Gro Harlem Brundtland, the Organization had gained a leader with a clear vision and a strong voice for the most vulnerable citizens of the world. She had been particularly pleased to hear Dr. Brundtland, at the last World Health Assembly, call for a worldwide effort to end the major cause of premature death in the Hemisphere: tobacco use. The United States of America shared that commitment and was redoubling its efforts to curb tobacco use by young people. If current trends continued, about 250 million children alive in the world today would be killed by tobacco. Her Department was committed to working with PAHO/WHO and other agencies to help protect the world's children from tobacco. For example, she looked forward to working with WHO and others on the International Framework Convention for Tobacco Control.

Diseases did not respect borders or distinguish between rich and poor. There was therefore a need, as Octavio Paz, the Nobel Laureate, had said, "To join together in inventing our common future"—a healthier common future. There was need to expand worldwide access to immunization; extend health service to all; empower women and their families with economic, educational, and social rights; and eliminate violence in the home against women and children. At the same time, the global fight against infectious diseases must be escalated, and national and regional surveillance systems must be linked. Global partnerships must be forged in fighting this common cause.

Recently the world had mourned the loss of two great pioneers in the fight against AIDS, Dr. Jonathan Mann and his wife, Dr. Mary Lou Clements Mann. In their name, she called for a commitment to continue the battle against AIDS and every other disease.

The nations of the Region were united in their quest for a good life and good health for all their people.

- D: *Address of Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization*
- D: *Palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud*

Dr. BRUNDTLAND (Director-General, WHO): "After almost one century of effective action, the Pan American Sanitary Conference casts today a light of hope into the

future of international health cooperation. It is an honor for me to address for the first time this distinguished group of leaders. I come here to share my vision and also to draw inspiration from you.

Together, we are all celebrating this year the 50th anniversary of the World Health Organization. We can look back at impressive achievements, yet we enter a new century where no one could claim that our agenda was fulfilled. There is still so much to do. Our task is clear: to see to it that an effective WHO will be there to pave the way towards better health in all its Member States.

This is the fifth Regional Committee that I have attended since the beginning of this month. Harare, New Delhi, Manila, Copenhagen, now Washington and then Beirut—they all represent an extraordinary opportunity to tap experiences of health officials around the world.

To me this is key: WHO is complete—our identity intact, our course on target—only if we include the regional dimensions, if we add them up. I see this as a main challenge: to make WHO one, not seven organizations—Geneva and the six Regional Offices.

Let me take this opportunity to share with you a few issues which I believe are important to the Americas, and to share with you the process of change that I have initiated with my colleagues in the WHO Secretariat.

I will start with some observations.

My first observation relates to the need for a broad perspective on health. Important determinants of better health lie outside the health system. They include better education, a cleaner and safer environment, and sustained reductions in poverty. We simply cannot appreciate the health challenges by only focusing on the health sector.

Health workers are on the receiving front of society's problems and inequities, and are often left with dealing with the outcome of events. At the same time we know that making right and timely investments in health benefits society at large.

You, the Health Ministers, already know. Together we need to go beyond and tell the Presidents, the Prime Ministers and the Finance Ministers that they are really Health Ministers themselves.

I believe we can succeed in putting health at the center of the development agenda. Not alone, but by gathering our evidence, by matching it with that of others, by becoming better advocates, and by reaching decision-makers with a convincing case. This requires

new momentum and new methods of works. I will return in a moment to the subject of health as investment and the need for this message in particular to reach Finance Ministers and Heads of State.

My second observation concerns our need to reach out—to other UN Agencies, to other key players in health, and to civil society. The very notion of a specialized agency makes little sense in this interdependent world. The projects and work plans of WHO will put specific emphasis on these partnerships. WHO can be a stronger lead agency in health by entering into a partnership of stakeholders.

In doing so we must emphasize our comparative advantage: WHO should focus on problems that cross boundaries, on generating and disseminating a global evidence base, on promoting research that goes beyond corporate or national agendas. That is how we can really be efficient and make a difference at a country level, in our technical work and in our setting of norms and standards. That is how WHO will provide the intellectual and moral leadership required to ensure health for all.

These themes of partnership and focus apply to our work in the Americas. There are already ties of cooperation with UNICEF, UNDP, UNFPA, the World Bank and the Inter-American Development Bank, among others. Subregional trade agreements, such as NAFTA and MERCOSUR, offer important opportunities for multisectoral action for health.

They also invite us to develop better strategies for linking health and trade issues. These include conventional areas of concern, such as harmonization of occupational and environmental health standards. They also involve balancing our mandate to protect the health of people from potential hazards with the imperative to avoid using health regulations as trade barriers. And they include new areas that are increasingly becoming crucial as globalization advances, such as the trade in health-related services and products.

We must also reach out to the private sector. I have said that WHO will engage the private sector in constructive dialogue and this will be of critical importance with regard to the pharmaceutical sector. National and international drug policies should help extend access to essential drugs of good quality, safety, and efficacy. This requires strong national regulatory authority and intelligent government purchasing policies.

We are looking for the right balance. National strategies must ensure equity of access, rational use, and assured quality for existing drugs. Issues of drug financing and affordability are critical. At the same time, to meet pressing public health needs we need new drugs and vaccines. This is true for emerging diseases, but also true because of the serious threat from growing resistance to drugs for common killers such as tuberculosis, bacterial meningitis, and pneumonia. To develop new drugs we need innovative industry

research, with appropriate incentives for innovation and protection of intellectual property rights.

International organizations and Governments should address pharmaceutical issues within their areas of competence and responsibility, in order for these important issues to be handled in a satisfactory and timely manner.

It is time for an increased and ongoing dialogue between WHO and the World Trade Organization. I have scheduled a meeting with Director General Ruggiero to discuss how we can work together on ways to further both international commerce and international commitments to health.

My third observation concerns the shift in the global burden of disease from communicable to noncommunicable diseases. Latin America has been at the forefront of this transition in the developing world. But scores of developing countries are moving in the same direction, posing an exceedingly hard challenge to their health systems.

Great gains have been achieved in the fight against communicable diseases. With strong leadership from PAHO, the Region of the Americas has led the world in the eradication of polio.

But this progress must not lead to the illusion that infectious diseases are a problem of the past. What we see here, as in many other parts of the developing world, is the simultaneous presence of multiple challenges, involving both communicable and non-communicable problems.

The Region of the Americas is facing this double burden of disease and injury. Most of the countries still suffer an epidemiological backlog of common infections, malnutrition, and reproductive health problems. Without having fully solved these challenges, they are already facing the emerging problems represented by non-communicable diseases, new infections, and the mounting epidemic of injury from accidents and violence.

Violence is a particular serious challenge for Latin America. This is the region with the highest proportion of deaths and of disability-adjusted life years lost to violence. The multiple roots of this epidemic test our ability to work in a truly multisectoral way. It is a clear indication that health must be an objective shared by all society. Together with a comprehensive preventive strategy, we must be ready to offer timely health care of high quality to the victims of violence.

Why is this such a challenge? A lot boils down to the problem of inequality. Many countries in this region have experienced a process of health polarization that fractures society along economic, ethnic, and geographic lines.

In the balance sheet of our century, inequality remains as one of the largest social debts.

Contrary to common misconceptions, inequalities do not follow a simple dividing line whereby communicable diseases would be mostly the problem of the poor and non-communicable ailments would affect the rest of the populations. The brutal fact is that the poor suffer higher rates of both types of diseases.

WHO has no choice but to address the double burden simultaneously. As we continue to improve case management, we must seriously focus on controlling risk factors. And let there be no secret: by far the most important is tobacco.

Let us talk about tobacco.

Smoking is probably the single most rapidly increasing cause of death in the Americas. The years of life lost due to premature death from tobacco use will increase five-fold in Latin America between 1990 and 2020.

You are acting—and I lend you my full support. The day I took office I launched the Tobacco Free Initiative, a Cabinet project to add momentum to this critical public health struggle.

I told the World Health Assembly back in May: I am a doctor. I believe in science and evidence. Let me state it clearly: Tobacco is a killer. It should not be advertised, subsidized or glamorized. Adolescents should not be allowed to mortgage their lives to the seductive advertisements of the industry.

WHO's Tobacco Free Initiative aims at galvanizing global support for tobacco control. We need to ensure that our policy is backed by people, money and institutions, not just in Geneva but also in the Regions and within all Member States. We need to reach in and reach out to build "partnerships with a purpose" for combating this epidemic.

We need to work with the World Bank, UNICEF and the World Trade Organization, with NGOs and with civil society. Tobacco is not just another commodity. The World Bank's 1992 tobacco policy includes an important precedent by exempting tobacco and tobacco-related imports from borrowers' agreements with the Bank to liberalize trade and reduce tariff levels.

Our efforts—in the Americas and beyond—will require proper funding. We are earmarking funds for this initiative, cutting down on other activities. But WHO's limited regular budget cannot cope with this challenge alone. We will need funding from voluntary donations, governmental as well as private sector. I hope that you will take every opportunity to involve the highest levels of government and the highest levels of opinion leaders in your efforts to build on the present momentum, secure commitment, and reap the significant health and economic benefits that can be achieved from a reduction in tobacco use.

Let me turn to a topic that I know has been of particular interest to this Region. I refer to the role of health in development.

Improvements in health reflect rising standards of living and improved levels of education. Enlightened health policies, too, have allowed some countries to share the powerful potential of modern medicine and public health widely across their populations: Costa Rica's success in the 1960s and 1970s is known to us all, but many others have shown how much health conditions can improve—beyond what one might expect from income growth alone. Income growth, although important for health, shown is but one of a number of factors. Good health policies can achieve remarkable results—with the tools that science has given us today—at any income level.

Let me turn the question around: Have improved health and nutritional conditions themselves contributed to Latin America's economic performance over the past three decades?

Breaking the vicious cycle linking poverty, illness, illiteracy and malnutrition constitutes the central challenge to development policy as the new millennium dawns. Health improvements underpin any strategy for creating an upward spiral where better health improves nutrition, facilitates education, and enhances the productivity and incomes of the poor. And these gains will in turn lead to better health.

What is the evidence?

Economists now agree that investments in human resources play a critical role in economic growth and development across the globe. When they think about these investments, however, they often focus on education, and the evidence concerning education's impact is strong. Yet health, like schooling, is a form of human capital, but its role in improving productivity and economic growth has received remarkably little attention in policy and research circles. Until recently, an important initiative of PAHO and the Inter-American Development Bank is generating data and analyses that will substantially strengthen our knowledge base.

Studies carried out in many parts of the world reach an unequivocal conclusion: Health matters for economic performance. Removing financial barriers to health care matters. Assuring good quality of services matters.

The growing understanding of the deep links between health and the economy should help fuel efforts to improve health systems.

So let us move on and talk about health sector reform.

How can we build sustainable health systems that can stand the test of changing times and economic constraints? How can we ensure access to basic health services in situations where the base of public finance threatens to collapse? Many of your countries experience just that as the world economy is going through such turbulent times.

Each country must choose its own path—based on its pattern of disease, its institutions, its resources, and the needs of its people. But WHO must always be there, ready and able to assist you, and to share with you the experiences gathered through different models applied in various countries.

Recent years have witnessed the emergence of a worldwide movement for health system reform. Half a century after most current arrangements for organizing health care were set in place, we are again living through a period of innovation. Most countries seek to find better ways of facing the complex health challenges of our times.

Your Region has shown commitment to health care reform at the highest levels of political leadership. At the Summit of the Americas, held in Miami in 1994, the heads of state and government addressed this critical issue. Practically all countries in the Region are intensely involved in planning or implementing reform processes.

What goals should guide health sector reform? By what criteria should we judge success or failure? I see three concrete goals:

Measurable reduction in the huge inequities that still plague us—inequities both within and across countries; sustained, measurable reduction in the burden of disease; and universal access to efficient health services that respect the needs and dignity of each individual.

A key responsibility for Governments should be to secure access to care. Only the public sector can guarantee basic universal rights. That is a useful reminder in this year of the 50th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights as well as of our own Constitution.

The performance of market forces has enormously increased productivity in many sectors of the world economy. The health sector is also benefiting. But just as the private-for-profit sector may be good at allocating resources cost-effectively, it is seldom the key provider of primary health care or the guarantor of securing health services to the poor. Neither will it assure universal access.

We need to start a discussion on norms and standards of a “new universalism”—a new way of addressing universal coverage. This will be a major issue on the agenda of each country. Accordingly it has to be a WHO priority, and we are organizing part of our work to deal with it effectively. Everything we do should contribute to health sector development. If it does not, we should consider not engaging. The Americas have done a lot in this area, but more needs to be done.

Universal access to quality services is a bedrock principle. Governments should provide strategic leadership—through setting priorities—while accepting that there are limits to the care Governments can finance, limits that each country must decide for itself. But setting priorities and defining limits require knowledge of which efforts will make the most impact, reach the most people, and achieve the most effective results.

WHO should be there to advise you in this process. The new universalism embraces all potential contributors to better health—public sector, private sector or NGOs. Provision of government-financed service must come from the most efficient source, not necessarily from public sector providers.

In order to make health system reform a sustainable process, we must engage in a process of shared learning. Every reform experience contains valuable lessons for other countries. Systematic information on such experience is an international public good. An essential function of institutions like WHO is to mobilize international collective action to ensure that such public goods are effectively produced and disseminated.

In partnership with national policy analysis centers, multilateral development banks and bilateral cooperation agencies, PAHO has been actively involved in recent efforts to develop clearinghouses on health system reform initiatives. These efforts—and similar ones in other Regions—will allow us to learn from each other as we pursue this exciting quest for the health systems of the future.

In everything we do there is a growing need to underpin our work with solid facts. We must have the right figures—the right connection and the best evidence—not only the moral conviction that health is essential. We have created a special Cluster called Evidence and Information for Policy. This knowledge base is there for you to use—and to enrich. We will report important facts. And it is a fact that healthy people help build healthy economies.

Let me end by sharing with you some key elements of the WHO reform process.

On 21 July I took office and appointed a new senior management team at Headquarters level. We are five members from the South and five from the North, six women and four men. All WHO's Regions are represented, in a strong global team.

Together with the Regional Directors, the WHO Representatives and more than 3,500 staff, we are embarking on a process of change along the lines I presented to the World Health Assembly in May.

We must secure a greater unity of purpose in what we do. We should be very good at what we decide to do—and ready to say that we cannot do all.

We need to be able to say that WHO is one: setting its priorities as one, raising additional resources as one, speaking out as one. Let us not forget: WHO is a small organization if we measure it against its mandate—and against the scores of unmet needs. WHO is not a deliverer of health services: national and regional authorities are. NGOs, private providers and communities are. You are. It is through our combined efforts that we can make a difference.

At Headquarters, we have grouped the programs into nine Clusters, each sending a clear message of what business we are in. In the coming months, under the supervision of the Executive Directors, each Cluster will streamline its activities in order to optimize what we can do together—across the Organization and in partnership with others.

We continue to focus on communicable diseases and noncommunicable diseases. And we are moving to address the challenges of a changing world. The Cluster on Social Change and Mental Health will try to capture the health challenges from changing and aging societies, with a particular focus on the unmet needs within the field of mental health. The Cluster on Sustainable Development and Health Environment will strive to make the link between a globalized world and the strains on people's health from poverty and a growing burden on our environment.

In everything we do we have to remind ourselves: What we do in Geneva or in Washington matters very little if it does not have an impact in the countries in terms of better WHO collaboration, better pooling of knowledge, better global advocacy for health, and better resource mobilization.

Not long ago, I met with the Regional Directors for a first discussion of our common work. I see the Regional Directors as an integral part of the senior management team of the Organization and I intend to establish and maintain closer contact with them. We have started a major modernization of our information technology network which will

enable us to link the six corners of the world by the push of a button, by voice or by image in real time. There will be better communication, and there will be money saved from doing away with unnecessary travel.

I will establish more direct relations with the WHO country representatives, and in a few months, I will invite country representatives to Geneva to learn from their experience and to introduce them to the new WHO and what it has to offer, in order to strengthen the bridges to the Member States, and in particular to those in greatest need.

I will invite the Executive Board to closer contact and more focused debates on the challenges facing us. One month from now, I will meet the Board at an informal retreat to introduce the change process and share ideas on the strategic way ahead.

I will establish closer relations with the private sector by inviting industry to roundtable discussions and exchanges in order to explore what we can do in common and where our views and interests differ. And I will meet more regularly with the NGOs and define new opportunities of working together.

You know it from the numerous calls from the Governing Bodies: Member States want more relevant and tangible results from our efforts at the country level. The time has come for the Secretariat to make its response. We have initiated a fast track task force to make concrete recommendations on how we can turn the ambitious into reality.

Gradually you will see that we are changing the way we work. More of our work will be organized in projects that cut across Clusters and Regions and that frequently engage other partners. Our aims are high visibility, intensive efforts, tangible targets. We have launched two such projects since 21 July: Roll Back Malaria and the Tobacco Free Initiative, which I referred to earlier.

The bottom line is this: We need to make WHO more user-friendly, more evidence-based, for you, the Member States, who need it most, so that you can get more out of your health policies. This is a process of hope. We can do better. We will do better.

Ministers, Colleagues, Ladies and Gentlemen,

Yes, there are scores of unmet needs. But the health sector has a track record of success over the past half century; it is our mandate, yours and mine, to carry that record forward. Progress in the next century will depend on our ability to explore the potential of the human resource. We go nowhere unless we succeed in building healthy populations in healthy communities.

Science has given us powerful tools. The need now is for political, financial, and ethical commitment. Commitment and responsible use of science can aid us in our search for better ways to prevent and treat the constantly evolving disease challenges we face.

I am hopeful about the Region of the Americas. You represent the oldest regional health organization in the world. You can be proud of your achievements. Many of our concepts and practices in international health cooperation are the result of the vision and dedication of many generations of public health researchers and practitioners from the Americas. No doubt, the rest of the world will continue to look to the Americas for examples of an effective regional organization.

We can look back with legitimate satisfaction to our accomplishments. But we must also look forward to the challenges that are already with us, many of which derive from the very progress that we achieved during the 20th century. Others are the results of the agenda that we have not been able to fulfill. Still others will emerge as unprecedented problems of the future, and we must be prepared today in order to anticipate them.

These challenges are a call for action—evidence-based and value-driven. Together we can make a difference for health—today and in the times to come. Thank you.”

El PRESIDENTE SALIENTE agradece a la Dra. Brundtland sus palabras y destaca que su discurso es de gran utilidad en cuanto presenta un excelente resumen del programa de trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

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

El PRESIDENTE SALIENTE anuncia que los países propuestos para constituir la Comisión de Credenciales son Canadá, Nicaragua y Venezuela. Al no haber objeción, quedan nombrados Canadá, Nicaragua y Venezuela.

It was so decided.

Así se acuerda.

Invita a la Comisión a reunirse inmediatamente para revisar las credenciales recibidas por el Director.

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

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) informa que la Comisión de Credenciales, de acuerdo con el Artículo 26 del Reglamento Interno de la Conferencia, integrada por los Delegados de Canadá, Nicaragua y Venezuela, llevó a cabo su primera sesión el 21 de septiembre de 1998 a las 10.00 a.m. y eligió al Dr. Lombardo Martínez Cabezas, Ministro de Salud de Nicaragua, como su presidente. La Comisión procedió a examinar las credenciales entregadas al Director de la Oficina, de conformidad con los Artículos 17 y 26 del Reglamento Interno de la Conferencia, encontrando que las credenciales de los delegados de los Estados Miembros y Participantes, Miembros Asociados y Estados Observadores que se citan a continuación se presentaron en buena y debida forma, razón por la cual propone que la Conferencia reconozca su validez. Los Estados Miembros y Participantes acreditados son los siguientes: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Entre los Estados Observadores quedó acreditada España. La Comisión se reunirá nuevamente para examinar las credenciales que faltan y que se reciban.

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

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

ITEM 2.2: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE PRESIDENTS, AND
RAPPORTEUR

PUNTO 2.2: ELECCIÓN DEL PRESIDENTE, LOS DOS VICEPRESIDENTES Y EL
RELATOR

The SECRETARY said that under Rule 18 of the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference, the Conference was to elect a President, two Vice-Presidents, and a Rapporteur, who would hold office until their successors were elected.

El PRESIDENTE SALIENTE solicita la presentación de candidaturas para la Presidencia.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) commended Argentina and, in particular, the Minister of Health for Argentina, for leading the Region of the Americas in its struggle for health sector reform in terms of cost effectiveness and relevance to the needs of the

people. Argentina had managed its health sector reform so effectively that it had become a model for the rest of the Region.

In view of its example, her Delegation wished to propose Argentina for the Presidency of the Pan American Sanitary Conference.

El PRESIDENTE SALIENTE, al no haber otra candidatura, considera que la elección de Argentina en la persona del Ministro de Salud y Acción Social, Dr. Alberto Mazza, será unánime.

Decision: Argentina was unanimously elected to the Presidency of the Pan American Sanitary Conference.

Decisión: Argentina es elegida, por unanimidad, a presidir la Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Dr. Alberto Mazza assumed the Presidency.
El Dr. Alberto Mazza pasa a ocupar la Presidencia.*

El PRESIDENTE, después de dar las gracias a todos los delegados por haberlo elegido y a la Delegada de Barbados por sus palabras, dice que se encuentra muy complacido de presidir la Conferencia. Destaca el importante papel que la OPS, próxima a celebrar su centenario, ha venido desempeñando desde 1902 en el contexto de la salud de los pueblos de América, papel que se refleja en mejores niveles de cobertura y en una atención médica de mejor calidad. El proceso de reforma del sector de la salud es una necesidad impuesta por la complejidad que acarrearán los cambios tecnológicos del mundo moderno los que, a su vez, permiten alcanzar mejores condiciones sanitarias. Incita a todos los presentes a contribuir a que la Conferencia haga un aporte importante a este proceso de transformación, como ha venido haciendo la OPS en los últimos años.

Indica a continuación que corresponde elegir dos vicepresidentes y propone las candidaturas de Barbados y Honduras.

Decision: Barbados and Honduras were unanimously elected to the Vice Presidencies of the Pan American Sanitary Conference.

Decisión: Barbados y Honduras son elegidos por unanimidad a las Vicepresidencias de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE propone al Perú para la posición de Relator.

Decision: Peru was unanimously elected to serve as Rapporteur.

Decisión: El Perú queda elegido por unanimidad para servir como Relator.

ITEM 2.6: MODIFICATIONS TO THE RULES OF PROCEDURE OF THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
PUNTO 2.6: MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. JIMÉNEZ (PAHO) referred to Document CSP25/3 and recalled that in 1996 the 118th Session of the Executive Committee had proposed reviewing the Rules of Procedure for each of the PAHO Governing Bodies to modify gender-specific language.

In the course of the initial review, the Rules of the three Governing Bodies had shown inconsistencies that needed adjustment in order to reflect current practice and actual membership of the Organization.

The 39th Directing Council (1996) had agreed, at the request of the Director, to postpone consideration of the modifications until a broader review was carried out. The review had been completed and the Director had submitted the proposed amendments to the Rules of Procedure of the three Governing Bodies to the Executive Committee in June 1997.

A working party set up by the Executive Committee to study the modifications to the Rules had subsequently proposed adoption of the amendments by the Executive Committee and had asked the Committee to recommend their adoption by the Directing Council and the Pan American Sanitary Conference.

The amendments fell into several categories, including gender-neutral language, editorial clarification, reordering and changes to reflect actual membership and practice, equivalence among the different working languages, and general consistency among the Rules of Procedure of the three Governing Bodies.

The Executive Committee and the Directing Council had adopted their new Rules in 1997. In accordance with Rule 65 of its current Rules of Procedure, the Pan American Sanitary Conference was requested to consider adoption of the amended Rules by passing the proposed resolution contained in the annex to Document CSP25/3.

El PRESIDENTE dice que, al no haber observaciones por parte de los delegados, proceden a considerar el proyecto de resolución sobre el tema, que aparece en el documento CSP25/3.

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering it advisable that the Rules of Procedure of the PAHO Governing Bodies be brought in line with current practice and that similar rules for each body be consistent;

Aware that the proposed amendments to the Rules of Procedure of the Directing Council and the Pan American Sanitary Conference were thoroughly reviewed by the Executive Committee and the Working Party it established for this purpose;

Considering that the Executive Committee, by Resolution CE120.R17, and the Directing Council, by Resolution CD40.R17, adopted the modifications to their Rules of Procedure, and recommended that the Pan American Sanitary Conference adopt its amended Rules; and

Bearing in mind the provisions of Rule 65 of the present Rules of Procedure of the Conference,

RESOLVES:

1. To thank the Working Party of the Executive Committee for its comprehensive review of the Rules of Procedure of the three Governing Bodies of the Pan American Health Organization.
2. To adopt the amended Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference as they appear in the Annex to Document CSP25/3.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la conveniencia de que los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos de la OPS sean acordes con las prácticas actuales y de que los artículos semejantes en los reglamentos de cada cuerpo sean congruentes entre sí;

Consciente de que las modificaciones propuestas de los reglamentos internos del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana fueron examinadas a fondo por el Comité Ejecutivo y el grupo de trabajo formado por este para dicha finalidad;

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo, mediante la resolución CE120.R17, y el Consejo Directivo, mediante la resolución CD40.R17, aprobaron las modificaciones de sus respectivos reglamentos internos y recomendaron que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara las modificaciones de su Reglamento Interno, y

Teniendo presentes las disposiciones del Artículo 65 del Reglamento Interno de la Conferencia que está vigente,

RESUELVE:

1. Agradecer al grupo de trabajo del Comité Ejecutivo el examen integral que efectuó de los reglamentos internos de los tres Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.
2. Aprobar las modificaciones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, tal como aparecen en el anexo al documento CSP25/3.

El PRESIDENTE declara aprobada la resolución.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 2.3: ESTABLISHMENT OF A WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION
PUNTO 2.3: ESTABLECIMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIAR LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 6.B DE LA CONSTITUCIÓN DE LA OPS

The SECRETARY read out Article 6.B of the PAHO Constitution and recalled that it was the practice of the Conference to appoint a Working Party consisting of delegates of three Member States to study the application of that Rule.

El PRESIDENTE propone que los Delegados de Antigua y Barbuda, México y Uruguay sean elegidos para constituir el Grupo de Trabajo e informa que dicho Grupo contará con la cooperación del Sr. Mark Matthews, Jefe del Departamento de Presupuesto y Finanzas.

Decision: The Delegates of Antigua and Barbuda, Mexico, and Uruguay were appointed members of the Working Party.

Decisión: Los Delegados de Antigua y Barbuda, México y Uruguay quedan nombrados miembros del Grupo de Trabajo.

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

El PRESIDENTE explica que los jefes de delegación han convenido en que los Delegados de Brasil, Cuba y Estados Unidos de América se incorporen a la Comisión General.

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

Decisión: Los Delegados de Brasil, Cuba y los Estados Unidos de América quedan elegidos como miembros de la Comisión General.

ITEM 2.5: ADOPTION OF THE AGENDA
PUNTO 2.5: ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

The SECRETARY introduced the provisional agenda contained in Document CSP25/1, Rev. 1, which had been prepared in accordance with Rule 11 of the revised Rules of Procedure.

El PRESIDENTE dice que, de no haber objeciones, da por aprobado el orden del día.

Decision: The agenda was adopted.

Decisión: Se aprueba el orden del día.

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT, 1997, AND QUADRENNIAL REPORT, 1994-1997, OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
PUNTO 3.2: INFORME ANNUAL, 1997, E INFORME CUADRIENAL, 1994-1997, DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. ALLEYNE (Director) congratulated the Director-General of WHO on her moving and stimulating address and Dr. Alberto Mazza on his election as President of the Conference. He then outlined the background against which the Quadrennial Report of the Director (1994-1997) was set. The general panorama of the Americas had included political, social, and economic features that had guided and conditioned the work of the Organization in the previous four years.

In political terms, the Member States had committed themselves unreservedly to the democratic process. There had been commitment to the Free Trade Agreement of the

Americas and to open regionalism. There had been the strengthening of the MERCOSUR, SICA, and CARICOM processes. The Andean countries had renewed and revitalized their agreement to work together for the health and well-being of the peoples of the Region.

Trade among the countries of the Region had been a major consideration. CARICOM had broadened to include CARIFORUM, including other countries of the Caribbean. Those countries had also negotiated with the European Union to try to arrive at more equitable solutions to the problems besetting them.

Almost all governments in the Region had been working toward reform of the State, discussing legislative reforms and macro-economic stability, investment in basic social services infrastructure, and protection of the environment.

The economic situation at the beginning of 1994 was grounds for optimism after three years of solid economic growth. Foreign capital had flowed into Latin America, and 1994 had seen a growth of 5%, with an increase in social sector spending, even though that did not reduce unemployment.

It was evidence of the solidarity of the Region's systems that the economic crisis in Mexico and Argentina in December 1994 had not had serious effects on the rest of the Americas. In spite of an economic reversal in 1995, the countries persisted with economic reforms to balance periodic highs and lows. The years 1996 and 1997 had seen the stabilization of the regional economies to a growth rate of 3.5% in 1996 and 4% in 1997.

It was a matter of concern that the economic recovery of the Region had not been matched by a similar improvement in social health, unemployment, and income distribution. However, many of the economic advances had been made against a background of natural disasters such as El Niño, highlighting the vulnerability of the Region.

The Director congratulated the Publications Program and Dr. Navarro for the production of the new Quadrennial Report, which focused on the fulfillment of the commitments made to the Region. The introduction to the Report contained a mission statement focusing on PAHO's technical cooperation to achieve health for all in the Americas. The aim of the Report was to present an account of what PAHO had achieved and how its talents had been used. Earlier Quadrennial Reports had combined the work carried out by the Secretariat and the countries. The 1994-1997 Quadrennial Report described the extent to which the Secretariat had contributed to the health of the countries of the Americas.

Changes in health were slow. It was therefore useful to examine the impact of PAHO's efforts in advancing the health of the Region at intervals of four years. PAHO had

devoted much attention to the concept and practice of evaluation and to the development of programming instruments to measure results.

The idea of panamericanism within health underlay much of PAHO's work in the previous quadrennium. Enthusiasm for panamericanism had waxed and waned since the early years of the century, but there had recently been more sustained initiatives to develop a more genuine hemispheric agenda. Some attributed the driving force behind panamericanism to concern for trade and aid. However, global integration and the technological revolution were creating more porous national boundaries and playing a principal role in the resurgence of panamericanism. The interchange of ideas and the increasingly close ties between the rich and poor areas of the globe were encouraging a sense of the interconnectedness of peoples.

PAHO's work centered on the international dimension of health, and health had figured in every jointly undertaken panamerican initiative. The overarching problem for health continued to be inequity. The search for equity in health should address equity in terms not only of the availability of health services but of the environmental conditions that impacted on health.

PAHO continued to believe that investment in health could reduce income inequality and encourage economic growth. The panamerican approach to health was that joint action was beneficial, although that did not imply that every country must participate in cooperative alliances to the same extent.

By what token did PAHO claim leadership in the panamerican venture? Leadership did not come as a right, but needed to be earned. PAHO's leadership was based on a number of factors, namely the creation and dissemination of information, the innovations brought before Member States, the ability to anticipate trends and movements that kept the Region on the crest of social change, and evolutionary flexibility.

PAHO understood its role of Regional Office of WHO as being an integral part of a global enterprise with eyes firmly fixed on panamerican history and the entire panamerican constituency. The diversity of experience of the Americas could, PAHO believed, serve as a laboratory for the rest of the world, fortifying and enriching global action.

The Quadrennial Report described partnering for health, a concept that involved a two-way process. Achieving health for all required the orchestration of many players. PAHO was proud of its capacity to mobilize resources for the countries of the Americas. The Organization had channeled around \$400 million in extrabudgetary funds to health projects in the Region. Panamericanism was best reflected in the technical cooperation among the countries. The Report outlined a number of areas of technical cooperation among rich and poor countries, such as cooperation between Cuba and the United States of

America, Bolivia and Mexico, Peru and Ecuador, Brazil and Paraguay, Canada and the English-speaking Caribbean, and among the Caribbean countries themselves. PAHO had set up special funds to catalyze intercountry activities.

In the subregion of Central America, PAHO had supported health sector reforms, channeling \$100 million to strengthening national capabilities in human resources, equipment maintenance, physical resources, technical and scientific information, better access to essential drugs, integrated health systems, and disaster preparedness.

In the context of country-to-country collaboration, the Report also stated that many of the activities had been taken to higher levels, such as the hemispheric Summits. Country collaboration outside of the Summits had included the contributions of the Governments of Spain and the United States of America.

PAHO sought collaboration with the media to disseminate information on health maintenance and disease prevention. The Organization had also published a news magazine, created its own web site, and initiated contact with religious organizations as a means of stressing the importance of health for human well-being.

The Strategic and Programmatic Orientations set up at the beginning of the quadrennium divided PAHO's areas of activity into five sections. Under Health and Human Development, the Report outlined the commitments made and the results achieved. One important result was the publication of Basic Indicators. PAHO had developed a computerized geographic epidemiology system to map the health situation at the local, district, and national levels. Another important publication was Health in the Americas, for which two PAHO programs should be recognized: Health Situation and Trend Analysis, led by Dr. Carlos Castillo, and Publications, led by Dr. Judith Navarro.

PAHO had continued to strengthen links with parliaments and elected representatives, as well as becoming more proactive in seeking out collaborating centers.

One area of particular concern to PAHO was prevention and control of domestic violence, one of the most egregious manifestations of discrimination in existence. Public health tools at PAHO's disposal could contribute partly to the solution of the problem, which should not be left purely to the criminal justice system. In at least one project, PAHO had set up community networks to prevent violence against women and provide health care to those abused. Research in that area would continue.

The Report explored the nexus among health, development, and tourism and the importance of recognizing the connection between the health of the peoples and that of the environment.

In disease prevention and control, one of the most dramatic achievements had been in the area of immunization. Polio had been eradicated in the Americas, and the campaigns to increase coverage of pertussis and measles were under way. The Organization was committed to seeing the Region certified free of measles by the year 2002. The immunization programs of the Region had been greatly supported by the First Ladies of the Region. Integrated management of childhood diseases also accounted for a dramatic reduction in deaths from diarrheal diseases, acute respiratory infections, and malnutrition. Emerging and reemerging diseases was an area of considerable concern. Argentina, Chile, and the United States of America had collaborated with centers to assist PAHO in dealing with the outbreak of the hantavirus syndrome. It was to be noted that Chagas' disease had also been eliminated in parts of the Hemisphere, and that Uruguay had managed to interrupt the transmission of pertussis within its borders.

AIDS continued to be a major concern in the Hemisphere. A technical group set up for horizontal cooperation in AIDS had stimulated nongovernmental action against the disease. There were still considerable risks from noncommunicable diseases, such as cervical cancer and diabetes, in the Region.

The food safety program continued to be of importance on account of both the probability of disease transmission and the attendant economic factors. Revenue from food exports from the Americas totaled around \$8.5 billion per year. Where PAHO had been able to assure the physical protection of food from rats in one area of the Region, plague had been controlled and sometimes even eradicated. In veterinary public health, the eradication of foot-and-mouth disease from large areas of the southern continent had been a major achievement resulting in a trade advantage of millions of dollars to the countries concerned.

In supporting the development of health systems and services, the focus had been on reform and strengthening the capacity of ministries of health to carry out their normative role. Laboratory and blood bank services standards were set out in the Report. It was hoped that in the future all blood supplies in the Region would be safe.

An important but sometimes overlooked area of public health improvement was oral health. The effect of PAHO's salt fluoridation program had resulted in dramatic reduction of dental caries in children, particularly in Jamaica (86%).

The Report also made reference to the need for networking to prepare for emergencies and relieve disasters.

The commitment to promotion and protection of public health involved social capital as an important ingredient of economic growth. PAHO had also worked assiduously in the areas of health of adolescents, tobacco, drugs, and alcohol abuse. In environmental

health, 1995 had seen the development of a Pan American Charter that formed the template for many of the activities carried out in the countries of the Region.

PAHO was also participating in a worldwide movement based on rethinking the role of governments and the process of UN reform at the country level.

Finally, the Report outlined some of the work carried out in reviewing and restructuring budget, finance, and general administration practices, with the result that PAHO had some of the lowest administrative costs of all the international organizations. Of the resources available to the Organization, over 80% were spent on technical cooperation with the Member States. PAHO's budget was small but, although over 45% of the total budget came from extrabudgetary resources, PAHO would never accept funds that did not target the priorities set up by the countries. With regard to personnel, the number of full-time international civil servants had continued to fall, but the Organization had managed to reinforce staffing by imaginative approaches to human resources; 75% of staff working for the Organization were working at the country level because PAHO had become a decentralized organization.

There had been considerable administrative innovations in personnel evaluation, an increase in the number of women professionals hired, reduced costs in providing corporate information, and cost recovery from the sale of PAHO publications.

The Report detailed activities carried out by PAHO in support of and with the support of the countries. The Director urged the countries to use the Report as proof of the work of the Organization and what had been accomplished with the resources provided by the Member States.

El PRESIDENTE felicita al Director por su informe, que refleja fielmente la labor realizada con éxito por la Organización en los últimos cuatro años para prestar cooperación a los países.

El Dr. PICO (Argentina) felicita también al Director por la calidad de su informe cuatrienal, cuyo contenido es en cierto sentido un llamado a la reflexión sobre cómo han evolucionado la Región y la OPS, superando los inconvenientes propios de todo sistema abierto y complejo, fuertemente relacionado con el ambiente y bajo la influencia de factores políticos, económicos, sociales y culturales externos al sector de la salud. Hace hincapié en la labor conjunta de todos los países, que ha permitido consolidar una región con su propio perfil pese a los problemas del medio, a las debilidades y virtudes del sistema, al pluralismo ideológico, a las diferencias geográficas y a las distintas estructuras organizativas de los países.

Del informe se deduce que los países deben sentirse orgullosos de la OPS, que tanto ha contribuido a mejorar la calidad de la vida y la salud de los pueblos de las Américas y que, en el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas acordadas, ha sido promotora de los procesos de cambio del sector de la salud, el que todavía hay que profundizar. Agradece el apoyo dado por la Organización a su país, que a su vez se siente comprometido a seguir ayudándola a mejorar sus procesos técnicos y administrativos. Argentina también se compromete a fortalecer los mecanismos de articulación, coordinación y complementación con los demás países y espera que las representaciones de la OPS fortalezcan su colaboración con los ministerios de salud, adaptándola aún más a las necesidades locales, y que se incremente la cooperación técnica horizontal entre países con problemas, realidades sanitarias y raíces culturales comunes en el marco de un auténtico panamericanismo.

Dr. SATCHER (United States of America) noted that the Quadrennial Report of the Director reflected the strong partnerships and vision for health shared by the countries of the Americas, as exemplified by the Summit of the Americas, the Initiative for Health in Central America, and the Regional System for Vaccines. Much still remained on PAHO's public health agenda, including the issues of an aging population, the emergence and re-emergence of infectious diseases, the increasing incidence of chronic diseases, and the health challenges of the Region's special populations, including women, minorities, and adolescents. The development of priorities and the tackling of new public health issues had to reflect an environment of continuing change and would represent a shift in focus for PAHO and other multilateral organizations. It was important to make maximum use of technical cooperation and the limited financial resources available, especially through partnerships between PAHO and other interested agencies.

The vision put forward by Dr. Brundtland for the future work and achievement of the World Health Organization would serve as an important guide for the six Regional Offices.

El Dr. RODAS (Ecuador) felicita al Director por su informe tan concreto, que revela los logros de la Organización bajo su mando. Destaca que el concepto de panamericanismo, la mejora de los indicadores de salud a pesar de tantos desastres naturales y la visión del futuro están claramente revelados en el informe. Agradece el apoyo que siempre ha dado la Organización al Ecuador, así como su constante atención a las necesidades del país y a las disposiciones locales, regionales y nacionales, en los niveles operativo, gerencial y ejecutivo. Señala ejemplos de apoyo concreto que han culminado en el Ecuador en políticas de Estado propicias para elaborar un plan nacional de salud partiendo del nivel local. La OPS también está apoyando a su país en desarrollar un concepto integral e integrado de la medicina, que comprende tanto lo preventivo como lo curativo, la educación para la salud y la creación de ambientes saludables. A continuación expresa que, al igual que no es posible hablar de progreso y desarrollo de un país sin

considerar la salud, tampoco es posible hablar de la salud sin destacar su relación con la alimentación, la educación, la vivienda, la comunicación, la producción y el trabajo, la recreación, etc. Por último menciona la importante labor que el Ecuador está haciendo en la provincia de Loja, fronteriza con el Perú, en estrecha colaboración con las autoridades de este país vecino a fin de conseguir que la salud sea un puente para la paz.

El Dr. MARINKOVIC (Bolivia) felicita al Director por su informe y su labor y le agradece el respaldo y apoyo que siempre ha dado a su país, especialmente en la implementación de su plan estratégico de salud y en su proceso de reforma del sector sanitario. También apunta a la necesidad de seguir cumpliendo con las tareas que falta realizar, quizás con mayor decisión, y con la OPS desempeñando un papel más protagónico en ese proceso. Señala la importancia de hacer entender a quienes manejan las finanzas nacionales que los recursos destinados al sector de la salud representan una inversión y no un gasto. En el marco de este proceso de concienciación, la OPS debe apoyar las actividades de las instituciones subregionales en los países andinos, coordinando las actividades que realizan estos países como parte del Convenio Hipólito Unanue.

Para terminar, alude a los logros alcanzados y a lo que queda por hacer, entre otras cosas, acelerar la eliminación de la falta de equidad en la Región y hacer ver a las transnacionales farmacéuticas los problemas que provocan en las economías nacionales y sobre todo en el sector de la salud.

M. AISTON (Canada) félicite le Directeur et souligne que les quatre dernières années ont été marquées par une amélioration de l'état de santé des habitants des Amériques. L'OPS a joué un rôle important dans cette amélioration et le Canada est heureux de constater le rôle directeur de l'OPS dans la facilitation de la coopération technique entre les pays.

De plus, un certain nombre de pays ont accompli des progrès notables dans la mise en application de stratégies pour améliorer la santé et ont pris des mesures pour empêcher l'apparition ou la réapparition des problèmes de santé. L'OPS a participé à un certain nombre de ces activités en offrant au Etats Membres une expertise technique et en leur fournissant des exemples des meilleures pratiques empruntées à d'autres pays de la Région. Le Canada estime que des progrès sensibles ont été réalisés dans le domaine de la santé.

Mr. Aiston, continuing in English, then proceeded to comment on areas mentioned in the Report, starting with health systems and services. In the last four years Canada had shifted the emphasis of its public health institutes from a predominantly hospital-based approach to a more community-based approach. The provincial governments were re-examining the way health services were provided, and in some the decentralization process was completed. There continued to be a commitment to maintain a publicly funded and

managed health system, which he believed was the only approach that would ensure equitable access to health service. Health was not a commodity; it was a right.

He was pleased to see the continued emphasis on equity, an area in which Canada intended to work with PAHO and other countries.

With regard to the provision and use of health information, Canada had begun to establish a health information highway which would link users and all parts of the health system. A ministerial council on health information structure had been formed to ensure that the public, as consumers and participants, would be the key beneficiaries of this initiative.

With respect to assessing and managing risks to health, the good work done by the Organization in the areas of immunization, environmental health, food safety, and disease surveillance, inter alia, had had a marked impact on reducing risk in the Region. Canada would continue to improve its national programs in that regard.

Canada would give its support financially, in the form of technical expertise, and through the Governing Bodies of the Organization, to the priorities in the program that had been laid out. He was aware that WHO initiatives would not always respond to the needs of the Region, which had its particular history, conditions and needs. Accordingly, he called for a teamwork that respected not only the communality but also the diversity between nations.

El PRESIDENTE dice que se levanta la sesión de la mañana y seguirán con las intervenciones sobre este tema en la sesión de la tarde.

*The meeting rose at 12:25 p.m.
Se levanta la reunión a las 12.25 horas.*

**SECOND MEETING
SEGUNDA REUNIÓN**

Monday, 21 September 1998, at 2:30 p.m.
Lunes, 21 de septiembre de 1998, a las 2.30 p.m.

President/Presidente: Dr. Alberto Mazza Argentina

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

El Dr. MAZZA (Presidente de la Comisión General) informa que, bajo la dirección del Presidente de la Conferencia Sanitaria Panamericana y con la participación de los dos Vicepresidentes, el Relator y los Delegados del Brasil, Cuba y los Estados Unidos de América, la Comisión celebró su primera reunión el lunes, 21 de septiembre de 1998, a las 12.30 p.m.

Como resultado del debate, la Comisión General acordó lo siguiente: las horas de trabajo de la Conferencia serán de 9.00 a.m. a 12.30 p.m., y de 2.30 p.m. a 6.00 p.m.; los idiomas oficiales de trabajo de la Conferencia serán español, francés, inglés y portugués; se decidió el orden de la consideración de los temas, y que se distribuirá en el documento titulado *Programa de reuniones (CSP25/WP/1)*; la Comisión General tendrá su próxima reunión el miércoles, 23 de septiembre de 1998, inmediatamente después de la reunión matutina.

La Comisión General tomó nota de las elecciones para los distintos comités, que se llevarán a cabo la mañana del miércoles. Se decidió sugerir que cuando hubiera más candidaturas que puestos vacantes, como era el caso del Comité Ejecutivo, y a fin de agilizar la elección, los candidatos consideraran la posibilidad de llegar a un acuerdo antes de que se iniciara el proceso de elección. Asimismo, a fin de agilizar el proceso electoral, cuando las candidaturas se hubieran anunciado con anterioridad, no habría necesidad de pasar por el proceso de presentación de candidatos y los nombres de éstos se anunciarían por el Secretario. El Presidente procedería entonces a preguntar si había otros candidatos o si se deseaba retirar alguna candidatura.

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

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

- ITEM 3.2: ANNUAL REPORT, 1997, AND QUADRENNIAL REPORT, 1994-1997, OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU¹ (*conclusion*)
- PUNTO 3.2: INFORME ANNUAL, 1997, E INFORME CUADRIENAL, 1994-1997, DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA¹ (*conclusión*)

Dr. YUNES (Brasil), diz que a Delegação do Brasil gostaria de felicitar o Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde por seu informe e expressar sua satisfação com a forma pela qual o Dr. Alleyne vem conduzindo a gestão atual da Organização Pan-Americana da Saúde. Na nossa avaliação, o Dr. Alleyne tem sabido reformular e atualizar a Organização com muito equilíbrio e eficiência, de modo a enfrentar os novos desafios que se têm apresentado à saúde pública nos dias atuais na Região das Américas. Sua persistência em atingir metas ambiciosas, como a promoção da equidade, entre outras, na tentativa de reduzir as desigualdades em saúde que ainda se observam na Região, bem como a adoção de iniciativas corajosas e inovadoras para ajustar o trabalho da Organização às atuais demandas dos países, merecem nosso reconhecimento e apreço, e justificam nosso desejo de que o atual esforço de direcionamento que vem sendo imprimido às atividades continue nos próximos anos.

Um dos aspectos que nos parece central no trabalho do Dr. Alleyne é a diretriz de descentralizar as ações, fortalecendo os países e os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde, por entendermos que se trata de uma estratégia apropriada, que valoriza as capacidades nacionais e estimula a formação de redes de cooperação entre países que compartilham problemas semelhantes. Para assegurarmos-nos de que este trabalho possa avançar com sucesso, apoiamos, com confiança e entusiasmo, a reeleição do atual diretor. Estamos certos de que a Região das Américas como um todo só terá a ganhar com a liderança de um novo mandato do Dr. Alleyne.

No caso específico do Brasil, a cooperação que vem sendo concedida pela Organização Pan-Americana de Saúde é condizente com as políticas e programas em andamento no país e um instrumento que consideramos extremamente valioso para completar o esforço nacional destinado a aprimorar continuamente a atenção prestada à população brasileira pelo setor saúde. O conteúdo e as modalidades de cooperação são, efetivamente, compatíveis com as necessidades que identificamos no país e nos têm ajudado substancialmente. Essa colaboração vem, inclusive, se expandindo nos últimos anos e a tendência é que continue a crescer, não só pelo apoio altamente qualificado que a OPAS oferece, mas também pelo interesse da Organização em buscar novos caminhos

¹ At the request of the Delegations of Antigua and Barbuda, Mexico, and Venezuela, their respective written reports are incorporated in these records in the Annex.
A solicitud de las Delegaciones de Antigua y Barbuda, México y Venezuela, sus respectivos informes escritos se incorporan a estas actas en el Anexo.

para ampliar o alcance de ações conjuntas mutuamente vantajosas. A utilização do fundo rotatório para aquisição de vacinas e a necessidade de criação de um mecanismo similar para compra de insumos estratégicos nas ações de saúde pública servem para ilustrar essas novas possibilidades.

Por todas as razões apontadas, aproveitamos para reafirmar o apoio da Delegação brasileira à recondução do Dr. Alleyne ao cargo de Diretor da OPAS, no qual, ratificamos, tem-se destacado pelo seu desempenho, e que certamente resultará em benefícios concretos importantes para toda a Região.

El Dr. DOTRES (Cuba) felicita al Director por el informe presentado y encomia los esfuerzos desplegados por la OPS bajo el espíritu del panamericanismo. Subraya, sin embargo, que el problema predominante en la Región es la inequidad, la cual se expresa por el deterioro de algunos indicadores de salud. A título de ejemplo, menciona que el incremento de las tasas de mortalidad infantil significa que cada año mueren en el continente 350.000 niños antes de cumplir un año de edad. En consecuencia, la OPS debería hallar fórmulas para resolver los problemas de la pobreza y la inequidad en los países. En este contexto, critica las corrientes privatizadoras exageradas surgidas al amparo de un neoliberalismo desenfrenado, que a veces llevan a los Estados a transferir su autoridad y responsabilidad en materia de sanidad a entidades que se rigen por criterios reduccionistas y mercantilistas. Por último, destaca la importancia decisiva de la cooperación técnica en el ámbito de la salud y señala que ésta debe adoptar una forma innovadora, ágil, oportuna y bien dirigida, en conformidad con los tiempos actuales.

Hon. Samuel AYMER (Antigua and Barbuda) noted that his Delegation had submitted to the Secretariat a brief written report on advances and failures of Antigua and Barbuda in the field of health over the 1994-1997 quadrennium. Any successes the country had achieved were due in no small measure to the assistance and technical cooperation it had received from PAHO in the framework of a relationship that could truly be described as a partnership. His Delegation congratulated the Director for an excellent quadrennial report. The report reflected a keen understanding of the history and development of health in the Region, an awareness of the economic, social, and political dynamics in the Member States, and a recognition of the impact of globalization. At the same time, it reflected a pluralism that took account of ethnic, economic, and cultural differences and of the multidimensional nature of the issues PAHO was called on to address. The report also clearly defined the role of health in the current randomized, turbulent environment, and it addressed the managerial, structural, and functional issues that provided an enabling environment for the Organization's work. Finally, the report provided hope for the future under PAHO's continued leadership in moving the Region in the right direction into the new millenium.

Hon. John JUNOR (Jamaica) added his Delegation's congratulations to the Director and the staff of the Organization for the leadership provided by PAHO during the quadrennium and for the vision that had guided its work. That vision had made it possible to weld together a disparate group of countries and had enabled them to work together to solve common problems. Jamaica had benefited especially from the Organization's programs in the areas of health promotion, healthy environment, and health reform. Despite the notable progress of the previous four years, however, many challenges remain. Poverty was still the biggest sickness in the world, and PAHO's continued efforts to call attention to that fact would be critical in addressing the issue. Jamaica also congratulated Dr. Brundtland for the direction in which she was steering WHO and pledged its continued support for the work of both WHO and PAHO.

El Dr. GALVIS (Colombia) felicita al Director por su extraordinaria presentación del informe cuadrienal, reconoce la ausencia anterior de su país por voluntad del pasado Gobierno, y manifiesta que la OPS es una organización necesaria para integrar voluntades y resolver los problemas de los países de las Américas. Por ello, quiere solicitar el apoyo de todos para Colombia, un país convulsionado por una lucha fratricida, en donde se han generado emigraciones hacia las grandes ciudades, en cuyos cinturones marginales las necesidades están insatisfechas en casi un 35%, es decir, que viven en extrema pobreza. Ello genera el peor fermento, que es la violencia. El problema no es el alcohol, ni el tabaco, ni el juego, sino el cambio de hábitos y los estilos de vida. Hay que generar educación, vivienda, salud y trabajo, como prioridades importantes, a fin de lograr unos municipios saludables y de vivir en paz y tranquilidad.

El Dr. FIGUEROA (Chile) felicita a la Dra. Bruntland por su reciente elección como Directora General de la OMS y celebra que en ella se reconozca la gran contribución de las mujeres en la esfera de la salud. Felicita al Director por el informe presentado y por la manera sobria y profesional con que ha dirigido la Organización, así como por el interés que ha puesto en lograr la equidad, a fin de que todos los habitantes del continente americano tengan un acceso digno y oportuno a servicios sanitarios de calidad. En el informe presentado se puede apreciar la capacidad del Director para armonizar propuestas diversas y formular políticas sanitarias bien acogidas por los Estados Miembros. Hay que destacar también el gran apoyo que el personal, cuya dedicación y profesionalismo son conocidos, ha prestado al Director en su labor.

Un tema importante abordado en el informe es el de la cooperación técnica, indispensable para seguir avanzando en el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos americanos. En consonancia con la Declaración de Santiago y la intervención del Presidente de Chile, Sr. Eduardo Frei, en ocasión de la reciente Cumbre de las Américas, su país desea que el tema de la salud ocupe un lugar destacado en el orden del día de la próxima Cumbre, que se celebrará en el Canadá a comienzos del tercer milenio.

Manifiesta su preocupación por que los problemas económicos que se han producido en Asia repercutan en el continente americano y desencadenen otra crisis que ponga en riesgo la prestación de los servicios básicos de salud, cuya demanda no cesa de aumentar. Por ello, exhorta a todos los países a adoptar medidas para proteger los servicios sociales básicos ante esa eventualidad. Por último, dice que su país también está a favor de que el Dr. George Alleyne sea reelegido para un nuevo período como Director de la Organización.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) added her Delegation's congratulations to Dr. Alleyne for his quadrennial report, which was excellent in both appearance and content. Barbados was pleased that the Director had succeeded in thoroughly reforming and transforming the Organization without changing its essential nature. Under his leadership, PAHO had become even more responsive to the needs of the countries. Barbados was also pleased with the institutional reforms that had been introduced, in particular the recruitment or promotion of large numbers of women to high-level posts. Dr. Alleyne had stressed the idea of partnerships, and PAHO had indeed been a wonderful partner with the Caribbean, helping the countries to deliver the kinds of programs and services that they wanted to offer and that their people demanded. At the same time, however, the Organization had allowed the countries to take full ownership of their programs and health systems.

Her Delegation welcomed PAHO's recognition of the power and influence of the church and its incorporation of the church as a partner in promoting health. The Organization had also made very effective use of information as a tool for planning and development of health policy, and the benefits of its activities in that area had extended to the country level. PAHO's efforts to highlight the nexus between health and the environment were of particular relevance to the Caribbean island nations given their economic dependence on tourism, which in turn depended on the preservation of a healthy environment.

Over the years there had been increasing cooperation among the countries of the Caribbean and among countries throughout the Region. Barbados was encouraged to find that the countries were increasingly relying on each other for guidance and technical expertise rather than continuing to look to the North for the resolution of their problems. Such partnerships were being actively promoted in the context of the Caribbean Cooperation in Health. As the countries moved forward toward the achievement of health for all, they would be faced with many challenges: new diseases, old diseases that were re-emerging, and chronic diseases that were increasing, compounded by economic difficulties resulting from the international financial situation. Nevertheless, they could look to the future with confidence that the partnerships that had been forged and the accomplishments that had been made would prepare them to confront the challenges that lay ahead.

Finally, the Barbadian Delegation wished to welcome the Director-General of WHO to the Region, and looked forward to continued collaboration with both Dr. Brundtland and with the distinguished Director of PAHO.

La Dra. HUNG (Venezuela) felicita al Director por la labor realizada durante los últimos cuatro años, durante los cuales se han emprendido actividades innovadoras que han ofrecido opciones para transformar los sistemas de salud de los países de la Región. Dichas actividades se han fundamentado en una sólida base técnica que ha permitido aumentar la eficiencia en el campo de la cooperación en salud. No obstante, es preciso garantizar que el trabajo que se lleva a cabo esté respaldado por una voluntad política sólida, el diálogo fecundo y la sensibilidad intelectual necesaria, requisitos vitales para diseñar proyectos de salud y desarrollo integrales basados en la participación activa.

Uno de los principales retos que afrontan los países de la Región es la equidad y, para alcanzarla, es necesario canalizar todos los esfuerzos a través de la cooperación técnica en salud. En los cuatro años precedentes, la Organización ha demostrado seguir la dirección acertada y ejercer el control que precisa la consecución de los objetivos marcados.

La Dra. RIVAS (Uruguay) señala que, como se indica en el Informe Cuadrienal del Director, al prestar cooperación en salud es sumamente importante preservar las pautas y los valores culturales de los países. Por otra parte, se debe analizar si las políticas de salud de los países han de contemplarse de forma global o si es preferible proceder de forma diferente. Por último, destaca el papel decisivo que ha desempeñado la Organización en la resolución de algunos problemas de INCOSUR y en facilitar algunas actividades de MERCOSUR.

El Dr. LECHTIG (Observador, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) felicita al Director por los avances realizados y a la Dra. Brundtland por sus acertadas observaciones. Considera fundamental mantener la integridad del tejido social: los niños, la familia, la mujer y la comunidad, y señala que la pregunta que ha de formularse es cómo pueden participar la familia y la comunidad en los servicios de salud o, en otras palabras, cómo conseguir que dicho tejido social se convierta en el sustento de los servicios de salud entendidos como el elemento clave de su proceso de desarrollo.

La ausencia de los servicios de salud necesarios, la guerra y la pobreza violan los derechos de todas las personas y, especialmente, los de las mujeres y los niños. Estos últimos son los seres más vulnerables como se constata, por ejemplo, en periodos de ajuste económico o durante desastres climáticos.

Se ha logrado situar a los niños y las mujeres en un lugar central, tanto de la formulación de políticas nacionales como de políticas de cooperación internacional en

salud, lo cual se ha traducido en diversas líneas de acción. Entre ellas cabe destacar las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia para el año 2000 y los planes a corto plazo que se diseñarán en la Conferencia Ministerial sobre Política Social e Infancia, que se celebrará en Lima del 25 al 27 de noviembre de 1998, con objeto de acelerar la consecución de los objetivos pendientes.

Dr. ALLEYNE (Director) thanked the delegates for their comments and words of encouragement. He was pleased that the report had been so well received, but at the same time he was encouraged by the delegates' recognition that many problems remained to be addressed and their sense that the work that PAHO had accomplished in the preceding four years would help in the solution of those problems. On behalf of the staff, he pledged the Organization's continued support for the health programs that the countries were putting in place.

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

PUNTO 3.1: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

El Dr. FIGUEROA (Presidente del Comité Ejecutivo) presenta el informe sobre las actividades del Comité Ejecutivo y sus diversos subcomités entre septiembre de 1997 y septiembre de 1998. Durante ese período, se celebraron la 121.^a y la 122.^a sesiones del Comité y el Subcomité de Planificación y Programación celebró su 29.^a y 30.^a sesiones. La 121.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud el 26 de septiembre de 1997. La sesión contó con la asistencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. También estuvieron presentes observadores de Argentina, Canadá, Estados Unidos de América y Venezuela.

Se eligió a Chile para ocupar la presidencia de la 121.^a y la 122.^a sesiones. Para la vicepresidencia se eligió a Bahamas y para la relatoría, al Paraguay. Se eligió al Ecuador para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de El Salvador en el Comité Ejecutivo, y se eligió a Antigua y Barbuda para formar parte del Comité Permanente de No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Saint Kitts y Nevis en el Comité Ejecutivo.

Como es costumbre, el Comité efectuó un análisis completo del proceso y contenido del 40.º Consejo Directivo y examinó las resoluciones aprobadas por éste que tenían particular interés para el Comité Ejecutivo. En general, el Comité estimó que la sesión del Consejo Directivo había sido muy productiva y eficaz. Sin embargo, se sugirió que, en el futuro, debería tratarse de que se siguiera más estrictamente el horario y el

programa de reuniones aprobados. El Comité hizo varias recomendaciones para acrecentar la eficiencia de las sesiones futuras del Consejo Directivo; en particular, recomendó que, al elaborar el orden del día de las sesiones del Subcomité de Planificación y Programación y del Comité Ejecutivo, se tuviera presente la necesidad de limitar el número de puntos incluidos en el orden del día del Consejo.

Además, el Comité fijó las fechas y los temas propuestos para la 29.^a y la 30.^a sesiones del Subcomité de Planificación y Programación, la 122.^a sesión del Comité Ejecutivo y la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité adoptó seis decisiones, las cuales se reflejan, junto con una síntesis de las deliberaciones, en el informe final de la 121.^a sesión.

La 122.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 22 al 25 de junio de 1998. Contó con la asistencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. En calidad de observadores estuvieron representantes de: Bolivia, Canadá, Cuba, España, Estados Unidos de América, Francia, Jamaica, Uruguay y Venezuela. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y cuatro organizaciones no gubernamentales.

El Comité Ejecutivo nombró a los Delegados de Chile y de Bahamas para que lo representaran en la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, y seleccionó al Delegado de México para suplir a Chile y al de Antigua y Barbuda para suplir a Bahamas. También aprobó el programa provisional de temas de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se presentaron al Comité informes del Subcomité de Planificación y Programación y del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración.

Con relación al Subcomité de Planificación y Programación, la Dra. Merceline Dahl-Regis, quien presidió la 30.^a sesión del Subcomité en representación de Bahamas, informó sobre la 29.^a y la 30.^a sesiones del Subcomité de Planificación y Programación. En las dos sesiones el Subcomité trató nueve puntos que posteriormente se incluyeron en el orden del día del Comité Ejecutivo, a saber: prevención y control del consumo de tabaco; salud de las personas de edad; hantavirus; orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002; la cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI; cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño; población y salud reproductiva; programa de publicaciones de la OPS; y anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001. Casi todos esos puntos serán examinados también por la presente Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Subcomité consideró asimismo los siguientes puntos que no se transmitieron al Comité Ejecutivo: vigilancia y prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos; comunicación y salud, salud y turismo; mitigación de desastres en los establecimientos de salud y bioética. En los informes finales de la 29.^a y la 30.^a sesiones del Subcomité pueden consultarse los resúmenes de las ponencias y los debates sobre los temas antedichos.

Se presentó al Comité Ejecutivo una ponencia sobre hantavirus. El Dr. Gabriel Schmunis, Coordinador del Programa Enfermedades Transmisibles de la OPS, describió algunas de las actividades emprendidas por la Organización para ayudar a los países a combatir el síndrome pulmonar por hantavirus, que se había presentado en forma de brotes epidémicos en el sudoeste de los Estados Unidos de América en 1993, en el Canadá en 1994, y en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay entre 1995 y 1998. Para marzo de 1998, se habían confirmado en la Región más de 400 casos.

En vista de la gravedad de la situación, el 40.^o Consejo Directivo aprobó una resolución en septiembre de 1997 por la cual exhortó a los Estados Miembros a que fortalecieran los esfuerzos de cooperación y promovieran —por medio de actividades de información, educación y comunicación— la adopción de buenas prácticas de saneamiento ambiental. La resolución también solicita al Director de la OPS la creación de un grupo de estudio para formular recomendaciones sobre vigilancia, diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por hantavirus. El grupo de estudio se reunió en marzo de 1998.

La OPS ha proporcionado ayuda técnica a diversos países en respuesta a los brotes y ha patrocinado investigaciones para caracterizar el virus e identificar el reservorio. Además ha apoyado proyectos de cooperación técnica entre países en áreas como el diagnóstico, vigilancia, estudio de los roedores, producción de reactivos y capacitación para el diagnóstico. Asimismo, la Organización ha proporcionado apoyo a la producción y distribución de guías técnicas sobre el hantavirus.

Para seguir respondiendo a las necesidades de los países, la Organización continuará fortaleciendo los mecanismos de vigilancia cooperativa entre países, promoviendo actividades de información, educación y comunicación, y apoyando la transferencia de tecnología y la capacitación para el diagnóstico y tratamiento del síndrome pulmonar por hantavirus. También proporcionará apoyo para la producción regional de los antígenos necesarios para el diagnóstico de las infecciones por hantavirus y para investigaciones específicas en las esferas definidas por el grupo de estudio.

En el debate acerca de este punto del orden del día, el Comité destacó el hincapié que se había hecho en la cooperación regional, dada la naturaleza continental del problema. Se recalcó que la vigilancia constante, la atención a la prevención y el

saneamiento ambiental, la educación sanitaria y la información eran claves para evitar problemas de salud pública como la infección por el hantavirus.

El Comité Ejecutivo consideró asimismo diversos asuntos administrativos y financieros, entre ellos los informes sobre el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y Mantenimiento y Reparación de los Edificios Propiedad de la OPS, así como edificios de las oficinas de campo de la OPS. El Sr. Eric Boswell, Jefe de Administración de la OPS, informó al Comité sobre el estado de un proyecto en tres etapas para mantenimiento y reparación del edificio de la OPS en Brasilia, así como las obras en el edificio de la sede de la OPS en Washington, D.C. para reemplazar el calafateo de los ventanales de vidrio de la pared exterior y reparar el techo de la sala de máquinas, a fin de remediar un problema persistente de filtración de agua. Finalmente, el Sr. Boswell informó al Comité que el Director había decidido asignar US\$ 1,4 millones de los ingresos extrapresupuestarios para cubrir el costo de instalar calderas y compresores nuevos en el edificio de la Sede.

Por medio de la resolución CE122.R14, el Comité aprobó que la suma de \$550.000 del Fondo de la OPS para bienes inmuebles se empleará para costear la fase final del proyecto del Brasil y las reparaciones del edificio de la sede de la OPS.

En otros asuntos administrativos, la Dra. Diana LaVertu, Jefa de Personal, describió varios cambios del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana cuya introducción se proponía, y que eran congruentes con las modificaciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS y se consideraban necesarios de conformidad con las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, basadas a su vez en las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. Las modificaciones fueron aprobadas por el Comité mediante la resolución CE122.R8.

Como es habitual, un representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS hizo una presentación al Comité Ejecutivo. La Presidenta de la Asociación, Sra. Luz María Esparza, declaró que el Director había decidido crear el puesto de mediador en la OPS, lo cual, en opinión de la Asociación de Personal, tendría consecuencias positivas en la vida de la Organización. El Comité Ejecutivo reconoció la inestimable aportación del personal a la labor de la OPS. Sin embargo, reiteró el punto de vista que había expresado en su 120.^a sesión del año precedente en el sentido de que no era adecuado que el Comité Ejecutivo interviniera directamente o pretendiera influir en las decisiones relativas a la dirección interna del personal; de ello no obstante, se debía mantener informado al Comité sobre dichos asuntos. El Director manifestó que colaboraría con la Asociación de Personal para determinar cómo proceder en cuanto a la decisión de crear el cargo de mediador. También respondió a las inquietudes planteadas por la Asociación con respecto a la existencia de diferentes sistemas de contratación y el nuevo sistema de evaluación del

desempeño del personal de la Organización. En el informe final de la 122.^a sesión puede consultarse un relato más detallado del debate en torno de la intervención de la representante de la Asociación de Personal.

ITEM 5.1: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS
PUNTO 5.1: INFORME SOBRE LA RECAUDACIÓN DE LAS CUOTAS

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) summarized the report that had been presented by Mr. Mark Matthews, Chief of the Department of Budget and Finance, at the 122nd Session of the Executive Committee. Of the \$124 million in total contributions that had been due on 1 January 1997, \$72 million had been received during 1997, resulting in a balance due of \$52 million as of 31 December 1997. Payments on those arrears received from 1 January to 12 June 1998 had amounted to \$34 million, or 65%. Mr. Matthews had also reported that additional payments totaling more than \$1.37 million had been received since 12 June 1998.

As of June 1998, six Member States had paid their 1998 assessments in full; eight Member States had made partial payments for 1998; and 25 Member States had not made any payment toward the current year assessments. Together, the collection of arrears and current year assessments during 1998 totaled \$54 million, an increase of \$10 million over 1997.

At the time of the Executive Committee's June session, seven countries—Bolivia, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, Grenada, Nicaragua, and Peru—had been potentially subject to the application of Article 6.B of the PAHO Constitution.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R1, thanking those Member States that had already made payments for 1998 and urging the other Member States to pay their outstanding contributions as soon as possible.

Mr. MATTHEWS (PAHO) thanked the Member States for their efforts to pay their quota assessments in a timely manner, as the extent to which the Member States met their commitments determined the degree to which the Organization would be able to carry out its mandate.

The most recent data on assessments and payments could be found in Document CSP25/19, Add. 1. As shown in Annex A of Add. 1, on 1 January 1998 the total arrears of contributions for years prior to 1998 had amounted to \$52.1 million. Payments on those arrears received from 1 January to 14 September 1998 had equaled \$36.9 million, or 71%, which had reduced the arrears to \$15.2 million, as compared to \$8.0 million in 1997, \$16.3 million in 1996, and \$11.9 million in 1995 at the corresponding time of year.

As of 14 September 1998, the collection of contributions for 1998 assessments had stood at \$38.5 million, an increase of \$3.7 million over the amount in 1997 (\$34.8 million). Nine Member States had paid their 1998 assessments in full, 11 had made partial payments, and 19 had not made any payments toward the 1998 assessments. Those collections represented 47% of current year assessments, as compared to 42% in 1997 and 48% in 1996.

Together, the collection of arrears and current year assessments during 1998 totaled \$75.4 million, an increase of 9% compared to 1997. All payments received from Member States by 14 September 1998 were shown in Annex A. Since that date, \$60,000 had been received from Cuba, \$4,909 from the Bahamas, \$4,412 from Guyana, and \$333 from Guatemala.

According to Article 6.B of the Constitution, if a Government failed to meet its financial obligations to the Organization by the opening date of the Pan American Sanitary Conference or the Directing Council by being in arrears in an amount exceeding the sum of its annual assessments for two full years, the voting privileges of that Government would be suspended, unless the Conference or Directing Council considered that the failure to pay was due to conditions beyond its control. As of the opening of the current Conference, there were three Member States that were subject to the provisions of Article 6.B. The status of those quota payments had been reviewed by the Article 6.B Working Party, whose chairman would report on its conclusions.

Hon. Samuel AYMER (Antigua and Barbuda), Chairman of the Article 6.B Working Party consisting of the Delegates of Antigua and Barbuda, Mexico, and Uruguay, reported that Cuba, the Dominican Republic, and Grenada currently had payment arrears in excess of two full years.

Cuba owed \$2.5 million, of which \$244,541 related to 1994 and \$557,880 related to 1995. The payment plan approved by the Secretariat in 1996 had stipulated that a payment of \$600,000 was due in 1996 and that payments would increase by \$50,000 in each subsequent year until the arrears were liquidated. In 1996 and 1997, the Organization had received payments from Cuba totaling \$600,000 and \$650,000, respectively, and \$540,000 had been received so far in 1998. Therefore, Cuba was in compliance with the terms of its deferred payment plan.

The Dominican Republic owed \$560,824 in quota assessments, of which \$137,431 related to 1995. No payments had been received from that Government in 1998, but the Organization had been advised that a check for \$137,431 had been prepared and was awaiting a second signature before being forwarded to the Organization. The Working Party therefore determined that the Dominican Republic had evidenced a good faith effort to meet its obligation.

Grenada owed \$90,712 in quota assessments, of which \$20,148 related to 1995. No payments had been received from Grenada during 1998. The Organization had been informed of a wire transfer of \$23,522 from Grenada to the Organization on 16 September 1998. Although that payment had not yet been received, the Working Party determined that Grenada had evidenced a good faith effort to meet its obligation.

The Working Party, bearing in mind the provisions contained in Resolution CE122.R1 and the official reports and resolutions of past sessions of the Directing Council, and giving due regard to the current economic situations in the Member States, recommended that the Conference restore Cuba's voting privileges as it had met its commitment to the Organization according to the terms of its deferred payment plan. Furthermore, in the spirit of Panamericanism, the Working Party voted to restore the voting privileges of the Dominican Republic and Grenada because of their good faith efforts.

The Working Party complimented those Member States that had made special efforts to meet their quota commitments as early as possible during the calendar year and especially recognized those countries experiencing difficult economic conditions. The members of the Working Party unanimously agreed that deferred payment plans should be considered firm commitments and as such should not be subject to modification except to accelerate the liquidation of arrears.

The Working Party proposed the following resolution for consideration by the Conference:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP25/19 and Add. 1) and the concern expressed by the 122nd Session of the Executive Committee with respect to the status of the collection of quota contributions;

Noting that Cuba is in compliance with its deferred payment plan; and

Further noting that the Dominican Republic and Grenada have made "good faith" efforts to pay their 1995 arrearages,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP25/19 and Add. 1).

2. To express appreciation to those Member States that have already made payments in 1998, and to urge all Member States in arrears to meet their financial obligations to the Organization in an expeditious manner.
3. To congratulate the Member States which have fully met their quota obligations through 1998.
4. To compliment the Member States which have made payment efforts to reduce quota arrears for prior years.
5. To request the Director to notify Cuba, the Dominican Republic, and Grenada that their voting privileges have been restored at this 25th Pan American Sanitary Conference.
6. To request the Director:
 - (a) To continue to monitor the implementation of special payment agreements made by Member States in arrears in the payment of prior years' quota assessments;
 - (b) To advise the Executive Committee of Member States' compliance with their quota payment commitments;
 - (c) To report to the 41st Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 1999 and prior years.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CSP25/19 y Add. 1) y la inquietud expresada por la 122.ª sesión del Comité Ejecutivo con respecto a la situación de la recaudación de las cuotas;

Tomando nota de que Cuba ha cumplido con lo estipulado en su plan de pagos diferidos; y

Tomando nota además de que Granada y la República Dominicana han hecho esfuerzos de "buena fe" para pagar sus cuotas atrasadas de 1995,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CSP25/19 y Add. 1).

2. Expresar su reconocimiento a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 1998 e instar a todos los Estados Miembros atrasados en el pago de sus cuotas a que cumplan con sus compromisos financieros con la Organización lo más pronto posible.
3. Felicitar a los Estados Miembros que ya han cumplido con todos sus compromisos relativos a las cuotas correspondientes a 1998.
4. Agradecer a los Estados Miembros que han hecho esfuerzos de pagos para reducir el monto de sus cuotas atrasadas de años anteriores.
5. Solicitar al Director que informe a Cuba, Granada y la República Dominicana que sus privilegios de voto han sido restablecidos en esta 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.
6. Pedir al Director:
 - a) que continúe vigilando el cumplimiento de los arreglos especiales de pago hechos por Estados Miembros atrasados en el pago de sus cuotas de años anteriores;
 - b) que mantenga informado al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de las cuotas;
 - c) que informe al 41.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas para 1999 y años anteriores.

The DIRECTOR pointed out that Cuba merited special recognition for having faithfully complied with its deferred payment plan for the past three years, despite grave economic circumstances. Perhaps future resolutions on the application of Article 6.B should contain language that more clearly compliments countries that had made such tremendous efforts to meet their payment obligations.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 5.2: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1996-1997**PUNTO 5.2: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO SOBRE 1996-1997**

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee), calling attention to the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1996-1997 (*Official Document 286*), reported that Mr. Mark Matthews, Chief of the Department of Budget and Finance, had reviewed its content at the 122nd Session of the Executive Committee in June. Mr. Matthews had noted that the report reflected careful financial management and progress in strengthening the Organization's financial position in 1997. Income for 1997 had exceeded expenditures by \$8.5 million in the regular budget, which had increased the working capital fund balance to \$8.6 million. Cash in banks and investments had increased 55% between 31 December 1995 and 31 December 1997, to \$139.6 million. Total 1996-1997 expenditures had decreased \$24.2 million with respect to the 1994-1995 biennium. However, only 69% of current quota assessments had been collected during 1996-1997, a lower percentage than in the three previous biennia (73%, 80%, and 71%, respectively). With regard to extrabudgetary funds, \$103.2 million had been received on behalf of trust fund projects during the 1996-1997 biennium.

The report also contained financial statements for three Pan American centers: the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), and the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP). In 1996-1997, CAREC's regular budget income had exceeded expenditures by \$658,000, and the Center had ended 1997 with a budget surplus of \$314,000. CFNI's income had exceeded expenditures by \$74,000, and its accumulated deficit decreased to \$142,000 as of 31 December 1997. INCAP's regular income had fallen from \$1.6 million to \$1.1 million, creating a \$175,000 shortfall on regular budget operations, which had been covered by the working capital fund. However, INCAP's financial position appeared sound overall, and its working capital fund balance had been \$1 million as of 31 December 1997.

Mr. Richard Maggs had reported to the Executive Committee on behalf of the External Auditor, Sir John Bourn. Based on his examination, the External Auditor had issued an unqualified opinion as to the accuracy, completeness, and validity of the financial statements of the Organization for the financial period ended 31 December 1997. He had emphasized the strengthened financial position of the Organization as a whole, including the Pan American centers, which he had attributed mainly to PAHO's success in collecting additional income and its efforts to contain and, in some cases, reduce key administrative expenditures. The Organization had been commended for the excellent support provided to the External Auditor during the preparation of his report and for having effectively addressed issues raised in his previous report, particularly

recommendations concerning compliance with the United Nations Common Accounting Standards, resolution of certain problems with the Organization's financial management system (FAMIS), and improvement of asset control in local offices.

In its subsequent discussion, Members of the Executive Committee had requested clarification on a number of details included in the report. An account of those questions and of the Secretariat's responses could be found in the final report of the 122nd Session, which was attached as an annex to Document CSP25/4.

With respect to the substantial increase in extrabudgetary funds during the 1996-1997 biennium, it had been pointed out that allowing extrabudgetary resources to play too large a role in financing PAHO programs could distort the PAHO regular budget, raising the prospect of competition among PAHO programs for outside funding and a shift away from the Organization's strategic and programmatic priorities. Several other concerns had been broached in the Executive Committee's discussion, including the persistence of problems with the FAMIS software and the year 2000 computer problem. The use of regular budget financing to support the Pan American centers had also been questioned. One delegate had noted that at the meeting of the Caribbean Community (CARICOM) in April 1998 a decision had been made to undertake an independent review of all the centers in the Region and that, as a result, some of the trends noted by the External Auditor might be reversed, particularly at CFNI.

Mr. Matthews had reported that, on the whole, the FAMIS system was now functioning well, although some upgrades were needed. With regard to the issue of year 2000 compliance, the Secretariat was well aware of the problem and all computer systems within the Organization would be fixed on time. In relation to the funding of the Pan American centers, both Mr. Matthews and the Director had stressed that the centers were an integral part of PAHO's technical cooperation program and that it had never been envisioned that they should become financially self-sufficient or programmatically separate from the Organization.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R2, in which it transmitted the financial report to the 25th Pan American Sanitary Conference, noted that the financial statements for 1996-1997 were presented in accordance with the United Nations System Accounting Standards, acknowledged the Organization's efforts to strengthen the financial situation of the Pan American centers, and congratulated the Director on his successful efforts to maintain a sound financial position for the Organization.

Mr. BOYER (United States of America) noted that although PAHO's financial condition appeared to be better than in previous years and significant amounts of arrearages had been collected, the payment of annual assessments was still falling about

30% short of the total required to fund PAHO's regular budget each year—evidence, he believed, of the need to ensure that assessments did not exceed the capacity of the Member States to pay. He hoped that the Organization would continue to review the idea of using miscellaneous income to finance the regular budget, perhaps allowing assessments to be reduced.

With regard to extrabudgetary contributions by governments, his Delegation agreed that although voluntary contributions might play an important role in funding new PAHO projects, those contributions had the potential to distort priorities if they were not allocated to the identified priorities of the Organization. He was pleased that the Director had pledged not to allow that to happen and that the Director-General of WHO was proposing new policies to ensure that the use of extrabudgetary funds remained in conformity with WHO priorities, so that programs would not compete with each other in trying to raise money. PAHO and WHO should work in concert in that area. In addition, since extrabudgetary contributions were usually considered to be net additions to health resources, money channeled through PAHO by countries for programs in those same countries should not be recorded as extrabudgetary contributions, and he urged PAHO to review that method of recording them.

Noting that his country had been trying to strengthen the internal audit function throughout the United Nations system, he recommended that PAHO consider including an oversight function in the role of the internal auditor. He reiterated his concern that PAHO and all other international organizations act to solve the year 2000 computer problem in a timely manner. In relation to the use of regular budget funds in support of the PAHO centers, he called attention to the recommendation of the External Auditor that the financial situation of those centers be reviewed. It would be useful for the Director to prepare a report for the Governing Bodies summarizing the work of the centers, the intended financial support, the use of regular budget funds to keep them operational, and appropriate solutions, if necessary, for phasing out such support.

The PRESIDENT noted that there was no need to adopt a resolution on this item.

ITEM 4.1: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR 2000-2001

PUNTO 4.1: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA 2000-2001

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) reported that the Executive Committee had discussed the provisional draft of the WHO program budget at

its 122nd session. Mr. Michael Usnick, Chief of Budget, PAHO, had presented the document prepared by the Secretariat, which contained only the WHO portion of the combined PAHO/WHO regular program budget for the Region of the Americas 2000-2001. The combined budget would be presented to the Governing Bodies in 1999. Mr. Usnick had explained that the instructions from the Director-General of WHO provided for no overall program growth and called for regional budget proposals to be submitted without any cost increases with respect to the 1998-1999 program budget. Hence, the amount being requested for the Americas was \$82,686,000.

Mr. Usnick had also noted that in May 1998 the World Health Assembly, after intense discussion and negotiation, had voted to adopt a new model for determining the budget allocations to the six Regions of the World Health Organization. The new model was designed to establish allocations on the basis of more objective, need-based criteria. Its practical effect would be to drastically reduce the allocations to some Regions while substantially increasing those of others. However, to help mitigate the impact on Regions whose allocations would be reduced, the World Health Assembly had voted to limit the reductions to 3% annually over a period of six years, or three biennia. The model would then be reviewed at the Fifty-seventh World Health Assembly, to be held in May 2004.

Although, at the time of the Executive Committee session, WHO had not finalized the reallocations for the 2000-2001 biennium, Mr. Usnick had said that PAHO expected the Region's allocation to be reduced by approximately \$3.7 million from the 1998-1999 level of \$82,686,000. The reductions for the following two bienniums (2002-2003 and 2004-2005) would be approximately \$8.4 million and \$12.7 million, respectively.

The Director had noted that most countries of the Region had expressed considerable opposition to the proposed reallocation scheme, although they had endorsed the concept of allocations based on more objective and equitable criteria. However, the World Health Assembly had ultimately adopted the proposed model without any modification. The countries of the Region had shown a great deal of solidarity in accepting the reduction because it was deemed to be in the best interests of the World Health Organization as a whole. Nevertheless, application of the new model would result in an overall reduction of 20% in the WHO allocation to the Americas.

In its discussion, the Executive Committee had pointed out that the reallocation model appeared to penalize Regions that had made the most progress in improving health conditions and implementing sound financial management. The Committee had emphasized that all WHO Regions—but especially those that would be receiving an increase in their allocations—should be expected to utilize their resources efficiently and manage them transparently.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R3, in which it recommended that the 25th Pan American Sanitary Conference approve the proposal for \$82,686,000, without cost increases, for the Region of the Americas in the 2000-2001 biennium.

Mr. MATTHEWS (PAHO), referring to Document CSP25/7, stated that the Pan American Sanitary Conference, in its role as Regional Committee of WHO for the Americas, was required to make recommendations to the Director-General of WHO concerning the 2000-2001 WHO regular budget proposal for the Region of the Americas, which constituted approximately 33% of PAHO's regular budget. The final decision on the WHO budget would be made by the World Health Assembly in May 1999, following further review by the WHO Executive Board in January 1999.

The Director-General had instructed that the budget remain at the same level as the 1998-1999 budget, which itself was only slightly higher than the 1996-1997 budget. In particular, the Conference should note that World Health Assembly Resolution WHA51.31, entitled "Regular Budget Allocations to Regions," would actually reduce the WHO portion of PAHO's budget, as well as its allocations to the Southeast Asia, Eastern Mediterranean, and Western Pacific Regions. Beginning in the 2000-2001 biennium, those reductions would be reallocated to the African and European Regions.

The changes called for in Resolution WHA51.31 were based in large part on the recognition that the resources allocated to the Regions had not changed proportionately since the inception of WHO despite major socioeconomic and political changes in Africa and Europe. In response, a group of experts established by the WHO Secretariat at the request of the Executive Board had developed a model of resource allocation using objective, need-based criteria. The model drew heavily upon the United Nations Development Program's Human Development Index, adjusted for immunization coverage and large population disparities. The accepted methodology was outlined in Document EB101/7, dated 14 November 1997. Under the model, the allocation for the Americas would be reduced by 15.4%.

After intense discussion, the World Health Assembly in May 1998 upheld the use of the model to develop future program budgets but approved a resolution that would limit the reductions faced by the four Regions to 3% annually over a period of six years, or three biennia. The model will be reviewed again by the Fifty-seventh World Health Assembly in 2004.

At the time of the 122nd Session of the Executive Committee, WHO had not finalized the reallocations for the 2000-2001 program budget; thus, the Committee had approved the original proposal of \$82,686,000. Subsequently, the Director-General had formally notified PAHO that the allocation for the Region of the Americas would be

\$77,725,000, a reduction of \$4,961,000. The resolution proposed by the Executive Committee for consideration by the Conference would need to be modified to reflect that revised figure.

Mr. BOYER (United States of America) recalled that the 1998-1999 biennial budgets of both WHO and PAHO had called for zero nominal growth reflecting increasing concern on the part of many Member States about the growth of budgets of international organizations. For the biennium 2000-2001, his Government would again pursue the reduction of the budgets of WHO and other specialized agencies. His country was committed to living up to its obligations to international organizations, but at the same time it was committed to strictly controlling and limiting those obligations, since the U.S. Congress had shown itself to be extremely reluctant to approve increases in funding.

Although the instruction from WHO had called for no program growth, the document indicated that WHO intended to permit cost increases to be added at a later stage. Therefore, the 2000-2001 WHO regular budget might actually be higher than the budget for 1998-1999. That would not be acceptable to the United States of America.

His country and, he believed, many other countries, wished to have the WHO budget focus increasingly on the programs that were the highest priorities of the Member States and decrease allocations to lower priority programs, while seeking other ways to address the Member States' needs in those areas. PAHO should contribute to that definition of priorities and seek to influence positively the outline of the overall WHO budget in that regard.

His country strongly supported the gradual reallocation of resources among the six WHO Regional Offices that had been approved by the World Health Assembly in May. That decision provided a powerful demonstration to all UN agencies that reform was possible when Member States and Secretariats were committed to achieving it. The Director was to be praised for his constructive approach to implementing that decision without negative impact on the level of the allocations to the countries.

Mr. AISTON (Canada) commented that while his country had consistently called for PAHO to live within its means—a goal that had been achieved during the last two years—it did not believe that circumstances would permit any reduction in the PAHO budget. A stable budget that focused on the needs of the countries was needed. He urged those countries in arrears in their quota assessments, especially the large contributors, to pay them promptly.

With regard to extrabudgetary funds, a mechanism was needed to discriminate funds channeled through the Organization for use in the donor country from truly

extrabudgetary funds. The Director should seek every means to increase extrabudgetary funds and to ensure that they are applied to priority programs.

He did not share the enthusiasm of the Delegate of the United States for the decision to reallocate WHO resources among the Regions. That decision would need to be revisited in the future. Nevertheless, the Director deserved praise for the way he had responded to the decision and for his wise preliminary solutions for dealing with the resulting reductions.

The DIRECTOR thanked all the delegates for their comments regarding the budget. He was pleased that Mr. Boyer had made a distinction between the WHO and PAHO budgets in his comments concerning reduction of the budget. He also noted Mr. Boyer's observation that some countries were in arrears in the payment of their quota obligations, and might therefore wish to see a reduction in assessments. However, as the United States was not in arrears, it would seem logical that there would be no suggestion from that country about quota reductions.

He was also gratified to see that the delegates had noted PAHO's efforts to keep country programs intact and align the budget with the priorities established by the Member States. PAHO had also succeeded—despite the reduced allocation to the Region—in maintaining the priorities established by the WHO Executive Board and incorporating them among PAHO's own strategic and programmatic orientations. Still, no organization wished for that kind of belt-tightening to go on indefinitely.

He assured the delegates that the Secretariat would not allow extrabudgetary funds to distort the program that the countries had agreed to.

El PRESIDENTE pide al Relator que dé lectura a la versión definitiva del proyecto de resolución.

El RELATOR dice que en el proyecto de resolución presentado por el Comité Ejecutivo solo se han modificado las sumas señaladas en el preámbulo y la parte dispositiva. Tales modificaciones se introdujeron tras el examen del documento CSP25/7.

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP25/7 and the tentative request to the World Health Organization for US\$ 77,725,000 without cost increases for the Region of the Americas for 2000-2001; and

Noting the recommendation of the 122nd Session of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for US\$ 77,725,000 without cost increases for the Region of the Americas for 2000-2001, for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly in 1999.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP25/7 y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 77.725.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para 2000-2001; y

Tomando nota de la recomendación de la 122.ª sesión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Solicitar al Director que transmita al Director General de la OMS la solicitud de un monto de US\$ 77.725.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000-2001, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 1999.

El PRESIDENTE dice que de no haber objeciones dará por aprobado el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 8.1: FIFTIETH ANNIVERSARY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
PUNTO 8.1: CINCUENTENARIO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

El PRESIDENTE dice que en primer lugar se escuchará la intervención de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS. La Dra. Brundtland recibió su título de médica de la Universidad de Oslo, Noruega y la maestría en salud pública de la Universidad de Harvard. Ha desempeñado cargos públicos durante más de 20 años, incluido el de Primera Ministra de Noruega. Por invitación del Secretario General de las Naciones Unidas creó y presidió la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, conocida como "Comisión Brundtland", que culminó en la Cumbre para la Tierra celebrada en Rio de Janeiro en 1992. En julio de 1998 asumió el cargo de Directora General de la Organización Mundial de la Salud.

- A. *Address of Dr. Gro Harlem Brundtland*
A. *Palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland*

Dr. BRUNDTLAND (Director-General, WHO): "I would like to thank Dr. Alleyne for convening us to this gathering to commemorate the 50th anniversary of the World Health Organization. In fact, 50 years is no age to celebrate when we gather here in Washington. Forty-six years before WHO was created, wise and forward-looking people understood that countries needed to unite for health and human development. The creation of the International Sanitary Bureau in 1902 was an event of historic proportions. Before WHO was born, the foundations were being laid here in this country and in this Region. The world as a whole, not just the people of the Americas, has reason to be profoundly grateful and WHO can be proud to count the Region of the Americas as one of the most vibrant parts of its Organization.

As we celebrate a 50th anniversary, let us also look ahead to the centenary for the cause of health which we will celebrate in only four years time. People who are old enough to remember the world 50 years ago can barely recognize it today. The scars of the Second World War had barely began to heal. The world, particularly Europe and Japan, was beginning painfully to recover and rebuild. The colonial era was coming to an end. Many countries were in the process of liberation. Added to the huge numbers of people killed or disabled during the war, millions were dying from preventable diseases. Most of the world population was still living in extreme poverty suffering from chronic malnutrition, communicable diseases, and parasitic infections. Much of the existing health services across Europe, North Africa, and Asia had been severely disrupted. Structured health services were in any case rare. Where they did exist, huge segments of the population, usually the most vulnerable, who could not pay, were excluded. The imperative need was recognized for a new world body capable of gathering resources for health, setting health goals, and providing a forum for the exchange of health information and experiences. Improving the health of humanity emerged as a common good, as a common bond between us. Let us not forget that it is still our common bond today. WHO's Constitution puts a main emphasis on equity: the objective of the World Health Organization shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health. It is clear, it is comprehensive, stating health as a fundamental human right.

How timely it is that our 50th anniversary should coincide with that of the Universal Declaration of Human Rights. Today globalization is in every headline, but the concept of globalization is far from new. The founding fathers and mothers of WHO, like the grandfathers and grandmothers who founded PAHO, knew it perfectly well. There are no health sanctuaries. The suffering of the many must be a common concern in an interdependent world. In his famous play *The Enemy of the People*, Henrik Ibsen's main character cries out in solitude: "The thing is, you see, that the strongest man in the world is the man who stands most alone." Dr. Stockman ended his life in tragedy. It was the

very notion of being stronger by not standing alone that led to the creation of WHO. That was the attitude that prevailed in 1902 and in 1948 and that has to be the attitude that underpins and inspires our work today. Even the strongest among nations will stand to lose from isolationism. Health is the most striking reminder of our interdependence.

The evidence is there: some of the biggest human advances during these 50 years have been in the field of health. There has been steady and sometimes spectacular progress in the control and prevention of disease. Take immunization. WHO's global campaign to eradicate smallpox began in 1967 with a systematic vaccination of entire populations in over 30 endemic countries. Global eradication was achieved in 1980. Thanks largely to WHO's expanded program launched in 1974, over 80% of the world's children are now immunized against diphtheria, tetanus, whooping cough, poliomyelitis, measles, and tuberculosis. There have been other success stories; our goal as a norm- and standard-setting agency has been guiding public health workers around the globe.

Some achievements are less obviously connected with the health sector itself. Social and economic development, greater access to education, expanded access to safe water and sanitation have led to remarkable improvements in standards of living that would have been unimaginable half a century ago. For the most part, people are living longer and healthier lives and enjoying benefits stretched across the human life span. Of course this is not the whole picture, but from many points of view mankind has never been in better health than it is today. The progress, however, has been unevenly and unjustly distributed. We are left with unacceptable inequities in the balance sheet of our century; inequality remains one of the largest social debts. The immediate challenge for WHO is how to help achieve better health for all, not just for some. The truth is that vast numbers of people have noticed little if any improvement at all. Many gaps in health between rich and poor are at least as wide as they were half a century ago, and some are still widening between nations and within nations.

While people in most countries live longer, life expectancy is decreasing in some others. Between 1975 and 1995, 16 countries with a combined population of 300 million experienced such a decrease. Many of them were African countries and, recently, even European countries experienced this. As much of the world steps confidently into the future, it cannot, it must not ignore the plight of those in danger of being left behind. More than one billion people live in extreme poverty, a condition of life characterized by malnutrition, illiteracy, and ill-health, a condition of the life beneath any reasonable definition of human decency. There are many hundreds of millions of men, women, and children who are still chained to the past by grim poverty. Their future is not only their own: in one way or another we all have to share it. Indira Gandhi once observed that poverty is the greatest polluter. We can carry on. Poverty is the biggest source of ill-health and the vicious circle goes on as ill-health, in turn, breeds poverty.

The future is owned and shared by the many, not by the fortunate few. So it must be for the poor, most of all, that WHO pledges itself to make a difference. But WHO cannot do it alone, no one can do it alone. We are, in one way or another, in it together. Together we can make a difference by reaching out to each other in the UN family; by uniting our resources and our knowledge; by engaging more closely with countries in their elaboration of sustainable policies and paths of progress; by building consensus that no country can achieve lasting growth if their people do not enjoy access to primary health care; by reaching out to the private sector and by engaging the immense, creative potential of innovation to get new drugs, more affordable drugs, new technologies to safeguard our environment and allow future generations to inherit at least the same opportunities as we did.

We can learn from the past. The first World Health Assembly, in June 1948, listed its top priorities in the following order: malaria, maternal and child health, tuberculosis, sexually transmitted diseases, nutrition, and environmental sanitation. Looking at it today, we see that they are all critical issues we have to deal with. Malaria is hitting back again, killing 3,000 children every day, especially in Africa. In defining the Roll Back Malaria project of WHO, we will do all we can to learn from the successes and failures of the past and mount a realistic combat to significantly reduce mortality from malaria. Tuberculosis is on the offensive and we must and can strike back, by securing treatment but also by making new advances in drugs. Child health is equally critical; investing in child health yields lifelong results. Nutrition also remains vital. New knowledge gives us new opportunities at least to ensure that children get the right start in life. When they defined sexually transmitted diseases as a key area in 1948, little did they know of the HIV/AIDS pandemic. We have to mobilize in the struggle against the pandemic—as a co-sponsor of UNAIDS—but also as WHO, by integrating HIV/AIDS into many of our programs and by making our own contribution in the area of safe blood.

Times are changing. Aging, mental health, injuries, violence, the broad spectrum of environmental interdependence—we must give our response. To make the perspective complete, we need to place health sector development at the core of our work. Many of the nations' self-systems were created at the same time as WHO saw the day. Today they are undergoing profound change, and we must be on the side of those countries and support them in building sustainable health systems that can make enduring progress in the struggle against inequity and we must be ready to learn from experience and improve the way we work.

Take the critical area of immunization. Immunization remains a vital tool. WHO will put renewed emphasis on its efforts to promote immunization and to enter into broader partnerships with other agencies and the private sector, to stimulate new research towards breakthroughs which may not belong to a distant future. In recent years some have questioned WHO's leadership in this field; some have even argued for the creation

of a new body to coordinate vaccination efforts. I believe that would be a mistake. My attitude is simple: an organization has to earn its leadership. That is what we are ready to do. WHO, the lead agency in health, with first-hand knowledge of the anatomy and of the world's communicable diseases. We will lead not by saying that we will do all but by forging a new working relationship with our partners, providing our strength, and drawing upon the strength of others. I pledge to demonstrate that WHO can make a real difference in this area.

The health agenda is compelling and there is plenty of evidence to make a compelling case for efficient multilateralism. But there is also reason to be concerned. The rich countries are paying less; development aid is on a slippery slope, running far behind the agreed goal of targeting 0.7% of GDP. The average among industrialized countries runs closer to 0.2%, and that figure is declining. We need to improve our ability to show the interdependence of a modern world and to illustrate that he who stands alone is by no means the strongest. We will need the United Nations. I often make this reflection when I see people put the blame on the UN for much of what is wrong in this world. Why not ask a completely different question: Where would we have been without the United Nations, its agencies, and its thousands and thousands of dedicated people in the field? Who would have been there to monitor the cease-fire? Who would have been there to guide the vaccine campaign? Who would have been there to secure clean water? Who would have spread the word effectively of the new emerging disease threatening to spread across borders? Without the UN, we would not have been entirely empty-handed, but our hand would have been terribly weak. We have every reason to celebrate 50 years of WHO work, but it is not characteristic of health workers to rest on their laurels. We have to move forward every day, every week. There is so much to do, there is so much we can do. I invite you all to join in a renewed effort to make a real difference for world health."

El PRESIDENTE dice que la segunda exposición la hará el Dr. Plutarco Naranjo, quien se graduó de médico en la Universidad Central del Ecuador, donde ha sido miembro del cuerpo docente durante muchos años. Fue Ministro de Salud del Ecuador de 1988 a 1992 y presidió la Asamblea Mundial de la Salud en 1992. En calidad de Embajador representó su país en Alemania Oriental, Polonia y Unión Soviética. Es autor de numerosos artículos y libros y ha recibido muchos premios, incluido el Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana correspondiente a 1993.

- B. *Address of Dr. Plutarco Naranjo*
- B. *Palabras del Dr. Plutarco Naranjo*

El Dr. NARANJO: "Las epidemias del siglo pasado, tanto en Europa como en el continente americano, llevaron a algunas naciones al convencimiento de que solo los esfuerzos mancomunados de los países, como ha recalado la Directora General de la

Organización Mundial de la Salud, podían detener esos azotes que tantos miles y millones de vidas habían costado. En Europa, tras la epidemia del cólera, se reunió la primera Conferencia Sanitaria Internacional en 1851, en París. Asimismo, en el continente americano, después de la epidemia de fiebre amarilla, que solo en Buenos Aires cegó más de 15.000 vidas, en 1881, se celebró en Washington la Primera Conferencia Internacional que, entre otras medidas, adoptó la de crear la Oficina Sanitaria Panamericana. Terminada la Segunda Guerra Mundial, se reunió en San Francisco un grupo numeroso de delegaciones gubernamentales con el propósito de sentar las bases de una paz justa, universal y duradera. Con ese objetivo crearon las Naciones Unidas al considerar que sin salud no hay verdadera paz. En 1948, la naciente institución internacional creó, entre sus organismos especializados, la Organización Mundial de la Salud y ésta, a su vez, sobre la base de la Oficina Sanitaria Panamericana, constituyó el mismo año la Organización Panamericana de la Salud, con más amplios horizontes que la antigua Oficina.

Es pertinente recordar por lo menos tres de los principios básicos que figuran en la Constitución de la OMS, que aspira a contribuir a la felicidad, a las relaciones armoniosas y a la seguridad de todos los pueblos en la inteligencia de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común. El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental y la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo. La OMS se convirtió así en el máximo organismo mundial encargado de luchar por los altruistas objetivos de la salud y el bienestar humanos y los logros obtenidos por ella a lo largo de sus 50 años son innumerables. Quizá el primero sea haber despertado la conciencia de los gobiernos y las comunidades sobre la importancia de la salud, haber superado el viejo concepto de simple tratamiento de enfermos y haber proclamado el revolucionario principio de que la salud es el estado de bienestar físico, mental y social.

En el campo de la lucha contra las epidemias y las enfermedades infecciosas transmisibles, la OMS ha alcanzado los más trascendentales éxitos, entre los cuales cabe citar la erradicación de la viruela. A modo de ejemplo que revela la importancia de la erradicación de esta enfermedad, cabe mencionar lo sucedido en el nuevo mundo. Poco después del segundo viaje de Colón de desataron terribles epidemias de viruela y sarampión que acabaron con cerca del 90% de la población aborigen, lo que llevó a los conquistadores a importar negros del Africa y convertirlos en esclavos, y ellos trajeron sus propias enfermedades. La erradicación de la poliomielitis es otro eslabón de esa cadena de victorias. En las Américas se erradicó ya en 1991 y en el resto del mundo está a punto de culminar la campaña. La inmunización de los niños ha salvado millones de vidas. En la actualidad, más del 90% de los niños del mundo están ya protegidos contra

varias enfermedades infecciosas. No menos importante ha sido y sigue siendo la lucha de la OMS contra el paludismo, el SIDA, la tuberculosis, la lepra, el pián, el cólera, las enfermedades venéreas, la oncocercosis, la ceguera de los ríos, el tabaquismo, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Reflejo de la complejidad de acciones de salud es el incremento de la esperanza de vida al nacer. El promedio de 46 años cuando se creó la OMS hace medio siglo subió a 65 años en 1995. Con todo, los promedios son engañosos, el aumento de la esperanza de vida es notoriamente más alto entre las minorías de alto nivel económico que entre las mayorías pobres. Otros campos de lucha infatigable de la OMS, en los que por desgracia ha obtenido resultados limitados, son el del saneamiento básico, la dotación de agua segura y la eliminación de la desnutrición. En términos de las mayorías ciudadanas, el Tercer Mundo se ha empobrecido durante los últimos años. Hay que considerar que no puede haber salud donde hay pobreza e indigencia. No puede haber salud donde la desnutrición afecta, como ocurre en el Tercer Mundo, a aproximadamente la mitad de los niños menores de cinco años. No puede haber salud donde el 30% de las madres embarazadas sufre de anemia y desnutrición. No puede haber salud donde no hay ni saneamiento básico ni agua segura.

Es cierto que algo han hecho los diferentes países, pero no en la medida necesaria ni siguiendo toda la estrategia de la atención primaria de salud. Es cierto también que algunos índices vitales han mejorado. La mortalidad infantil ha disminuido a cifras que varían entre 20 y 40 por 1.000 en el Tercer Mundo, pero este hecho ha de considerarse primariamente como resultado de acciones médicas y de los antibióticos, pero bajar de esos niveles al de los países desarrollados ya no es asunto solo médico, sino un gran problema social, económico y político. La responsabilidad no descansa únicamente sobre los servicios de salud. Entre otras medidas indispensables están las de crear puestos de trabajo, disminuir el desempleo, mejorar la capacidad adquisitiva del pueblo y mejorar las condiciones sanitarias del país, así como la calidad y cobertura de la educación. Todo esto requiere grandes decisiones políticas, continuidad en las acciones y priorización de los gastos de los gobiernos. La OMS y la OPS han colaborado activamente con los gobiernos, pero estos organismos intergubernamentales, por sí mismos, no pueden realizar acciones que corresponden a los gobiernos, ni tampoco cambiar la estructura social y económica de los países.

La estructura social y política de las naciones de la Región permite que se atente contra las futuras generaciones en forma inhumana e irresponsable. No otra cosa significa permitir que ahonde la desnutrición. Ahora se sabe que el feto y el infante requieren proporcionalmente un gran aporte energético que la madre desnutrida no puede proporcionarle. El desarrollo del cerebro en el feto requiere alrededor del 80% de la energía total a disposición del nuevo ser. La desnutrición de la madre determina un menor y más lento desarrollo del feto. Los niños nacen con peso bajo, es decir menos de 2.500

gramos. Hasta los cuatro años de edad el cerebro del niño alcanza casi el tamaño del cerebro del adulto. Hasta los dos años se multiplican las neuronas y hasta los cuatro años se proyectan en infinitas redes las fibras nerviosas del cerebro. El niño nace pues con la máxima potencialidad cerebral, pero esto no es completamente cierto para el niño desnutrido. Es alentador saber que ha disminuido la mortalidad. Sin embargo, cabe preguntarse qué clase de ciudadanos habrá si en la niñez, en el período más crítico del crecimiento y desarrollo mental y físico, han estado desnutridos. Este futuro ciudadano, verdadero héroe biológico, vencedor de la diarrea y la bronquitis, que se ha adaptado a la desnutrición, quizá no vea disminuidas sus dimensiones somáticas, pero es posible que no ocurra lo mismo con las capacidades intelectuales indispensables para aprovechar la educación y las oportunidades de trabajo. Una prueba de esta tragedia es que un porcentaje apreciable de niños, sobre todo rurales, no logra rebasar el segundo o tercer grado de la escuela y engrosa las filas de analfabetismo. Si los organismos internacionales han sido capaces de organizar una gran campaña contra las epidemias virales, cuán deseable sería ahora que organizaran la más amplia y efectiva campaña contra la peor epidemia de los siglos XX y XXI: la desnutrición. Se necesita un nuevo humanismo que haga realidad los derechos humanos y, en particular, los derechos de los niños.

El desarrollo tecnológico crea infinitas posibilidades de mejorar la calidad de la vida. Se producen nuevos y variados aparatos a los que las clases pobres tienen poco o ningún acceso, pero se crean así nuevas necesidades que quedan insatisfechas. No todo es positivo y también el progreso tecnológico contribuye en ese sentido a ahondar las diferencias. ¿Cuán importante sería canalizar el indetenible progreso tecnológico para que los beneficios fueran para todos y no solo para los sectores privilegiados? ¿De qué le sirve la Internet, por lo demás tan importante, a un pobre indígena andino y a uno de Chiapas, si ni siquiera posee electricidad y los equipos correspondientes? He mencionado algunos de los dolorosos aspectos de la salud como médico del Tercer Mundo para subrayar que, frente a los indiscutibles éxitos del pasado, están los retos del futuro. La OMS, sin duda, ha conducido al mundo entero por varios caminos de triunfos y ha alcanzado muchas metas trascendentales. En 50 años, el mundo ha cambiado. Algunos de los problemas de salud mencionados se han ahondado o no han sido superados y quizá haya llegado la hora de establecer nuevas prioridades, nuevas metas, y de concienciar a los gobiernos, sobre todo del Tercer Mundo, sobre sus propias responsabilidades frente al futuro de sus pueblos. Ante este breve pero realista balance hay que abrigar la esperanza de que en el próximo medio siglo la OMS, con un valeroso espíritu de renovación y basándose en los 50 años de experiencia que hoy se conmemoran, haga realidad algún día ese maravilloso propósito de salud para todos”.

El PRESIDENTE dice que el orador siguiente es el Dr. William Foege, Profesor en Salud Internacional, quien se graduó de médico en la Universidad de Washington. Obtuvo su maestría en salud pública en la Universidad de Harvard. Luego de dirigir la exitosa campaña para erradicar la viruela en Africa en 1977, fue nombrado Director del

Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos y en 1986 asumió el cargo de Director Ejecutivo del Carter Center, donde además participó como experto y Director Ejecutivo del Grupo de Trabajo para la Supervivencia y el Desarrollo del Niño. Entre 1985 y 1986 fue Presidente de la Asociación Estadounidense de Salud Pública y actualmente es Profesor Eminente de Salud Internacional en la Universidad Emory.

- C. *Address of Dr. William Foege*
- C. *Palabras del Dr. William Foege*

Dr. FOEGE: “Thank you, Mr. President, for this wonderful opportunity to pause and mark a passage. My wife has taught four-year-olds for many years, and the first day of school is always marked by giving them instructions and new rules. One year the final rule was: if you want to use the bathroom, raise your hand. And a very perplexed four-year-old boy asked, ‘But how does that help?’ And so we ask today: How has it helped to have a World Health Organization for 50 years?”

Mrs. Clinton wrote a book about it taking a village to raise a child. Many years ago, while I was immunizing children in Nigeria, I found myself thinking about the chain of actions that actually brought one dose of measles vaccine to a child in Nigeria, and by the time you calculate the research chain that allowed the vaccine to be developed, the steps in manufacturing the vaccine, providing needles and syringes, glass, caps and cardboard shipping containers, the many steps in shipment, the building of airplanes, the land rovers for distribution, a health infrastructure for health education, vaccinators and a school system to have trained every person in the entire complex, it takes millions of people and a system where everything goes right. It literally takes the whole world to raise a child today...and WHO has made that possible. It has made it possible for the whole world to collectively plan a rational health future.

What was happening when WHO was getting its start in 1948? Dr. Brundtland talked of the great changes at that time.

The global community was reforming. Israel was established, as was the Republic of Korea, the Berlin airlift began, Gandhi was assassinated, the Marshall plan was implemented, and the Olympics were resumed after 22 years. If that seems like an impossibly long time ago we can remember that one current U.S. Senator, Strom Thurmond, actually ran for president that year!

The first jets flew the Atlantic that year and we remember that, having lost a former WHO employee, Jonathan Mann, on an Atlantic jet a few weeks ago.

Medicine was flourishing with the introduction of cortisone, aueromycin, chloromycin, and dramamine. Vitamin B12 was isolated.

Richard Feynman, the great physicist, developed the quantum theory of electrodynamics and WHO was formed with the U.S. accepting membership on June 14th.

But we look back, in order to look forward. Stephen Smith helped start APHA in 1872 at the age of 49. At the 50th anniversary he was asked to give the keynote address and so, at the age of 99, he went to the lectern and began talking about “The Future of Public Health.” Today we honor 50 years of WHO by asking how that will impact on the future.

There are many lessons of the past 50 years for our use in the future. Allow me to mention only 10.

1. The accomplishments are real: life expectancy, infant mortality, specific diseases such as smallpox, polio, guinea worm, and measles. The lessons allow us anticipation of more successes with tobacco, malaria, and chronic diseases. It has been 50 years of astounding successes, but we haven’t seen anything yet.
2. We have learned that not one of us is as smart as all of us. And that is why there have been such accomplishments. The combining of efforts so that, in the words of E. O. Wilson, “the single mind can travel swiftly and surely from one part of the communal mind to the other.”

Using the lessons of the renaissance, the enlightenment and all of the social experiments of history, WHO has sought an orderly world—an orderly health future. But the future never just happens. It is created. Therefore the future of WHO will be as creator.

3. Fifty years is a very short period of time. We don’t even know what the best way of organizing will turn out to be. We do know, after 50 years, that there is no substitute for WHO. Now we must make it the best it can be, tenacious, with a distant vision. As Bartlett Giamatti reminded us “We cannot escape epic’s long view: that rest will come by never resting.”
4. Leadership as an active verb is key—people look to WHO for leadership and will follow even with a bad plan. The first malaria plan had flaws, but people followed. Now we get a second chance. Leadership has been thrust on WHO—a heavy burden, but a great opportunity.
5. We have learned that the organizations of today and the organizations of tomorrow are built on partnerships. People joined together around a shared goal or outcome.

In no field is it easier to get people to share goals than in health. As trust develops the ripples extend beyond health to other shared goals. The rapid spread of democracy may, in part, be due to the experiences of practicing participatory government at World Health Assemblies. The role of the smallpox eradication program during the cold war may have played some small part in peace, as people from various cultures shared a goal. As we learn to work on health we build skills to work together on other things, deathless things. Will Durant defined immortality as the absorption of one's soul in deathless things. We have worked together on deathless things.

6. Setting of objectives. It is one of the secrets of successful organizations, and WHO has learned to set objectives on smallpox eradication, guinea worm eradication, polio eradication, disease control, primary health care. It has learned to join UNICEF in setting health goals at the Summit for Children in 1990. The last two months have seen an exciting explosion of new objectives. The health world has been energized.

7. WHO has set examples—and I think especially of the examples set by PAHO. Sometimes an almost impossible example, as with polio. And now with measles. You have provided the gold standard for the rest of the world.

8. Perspective: The good news is very good and must be emphasized. But it must always be presented on the backdrop of what has yet to be done. To provide perspective. To never rest.

To link ethics with science—science with the humanities. To link the needs of the poor with the fears of the rich. To seek balance.

To provide the good news and, at the same time, in this strange world where half are starving and a third are dieting, to highlight the disparities, the desperate, the disadvantaged, the absolutely miserable and let them know that WHO exists also for them.

9. Hope: The outcomes may be spectacular in terms of suffering and death, but the greatest of these is hope. Indeed the most important product of WHO is hope. Showing that it is possible to harness the knowledge, the resources, the goodwill of this world for a better future. Which leads me to the final lesson that I will mention.

10. Optimism: It is a gift that public health workers give the world, and it is warranted.

A man was told by a fortune teller that he would be very poor and very unhappy until he was 45. Grasping at that straw he asked what would happen when he was 45. The

fortune teller said, “You will get used to it.” Our job is to never let the world get used to unnecessary suffering, early death, or compromised quality.

The opportunity has been granted us to benefit from those 50 years of experience and ask how to do even better. Dr. Brundtland suggested we ask a new question. Richard Feynmann looked in a mirror and asked, if the usual explanation was true about why left and right are reversed, why is top and bottom not reversed? This new question led to new answers. With a new Director-General we have the chance to take a new look and to ask new questions about global health.

In 1932, Lincoln Steffens said, “What is true of business and politics is gloriously true of the professions, the arts and crafts, the sciences—the best picture has not yet been painted, the greatest poem is still unsung, the mightiest novel remains to be written.” And we echo today that the most spectacular contributions of public health are still unimagined this day, the finest solutions are still before us. What we do know is that WHO and PAHO will be part of those solutions.

Abraham Lincoln died 133 years ago. He has left no DNA in the germ pool. All of his descendants are dead. But not a day goes by that we don’t know that life is better because he lived. Why? Because he left the social equivalent of DNA. To the workers of WHO and PAHO, and those who work with them, these 50 years have united you in deathless acts. Your social DNA has made you immortal. For that we say, with all of our hearts, thank you.”

D. *Address of Sir George Alleyne*

D. *Palabras de Sir George Alleyne*

Dr. ALLEYNE (Director): “Let me first thank Dr. Brundtland, Dr. Naranjo, and Dr. Foege for their remarks. How thrilling it is to hear them address with such fervor and eloquence the reasons why we should celebrate the 50th anniversary of the World Health Organization!

When I have spoken on several occasions this year, I have remarked that 1948 was a vintage year for organizations and movements that to this day have left and are leaving their imprint upon what we do and how we do it. It was also a year of significant scientific achievement. It was the year that Enders, Robbins and Weller developed their techniques for growing viruses in living cells, and the children of the world are everlastingly grateful. It is less well known that that was the year that Margaret Mead, in her seminal work *Male and Female, A Study of the Sexes in a Changing World*, laid down some of the groundwork for the appreciation of what is meant by gender identity. The men and women of this world should be and will be grateful to her. This was the year of the discovery of the transistor that was the beginning of the shrinking of distances that

has changed our lives forever. And let me be chauvinistic and say that it was the year that my own University was founded in the West Indies and its motto, *oriens ex occidente lux*—a light arising from the West—has served as a guide for persons like myself and thousands others.

However, I will not argue that perhaps the two most significant events of that year were the Universal Declaration of Human Rights and the foundation of the World Health Organization. The former has assumed the character of one of the great documents of all time and the opening phrase has been repeated perhaps millions of times because of its scope and import: *Whereas recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of the members of the human family is the foundation of freedom, justice, and peace in the world.*

It would go on to describe those rights pertaining to health that the newly created World Health Organization would seek to uphold and promote, and how well it has done so. I claim a double reason for offering my congratulations and joining in this celebration. As Regional Director of WHO for the Americas, I glory in the achievements of WHO and the role it has played in health in the Americas. As Director of the Pan American Sanitary Bureau, I salute WHO and take great pleasure in detailing what we have done together and the extent to which we in the Americas have been pleased, proud, and rather humbled at our contributions made to global health. We here cannot forget that it was the delegate from Brazil who, along with his Chinese colleague at the San Francisco conference that founded the United Nations, called for establishing a World Health Organization.

I know only too well that the survival of any organization for this length of time has meant that it has been of palpable benefit to the world and moreover has remained conscious of the need to be of benefit. It is not for me to chronicle here those achievements of which WHO can be justly proud—achievements in the field of disease prevention and control, the environment, health services. This has been done brilliantly by the three speakers before me.

But as Dr. Brundtland remarked, it is chastening to note that the first World Health Assembly established four priorities for attention—malaria, tuberculosis, venereal diseases, and the need to improve maternal and child health. Who could have imagined that 50 years later we are again calling for priority attention to malaria, and tuberculosis and that the venereal diseases have found a new captain in HIV/AIDS? Why is this so? Did we become arrogant and drunk on our success in the field of disease elimination? Did we glory too much in the development of new antibiotics and new magic bullets and in the invention of new technologies from the laboratories of developed countries? My thesis is that we went astray and we forgot the dictum of Rudolph Verchov that medicine is a social science. Perhaps we were so influenced by the marked advances in the physical sciences that we became too reductionist in approach.

But I believe we have changed and we are focusing on more interdisciplinary and systemic approaches, because we now see that WHO has taken on roles that go beyond calling for direct care, and perhaps the greatest of them all has been to sound the call of health for all, surprising and delighting the world that a health organization should enter the lists on the side of social justice.

But today, as we celebrate the past, we have to look at what remains to be done—what is the unfinished business. Clearly WHO must recommit itself to be the organization for the health of the world and the health organization of the world, and that is not a semantic difference. It will have to address those global problems which you know so well that cannot be addressed by any single country or agency. The interconnectedness of the world and its people makes the presence of a connecting body imperative. In that sense it will be the organization that addresses the health of the world. But even within this grand and global scope it will not forget that the world is peopled by many individuals whose health condition can and will be the concern of WHO.

WHO will, I am sure, seek by force of moral and technical leadership to fold into its skirts those actors that stake claim to concern for the health of the world's peoples or groups of them. This does not mean establishing a hegemony, but earning by performance the ability and capacity to win others over. It is in this context that we take pride in its being the premier health organization of the world.

I have absolutely no doubt that the auguries are excellent for the start of another 50 years and those of us who are here and those who come after us will be only too pleased to follow the global leadership.

Mr. President, it is fitting at moments like these when we celebrate the achievements of institutions and the leadership they have exercised, that we not forget the men and women who made the institutions great—the heroes of WHO. Most of these heroes will never be known to the vast majority of us. Some have given all that they possessed intellectually, spiritually, and physically. Some have paid the ultimate sacrifice in discharge of their duties as WHO staff.

Let us not forget them. As Benjamin Disraeli said: *The legacy of heroes is the memory of a great name and the inheritance of a great example.*

We have inherited a great example of an organization that is great in more than name—let us resolve to keep it so!"

*The meeting rose at 6:40 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.40 p.m.*

THIRD MEETING TERCERA REUNIÓN

Tuesday, 22 September 1998, at 9:00 a.m.
Martes, 22 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.

President/Presidente: Dr. Alberto Mazza Argentina

- ITEM 4.2: STRATEGIC AND PROGRAMMATIC ORIENTATIONS FOR THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, 1999-2002
PUNTO 4.2: ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1999-2002

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that the Executive Committee had discussed the proposed strategic and programmatic orientations at its 122nd Session and had found that they accurately reflected the recommendations made by the Subcommittee on Planning and Programming at its 30th Session, as well as the major concerns and issues that had emanated from a series of national consultations. The Committee had particularly welcomed the emphasis on equity, as well as the changes made in the document in order to eliminate duplications and to prioritize activities. It had felt that the areas of highest priority in the next quadrennium were health sector reform, the monitoring of adaptation of national health systems to overcome inequities, and the challenges posed by changes in demographic and epidemiological profiles. Technical cooperation among countries had also been identified as a priority.

The Committee had agreed that the targets for the Region were realistic and achievable. Nevertheless, several of the delegates had remarked that it would be preferable to set subnational goals in some cases, given the significant differences within countries. That was particularly true with regard to immunization coverage and the production of health data, where national figures might mask problems that existed at the provincial, state, or local level.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R4 recommending that the 25th Pan American Sanitary Conference approve the proposed Strategic and Program Orientations for the Pan American Sanitary Bureau for the 1999-2002 quadrennium.

DR. SOTELO (Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) se refiere a la primera parte de la presentación de la propuesta de orientaciones estratégicas y programáticas contenidas en el documento CSP25/8 y señala que ellas constituyen el marco de referencia para la planificación estratégica de la cooperación técnica de la Secretaría de la Organización durante el período 1999-2002. Añade que la concepción

actual de las estrategias se ha logrado por medio de consultas nacionales y discusiones técnicas, en las que se ha tomado en cuenta la experiencia de la Secretaría en la aplicación de orientaciones estratégicas anteriores y se han incorporado las recomendaciones de la 122ª sesión del Comité Ejecutivo y las contribuciones individuales de Estados Miembros. Asimismo, las orientaciones estratégicas y programáticas se basan en el análisis de las condiciones y necesidades de salud de los países y guardan relación con la política global de Salud para Todos en el Siglo XXI y con los programas generales de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Se ha utilizado como referencia la publicación *Salud en las Américas*, edición de 1998, entre otras. El proceso de consulta se llevó a cabo simultáneamente con la renovación del compromiso con la Salud para Todos que conformó la posición y aporte de la Región de las Américas a la política global de Salud para Todos en el Siglo XXI. Con esta política se promueve la identificación y acción de los factores determinantes de la salud, y acción sobre ellos se ubica la salud como núcleo central del desarrollo humano y se promueve el desarrollo de servicios de salud sostenibles, en respuesta a las necesidades de las personas.

Las orientaciones estratégicas y programáticas constituyen el marco de referencia para la Secretaría, el vector de la cooperación técnica que consta de tres capas que representan los niveles nacional, regional y global. Contienen la visión renovada de Salud para Todos, es decir, orientan a buscar las oportunidades para que todas las personas, a lo largo de su ciclo vital, obtengan y mantengan el más alto grado de salud posible. Cada una de las orientaciones busca la equidad en salud, ya que las diferencias injustas en el acceso a los servicios y a los beneficios de una buena salud entre distintos grupos de población continúan siendo la mayor barrera para lograr la Salud para Todos en las Américas. Las Orientaciones hacen hincapié en el enfoque panamericano explícitamente descrito en el *Informe cuadrienal del Director de la OPS, 1994-1997* y en los comentarios de los delegados de los Estados Miembros durante esta Conferencia. Las tres evaluaciones que se han realizado sobre el alcance de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 indican que aún hay enormes esfuerzos por realizar.

Las orientaciones estratégicas y programáticas incluyen también metas que destacan la cooperación entre países y el apoyo a los procesos de reforma en curso en la Región, según lo recomendado en la 122ª sesión del Comité Ejecutivo.

Asimismo, se reflejan en el programa y presupuesto bienal durante el cuatrienio de su vigencia. Los instrumentos y el sistema de planificación, programación, monitoreo y evaluación han sido ajustados para articular efectivamente las políticas de cooperación técnica con los recursos. Es así que se establece una jerarquía entre las metas de la Salud para Todos, el Programa General de Trabajo de la OMS, las orientaciones estratégicas y programáticas, el presupuesto por programas bienal y los planes de trabajo semestrales. El presupuesto por programa bienal se ajusta al marco de las orientaciones y se adapta a las prioridades nacionales que guían la estrategia de cooperación técnica para cada país.

Durante el nuevo cuatrienio se espera adelantar en la medición del impacto de la cooperación técnica.

Añade el Dr. Sotelo que la Secretaría ha llevado un proceso permanente de replantamiento de la cooperación técnica internacional en salud, con el fin de hacerla cada vez más eficaz. Durante el próximo cuatrienio la cooperación técnica hará hincapié en la función de la salud en el desarrollo nacional, incluidas la formación de capital humano y desarrollo institucional. Asimismo, como se basa en las prioridades nacionales, se promoverá la capacidad nacional, y se adoptarán otras modalidades de cooperación, como el establecimiento de redes nacionales e internacionales, y se impulsará la mayor cooperación entre países. Se espera que haya mayor coordinación entre los varios insumos de cooperación del país y entre las agencias internacionales de cooperación con el fin de fomentar esfuerzos conjuntos y una combinación de recursos. Se utilizará tecnología moderna en las comunicaciones para mejorar la planificación, programación, ejecución y evaluación de la cooperación técnica, así como la coordinación y movilización de recursos. Las cinco orientaciones estratégicas adoptadas para el período 1995-1998 (salud en el desarrollo humano, promoción y protección de la salud, protección y desarrollo ambiental, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y prevención y control de enfermedades) se consideran aún vigentes y son las que se recomienda que conduzcan la labor de la OSP durante 1999-2002, precisando los temas que se prevé van a ser objeto de los esfuerzos de la Región.

El Dr. PERDOMO (OPS) presenta la segunda parte del tema, relacionada con las metas y las orientaciones estratégicas y programáticas. Señala que estas se fundan en un diagnóstico de las diferentes condiciones políticas, económicas, sociales y sanitarias de la Región y que tienen en cuenta las experiencias derivadas de la aplicación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas del cuatrienio 1995-1998. Resalta que las condiciones de vida que llevaron a la conclusión de que la inequidad en salud era el problema principal que había que enfrentar siguen vigentes y, por lo tanto, se propone que ésta siga siendo la primera prioridad del próximo cuatrienio. También se recomienda que se mantengan las cinco orientaciones estratégicas para la Secretaría en el próximo cuatrienio. Se sugiere un conjunto de metas regionales a ser alcanzadas por los países con la colaboración de la cooperación técnica de la OPS. Estas metas regionales son: que, en los países con una esperanza de vida menor de 70 años de edad, esta aumente al menos dos años durante el cuatrienio; que la tasa de mortalidad infantil disminuya en 10%, la tasa de mortalidad perinatal en 20%, la mortalidad neonatal tardía en 30% y la mortalidad en la niñez en 40% (a menos de 50 por 1.000 nacidos vivos). Para la mortalidad materna se propone una reducción de 25% y que el acceso a los anticonceptivos supere 60% en todos los países. También se sugiere que el retraso del crecimiento entre los menores de 5 años de edad sea como máximo 20%, y que menos de 10% de los recién nacidos pesen menos de 2.500 gramos. En las metas también se propone que se eliminen las enfermedades por carencia de yodo; que la hipovitaminosis

subclínica A en menores de 5 años sea de menos de 10%; que se reduzca en 30% la carencia de hierro en mujeres de 15 a 44 años de edad y embarazadas, y que se mantenga la eliminación del poliovirus salvaje ya erradicado de la Región. Aun otras metas buscan que se elimine la transmisión del sarampión; que la incidencia de tétanos neonatal sea de menos de 1 por 1.000 nacidos vivos a nivel de distrito, cantón o municipio; que la prevalencia de lepra sea de menos de 1 por 10.000 habitantes; que se reduzca al menos en 50% la prevalencia de caries dental; que se elimine la transmisión de la rabia humana por perros, y que se elimine la transmisión de la enfermedad de Chagas, especialmente en el Cono Sur.

En cuanto a las acciones intersectoriales sobre los factores determinantes de la salud, se propone que al menos 80% de la población tenga servicios adecuados de disposición de aguas residuales y eliminación de excretas; que por lo menos 75% de la población tenga acceso a agua potable, y que este aumente en 10% en aquellos países con acceso de 75% a 99% en 1998. Por otra parte, se espera que todos los países tengan una política para promover la salud para todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad, que toda la sangre para transfusión sea examinada, y que se definan políticas para prevenir el consumo de tabaco entre niños y adolescentes. Finalmente, en las metas se sugiere que los sistemas de información de salud en todos los países proporcionen datos básicos válidos y confiables y que no llegue a 20% la proporción de defunciones sin registrar y que aquellas atribuibles a causas mal definidas sean menos del 10% del total de muertes registradas.

La Secretaría ha hecho una comparación entre estas metas regionales y las adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y por diferentes foros internacionales y se observó que había una clara correspondencia entre ellas. De esta manera, cuando en la Región se proponga alcanzar una meta determinada se estará contribuyendo al logro de una meta mundial. Si bien se propone que las orientaciones estratégicas se mantengan, habrá algunas modificaciones sustantivas en el contenido de ellas. Así, en el área de salud en el desarrollo se propone, a través de la cooperación técnica de la OPS, fortalecer y desarrollar la capacidad nacional y regional para analizar y hacer seguimiento de la situación de salud. El orador hace referencia al informe del Comité Ejecutivo sobre el tema, en el que se sugiere que muchas de estas metas se adopten a nivel nacional y que se modifiquen para el nivel subnacional, de tal manera que se pueda hacer análisis por subregiones o por diferentes grupos poblacionales dentro de los países. La cooperación técnica estaría dirigida a fortalecer la capacidad nacional, a promover la participación social e intersectorial en aspectos de salud y a generar, diseminar y utilizar el conocimiento y la práctica de la salud pública para la promoción, atención y recuperación de la salud. También se espera poder hacer seguimiento de la situación de salud y de las relaciones entre salud, crecimiento económico y equidad, teniendo en cuenta que esta última constituye el problema central que debe enfrentar la Región y que es necesario conocer con exactitud los factores que a ella contribuyen. En cuanto a la promoción y

protección de la salud, se sugiere que la cooperación técnica contribuya a crear una cultura que promueva la formulación de políticas, planes, programas, normas y herramientas de promoción y protección de la salud, que promueva la creación de redes de apoyo técnico, político y social a todos los niveles y estimule la adopción de estilos de vida saludables y de prevención de riesgos. En el área de protección y el desarrollo ambiental, se propone contribuir para que los países cumplan los objetivos y las metas de la Agenda 21 y de los planes de acción de las cumbres de jefes de estado del continente y de la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible. Con respecto a ambiente y salud, hay ya un conjunto de compromisos regionales que se espera cumplir, entre ellos que se fomente la acción sobre los factores físicos, químicos y ergonómicos que afectan la salud de los trabajadores; se promueva la atención primaria ambiental; se expanda la cobertura de agua y saneamiento; se mejore la calidad del agua para consumo humano; se mejore el abastecimiento de agua y la disposición sanitaria de excretas en las áreas rurales y para los pueblos indígenas, y se mejore el manejo de los residuos sólidos municipales. En cuanto al desarrollo de sistemas y servicios de salud, se recomienda dar prioridad a los procesos de reforma sectorial de los países; a fortalecer y desarrollar la capacidad rectora de los ministerios de salud; a fortalecer la capacidad institucional para el análisis, formulación de políticas, implementación y evaluación de los procesos de reforma sectorial, y a diseminar la información y las experiencias nacionales. Por último, con respecto a la prevención y control de enfermedades, se sugiere incluir los componentes de prevención de enfermedades y promoción de la salud en los programas de servicios de salud; promover la participación comunitaria y el cambio de comportamientos individuales, fortalecer la capacidad nacional para controlar, reducir o erradicar enfermedades específicas; promover el compromiso y la adopción de políticas y programas basados en evidencias científicas sobre enfermedades no transmisibles, y continuar el avance de la seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos.

El Dr. PICO (Argentina) señala que el documento presentado constituye un marco regional de referencia que puede ser adecuado en función de futuros cambios del medio, y servir así a un proceso de evaluación y consulta permanente que permita adaptar rápidamente los programas a la realidad del momento.

Destaca que, a su juicio, el proceso de elaboración del documento fue altamente participativo y permitió la contribución de todos los interesados. En el caso de la Argentina, hubo dos oportunidades de participación, una de ellas con la Secretaría y la segunda con la OSP y el Gobierno de los Estados Unidos, representado por la Sra. Linda Vogel. El Dr. Pico aprovecha la oportunidad para rendir homenaje a la Sra. Vogel, por su magnífico aporte y permanente colaboración.

El orador señala que el contenido del documento concuerda con la visión renovada de Salud para Todos y con sus valores éticos y morales y de solidaridad, siendo

éste uno de los elementos sustantivos de este nuevo documento, que hace hincapié en la dignidad de las personas. Considera que el ser humano y su familia son el eje, objeto y sujeto de la acción sanitaria. Indica que en la Argentina se hizo un análisis exhaustivo del tema del documento que se examina, junto con las autoridades de la OPS y el Consejo Federal de Salud, el máximo organismo de salud formado por los 24 ministros de salud de las provincias.

A continuación el Dr. Pico relaciona la definición de las estrategias con el presupuesto por programas bienal, y señala que, al igual que en los niveles nacionales, este se está estructurando según las orientaciones para el nuevo cuatrienio. Agrega que el espíritu de esta propuesta abarca el panamericanismo al que ya se refirió en el día de ayer. Destaca que otro componente rico de esta propuesta es que reconoce formalmente que los países deben o pueden adecuar este marco normativo, global y regional de referencia a sus propias realidades, respetando sus pautas y valores culturales, en el marco de las políticas nacionales de salud y de su propio proceso de reforma.

Indica que la Delegación de la Argentina apoya en términos generales la propuesta incorporada al documento. Cree que las recomendaciones del documento, de poder implementarse y desarrollarse en cada país, permitirá a la Organización y a los propios ministerios perfeccionar el proceso técnico-administrativo de gestión con el fin de mejorar la utilización de los recursos. Valora también la propuesta de intensificar la cooperación técnica vertical, de acuerdo con las necesidades y prioridades de cada país en el marco de sus propias políticas y el compromiso de la OPS de promover la cooperación técnica horizontal entre países con problemas y patologías similares. Por eso subraya que las metas regionales deben ser orientadoras, deben respetar las pautas y valores de cada uno de los países que integra la Región y, fundamentalmente, tienen que respetar la autodeterminación de las prioridades propias de cada país.

Hon. Henry JEFFREY (Guyana) said that the strategic and programmatic orientations should be supported; they encompassed the major health issues of the Region and were sufficiently grounded in social reality to provide the basis for the work of PAHO into the next century.

PAHO had made significant contributions to Guyana's health sector in each of the programmatic areas. It was helping with health sector reform, as well as with its malaria, HIV, oral health, and environmental health programs, among others. The Organization had also supported intercountry cooperation with Trinidad and Tobago and Venezuela.

He noted that in the opening pages and throughout Document CSP25/8, and also in the presentations of Dr. Brundtland, Dr. Alleyne, and the Executive Committee, it had been stated that equality was the basic issue that must be addressed. While sympathetic to that position, he pointed out that with the current globalization and revolution in

communications technology, serious problems arose for small and extremely poor countries such as Guyana. Equity of information was essential in order to make informed choices, but it also contributed to rising expectations that the State could not meet. That problem was compounded in the area of services. In a small country that could give rise to widespread social disillusionment and diminish social solidarity. There was no simple solution to the difficulty; nevertheless, he was glad that equity would continue to be addressed.

El Dr. GALVIS (Colombia) desea que se incorpore en las orientaciones estratégicas y programáticas que, para cumplir con éxito las metas de la OPS, es necesario hacer gestión, y que la gestión está ligada directamente a la competencia e idoneidad del recurso humano. Entre los gobiernos nacionales y regionales, los cargos de la salud a veces son usados irresponsablemente para hacer ajustes políticos en los gabinetes y se nombran personas de poca competencia que impiden que la gestión llegue a feliz término. Por lo tanto, solicita que se incluya como recomendación de la OPS que sea necesario nombrar personal competente con un perfil definido para el manejo de la salud, y que se dé estabilidad a este recurso para que pueda desarrollar con profesionalismo e idoneidad los objetivos que la OPS recomienda a los países.

O Dr. YUNES (Brasil) diz que o Governo Brasileiro cumprimenta os organizadores pela qualidade e densidade do documento relativo às OEP 1999-2002 e manifesta a sua integral adesão às prioridades estabelecidas nas cinco estratégias identificadas, as quais estão em consonância com as diretrizes do país.

Entre as prioridades apresentadas, o Brasil está concedendo especial ênfase às ações voltadas à promoção da saúde, à saúde da família, à prevenção do trabalho infantil e à saúde reprodutiva.

O enfoque da promoção da saúde que, na realidade, é o eixo norteador do conjunto de orientações, configura, para o Brasil, um processo político e social de grande importância, compreendendo propostas e práticas governamentais em que sejam privilegiadas as políticas públicas integradas e, conseqüentemente, o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Com esse entendimento, as medidas-alvo são aquelas voltadas à promoção de municípios saudáveis, à adoção de estilos de vida adequados e à prevenção de riscos. No âmbito restrito do setor, independentemente das especificidades que o seu objeto encerra, as políticas devem contemplar ações dirigidas à promoção da saúde.

O Dr. Yunes opina que outra ação prioritária do Governo Brasileiro é a saúde da família, que constitui estratégia essencial no processo de transformação do modelo de atenção à saúde em curso. Essa estratégia vem sendo desenvolvida por intermédio do

Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais são calcados em ações preventivas e de promoção de saúde.

O PSF consiste na organização de equipes de saúde – integradas por, pelo menos, médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde – que prestam atendimento a toda a família, em seu próprio domicílio. A atuação dessas equipes – que funcionam como porta de entrada no sistema de saúde – incorpora à atenção médica tradicional um conjunto de medidas capazes de efetivar a prevenção de doenças e de riscos e a promoção da saúde, buscando assim uma atenção integral.

Têm-se registrado resultados importantes na organização da atenção básica e na situação de saúde nos municípios onde está implantado esse programa. Como exemplo, estão a expressiva redução das internações por causas evitáveis (infecções intestinais, broncopneumonias, transtornos do equilíbrio hidroeletrolítico, doenças infecciosas em geral, etc.) e a diminuição anual progressiva das internações, principalmente na faixa etária de 0 a 4 anos. Outro dado relevante diz respeito à redução progressiva dos gastos totais com internação. Em uma cidade com 120.000 habitantes a economia alcançada em dois anos correspondeu a cerca de US\$ 1.150.000.

Atualmente, o Brasil conta com 2.621 equipes de saúde do PSF, beneficiando uma população de 9.042.450 milhões de pessoas, residentes em 927 municípios, e conta também com 78.466 agentes comunitários de saúde – que atuam em 3.106 municípios –, os quais são selecionados na própria comunidade onde vivem e recebem treinamento específico para desenvolver um elenco de ações básicas. A proposta do Governo do Brasil é expandir esses programas de modo que o país disponha, até o ano 2002, de 20.000 equipes de saúde da família, cobrindo uma população de 69 milhões de pessoas, e 150.000 agentes comunitários.

O Dr. Yunes conclui dizendo que o Brasil submete à apreciação três outras propostas de prioridades na CEP, a saber: prevenção de mortes por causas violentas, tendo em vista o aumento desses óbitos, que têm alcançado níveis epidêmicos, sobretudo na população jovem; desenvolvimento de novos modelos de gestão de saúde, bem como aperfeiçoamento do aparelho estatal e da capacidade de formulação, supervisão e gerência de políticas de saúde; e acréscimo nas metas regionais da erradicação da febre aftosa, especialmente no Cone Sul.

Mr. PILGRIM (Trinidad and Tobago) said that he fully supported the strategic and programmatic orientations put forward for 1999-2002, and noted that the trend away from infectious diseases toward noncommunicable diseases cited by Dr. Brundtland in her presentation existed in his country. In addition to cardiovascular disease, cerebrovascular disease, cancer, and diabetes and its complications, there was a growing

prevalence of injuries from motor vehicle accidents and violence. Those conditions were largely lifestyle-related and therefore preventable.

The health sector reform currently under way in Trinidad and Tobago emphasized primary health care, including disease prevention and the adoption of healthy lifestyles aimed at improving the health of the population in the most cost-effective manner. It was hoped that that would lead to improved productivity, stabilization, and increased economic growth. Other problems that needed to be confronted by his country and others in the Region were those associated with urban growth, an aging population, violence, environmental degradation and pollution, and the emergence of new diseases and the re-emergence of old ones.

Mr. AISTON (Canada) agreed with the underlying premises contained in the strategic and programmatic orientations and also with the statement of Guyana that inequity was the basic issue to be addressed. He also understood the necessity to continue with the same basic targets and goals established for 1995-1998, since those remained largely unmet.

Given the financial pressures the Organization was likely to face over the next several years, it might be appropriate to consider setting priorities among the many health initiatives contained in the SPOs. While good health was the outcome of a complex interrelationship of a number of important determinants, it remained essential to establish priorities.

Canada had faced similar challenges in trying to establish meaningful long-term strategies and had recently decided to concentrate efforts in three broad areas. The first was the renewed commitment to a publicly managed health care system that provided the same level of services to all. The second was the assessment and management of health risks, including programs on health promotion and health protection. Health promotion must be based on sound science-based information, while legislative and regulatory programs needed the behaviorally based promotion programs in order to deal adequately with health issues, especially problems such as tobacco consumption.

He agreed that perhaps one of the most important revolutions taking place at present was in the area of communication technology. Timely information and wide dissemination were essential to reacting effectively to health problems, and his Delegation felt that a concentration on these or similar priorities would serve the Organization well.

Canada supported the strategic and programmatic orientations for 1999-2002, and was willing to provide technical expertise and assistance in meeting the challenges that faced the Organization.

El Dr. ROSA (Honduras) felicita a la Secretaría por el trabajo realizado y llama la atención sobre la importancia que el documento asigna a la equidad y a la reforma del sector salud. Dice que su país está enfrascado en la ejecución de una nueva agenda en materia de salud. A ese respecto, agradece a la OPS y a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos el esfuerzo que realizan junto con Honduras para implantar cambios en la organización y funcionamiento en el sistema del sector salud. Manifiesta su satisfacción con el hecho de que las metas presentadas en el documento sean realistas. En Honduras se harán todos los esfuerzos posibles por estar a la altura de estos retos. Destaca la importancia de la cooperación técnica entre países y la forma clara en que el documento trata este mecanismo de cooperación.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) felicita a la Secretaría por la calidad del documento relativo al tema, y comparte los criterios generales expresados en el mismo. Sin embargo, solicita que se haga mayor hincapié en las políticas y los componentes sociales y económicos en el resto de los temas tratados. Recuerda que el día anterior el Ministro de Salud de Chile había indicado que el marco económico conlleva hoy día riesgos para los sistemas de salud, y que deben ser apropiadamente evaluados e incorporados en las orientaciones estratégicas. Cree que sería útil incorporar al documento un glosario de términos que aclare el significado específico del lenguaje utilizado. El documento es de carácter regional y debe dar cuenta de la diversidad entre subregiones y países. Esta diversidad debe tratarse como factor condicionante y se la debe incluir en las orientaciones estratégicas y programáticas. Asimismo, señala que debe subrayarse que el documento presenta las orientaciones de una organización intergubernamental cuya presencia histórica ha sido clave para mejorar las condiciones de salud y vida de la Región. Dados los cambios de paradigma en el rol del Estado y la progresiva democratización de los países, hoy es más clara la necesidad de reorientar la cooperación técnica internacional hacia las políticas públicas y el fortalecimiento del papel regulador del Estado y el papel rector de los ministerios de salud. Esto implica que el Estado debe asegurar un acceso equitativo a la salud, esfuerzo en el cual su Gobierno está hoy día embarcado. Aunque es un tema a resolver por cada país, propone que la OPS oriente la investigación de estos aspectos, que podrían denominarse provisoriamente "intervenciones basadas en evidencia". Así podría favorecerse la ejecución de intervenciones más eficaces en relación con el costo que tengan un mayor componente intersectorial y, por lo tanto, sean más sostenibles en el tiempo, tanto desde el punto de vista organizacional como sanitario y financiero. Finalmente, propone que los factores condicionantes sean un tema central del análisis del avance de las orientaciones de los Estados Miembros y de la propia Organización.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) observa que, si bien los problemas de salud y la situación de salud en las Américas no son uniformes, el diagnóstico de la situación de salud de muchos de los países revela que se encuentran en etapas de pretransición hacia nuevos perfiles epidemiológicos y demográficos que introducirán cambios profundos en

la estructura de la población. Esos cambios a su vez se traducirán en nuevas presiones sobre los magros presupuestos asignados por los gobiernos al sector social. Los sistemas de salud de la Región se caracterizan por un creciente aumento de los costos de los servicios y de los problemas y necesidades de la población aunados a una limitación permanente de la disponibilidad de recursos. A eso hay que agregar las debilidades estructurales acumuladas a lo largo de períodos históricos, que han transformado al sistema en uno que reconoce la inequidad como su carácter esencial.

Las corrientes de privatización que dominaron la década de los noventa están actualmente sometidas a una revisión crítica, por lo cual parecería conveniente resaltar el papel del Estado en la organización de la oferta en salud. Con ese fin sería necesario que esta Conferencia pudiera asumir un compromiso para estimular estrategias que incrementen la capacidad de resolución del Estado y presenten nuevos modelos de gestión y gerencia. A su entender, la situación de salud de una comunidad depende de que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos y sus condiciones higiénicas y sanitarias. Sugiere, por lo tanto, que la OPS oriente su estrategia a favorecer la inversión social en infraestructura sanitaria, de tal manera que se puedan superar los indicadores de salud que derivan de las condiciones de pobreza. Por otra parte, el acceso a servicios de calidad con cobertura universal se logrará en la medida en que la sociedad política logre superar su anquilosamiento y tenga acceso a los conocimientos de la administración moderna.

Destaca que la modernización del Estado es una condición *sine qua non* para alcanzar el compromiso de salud para todos en el año 2000. Hay suficiente experiencia acumulada para reconocer que la incapacidad de gestión de salud es una debilidad fundamental que impide garantizar la eficiencia y la equidad, que a su vez son fundamentales para superar la pobreza de muchos países. En el caso de Nicaragua, señala que no existe una estrecha relación entre los indicadores de salud y el producto interno bruto y que en el país se ha avanzado en materia de salud pública y con la estrategia de atención primaria se ha podido superar las grandes limitaciones económicas existentes. Con una población de 4,5 millones de habitantes, Nicaragua enfrenta sus problemas de salud con un gasto per cápita de US\$ 44, de los cuales \$10 corresponden al sector privado y aproximadamente \$21 a la cooperación externa. Esto significa que el gasto del presupuesto fiscal en materia de salud es apenas \$14. En vista de lo anterior, sugiere llegar a un acuerdo por medio del cual en esta Región se pueda establecer que el compromiso de salud para todos será posible en la medida en que el Estado avance en su capacidad de dar respuesta a los problemas de salud.

Ms. VALDEZ (United States of America) noted that the proposed orientations took into account the challenges and opportunities that would impact health conditions in the Americas, inter alia, increased globalization, technological advances, political

changes, economic strengths, the rapidly aging population, and the key challenge of all: equity.

Equity had also been highlighted in the previous quadrennium. The question now was what PAHO and the Member States, working together, could do differently to better address that struggle. It was necessary to continue to ask whether the proposed orientations provided enough focus and prioritization to make for significant progress and to allow for more accurate measurement of future impact. New and important changes had occurred since those SPOs had been proposed, including the recent Summit of the Americas and the critical change process initiated by the new leadership at WHO.

Her Delegation believed that the SPOs and any further enhancements should be part of a dynamic process and hoped that adoption of the proposed resolution would not suggest that the SPOs were set in concrete.

Dr. CODFRIED-KRANENBURG (Suriname) considered that the five orientations were extremely important for the Americas and its people as a guide for the next quadrennium. However, she felt that the phrase "Supporting programs aimed at protecting child workers exposed to environmental and occupational risks" on page 33 of Document CSP25/8 should be broadened to read simply "...programs aimed at protecting workers..." Child labor must not be encouraged, and in any case the concept applied to workers in general.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) felicita a la Organización por el documento y los cinco lineamientos en él propuestos, con los cuales su Gobierno concuerda plenamente. Destaca principalmente el tema de la promoción de la salud. Desde ese punto de vista, y teniendo en cuenta que las orientaciones estratégicas y programáticas propuestas son una renovación de las anteriores, repasa algunos logros obtenidos en su país como consecuencia de la aplicación de dichas estrategias, con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud. Sin duda alguna, para el Uruguay ha tenido especial importancia la reducción de la mortalidad infantil en los últimos 10 años. El país ha hecho un esfuerzo muy grande en este sentido, particularmente en cuanto a salud maternoinfantil: la mortalidad infantil disminuyó en 50% durante el período mencionado, a 13 por 1.000 nacidos vivos hoy en día. También se ha dado en el Uruguay la transición epidemiológica que sigue a la transición demográfica, con lo que actualmente el país tiene el porcentaje más alto de adultos mayores. Se constata asimismo un aumento de la esperanza de vida debido a la reducción de la mortalidad en diversos grupos de edad, excepto el de 15 a 44 años. En este último grupo se destaca la importancia de los accidentes de tránsito como causa de defunción, siendo esta la primera causa de muerte entre el grupo de edad mencionado, y la tercera para el total de la población.

Se mantiene la tendencia de la esperanza de vida, que llega a 77,4 años para las mujeres y 69,3 para los hombres. Esta diferencia de ocho años entre los sexos es causa de preocupación. Por otra parte, mientras las tasas de defunción por enfermedades cardiovasculares han disminuido en ambos sexos, las ocasionadas por tumores malignos han aumentado entre los hombres y disminuido entre las mujeres. Esto ha llevado a un crecimiento de la población de 65 y más años, especialmente de mujeres, y a un aumento notorio de los trastornos mentales, que hoy en día superan a la diabetes como causa de defunción y tienen la misma magnitud que los accidentes de tránsito y los suicidios sumados.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, señala que hace varios años no se presentan casos de rabia humana, poliomielitis, difteria y tétanos neonatal. Afortunadamente, no hubo cólera en el país durante la reciente epidemia y también ha habido una gran disminución de los casos de diarreas y de enfermedades inmunoprevenibles. El Programa Ampliado de Inmunización ha tenido mucho éxito y destaca en especial la ayuda recibida de la OPS, que ha permitido obtener 80% de cobertura y ampliar los planes de inmunización. En la actualidad se vacuna en el país contra *Haemophilus influenzae*, contra meningococo A y C, y pronto se incluirá la inmunización contra la hepatitis B y varicela. La nutrición infantil ha mejorado en los últimos años y la tasa de crecimiento de SIDA se ha hecho más lenta. En el momento no hay casos de malaria ni dengue; no obstante, en 1997 se encontró larvas de *Aedes aegypti*, que había sido erradicado en 1968. En este sentido dice que, en la reunión de ministros de salud pública del Cono Sur celebrada en Buenos Aires, se asumió el compromiso de desarrollar, conjuntamente con la OPS, una estrategia de prevención del dengue durante el segundo semestre de 1998. El Uruguay fue certificado libre de la enfermedad de Chagas en septiembre de 1997 y se continuará el programa para mantener la vigilancia y así aprovechar la estructura sanitaria para otro tipo de prevención, como la del dengue.

Por último informa que, siguiendo el llamado de la OMS durante la última Asamblea Mundial, se ha iniciado una campaña de lucha contra el tabaquismo en todos los medios de comunicación.

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

El Dr. MARTÍNEZ (Presidente de la Comisión de Credenciales) informa que la Comisión, integrada por los Delegados de Canadá, Nicaragua y Venezuela, llevó a cabo su segunda sesión el 22 de septiembre de 1998 a las 10.30 de la mañana y procedió a examinar las credenciales entregadas al Director de la Oficina, de conformidad con los artículos 5 y 32 del Reglamento Interno de la Conferencia, encontrando que las credenciales de los Delegados de Granada, Guatemala, Jamaica y el Reino Unido se

presentaron en buena y debida forma, razón por la cual propone que la Conferencia reconozca su validez.

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

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

ITEM 4.2: STRATEGIC AND PROGRAMMATIC ORIENTATIONS FOR THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, 1999-2002 (*conclusion*)

PUNTO 4.2: ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1999-2002 (*conclusión*)

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) dice que el documento relativo a las orientaciones estratégicas y programáticas no solo orienta las acciones de la OSP, sino que también sirve de herramienta de trabajo para guiar las de cada país. Como se ha señalado, la cooperación técnica en cada país debe obedecer a las prioridades y necesidades nacionales. Gracias a la cooperación de la OPS, el Paraguay ha preparado e iniciado la implementación del nuevo programa de actividades del Gobierno en materia de salud, a fin de afrontar tanto los efectos, como las causas básicas y estructurales, así como otras subyacentes, de la crítica situación en que se encuentran el país y su sector de la salud. Se espera que con la nueva política económica y financiera adoptada se podrá controlar de manera más eficiente los escasos recursos del país, el cual se enfrenta con serios problemas epidemiológicos y de carácter organizacional y funcional dentro del sector de la salud, asociados a un escaso presupuesto para el desarrollo de programas sociales. Esto obedece a que casi todos los análisis de la situación realizados por las agencias de cooperación internacional y por otros organismos bilaterales han partido de diagnósticos errados, que han limitado la asignación de los recursos y han aumentado la falta de equidad.

Actualmente hay en el Paraguay epidemias de sarampión y de malaria y problemas críticos relacionados con la tuberculosis, la enfermedad de Chagas y la lepra. El país tiene una de las coberturas de saneamiento más bajas de América Latina, una tasa de mortalidad materna de 386 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos y una mortalidad infantil de 40 por 1.000 nacidos vivos. Por lo tanto, desea contar con el apoyo de la OPS y del MERCOSUR para que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social pueda ejercer el liderazgo y hacer frente a esos problemas. Añade que la cooperación técnica entre países no solamente es realista, sino más fácil y oportuna así como más barata, para países pobres.

Es necesario crear asimismo un nuevo sistema de salud con instituciones renovadas, para lo cual será fundamental recuperar la rectoría que ha perdido el Ministerio. Para lograrlo, se ha propuesto reorganizar el sector de la salud mediante una

descentralización guiada, que no sea impuesta por organismos de base, y sobre todo mediante un cambio radical de la atención prestada en los servicios de salud.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) elogia el documento sobre las orientaciones estratégicas y programáticas, que representa un marco de referencia analítico respecto de las relaciones entre la política, los programas y los presupuestos. La OPS y la OMS deben fundirse en una única estructura operativa, procurando que esa simbiosis conduzca a las intervenciones en concordancia con los países, a fin de poder trabajar con orientaciones y programas y tener un impacto en las comunidades. Concuerta en la necesidad de reconocer la situación actual de la Región y hace hincapié en la necesidad de examinar la viabilidad de los programas y de las orientaciones estratégicas y programáticas para determinar si puede producirse el impacto deseado y si es factible resolver los problemas de pobreza y de desigualdad.

Cabe preguntarse también la forma en que la OPS aborda, en un sentido organizativo y estructural, las orientaciones y los programas que le permiten aumentar su impacto. Aludiendo a las palabras de la Directora General de la OMS, afirma que los organismos deben encontrar nuevas pautas de desempeño, sin copiar nada mecánicamente, procurando con ello ser mucho más eficaces y eficientes. No basta con tener una buena orientación, un buen programa, o una buena cobertura; también hace falta el financiamiento apropiado para llegar a todos los países y lograr con eficiencia las metas trazadas. La OPS ofrece la esperanza de seguir trabajando por una gobernabilidad y una gestión mucho más apropiadas en los países de la Región, pero es su responsabilidad llevar adelante las orientaciones y estrategias programáticas en los niveles general, particular y específico.

En concordancia con una decisión del Consejo Directivo en 1997, hay un plan preventivo para controlar o reducir en la Región las afecciones bucales, que figuran entre las más comunes. Más del 95% de las personas en el mundo sufren caries dentales. Dicho plan incluye no solo la yodación, sino también la fluoración de la sal.

Como parte del esfuerzo por promover la participación activa en los países, Venezuela ha dado gran importancia a los municipios saludables, a la medicina familiar y a un programa de capacitación técnica y comunitaria dirigida también a los líderes de la comunidad, para llevar adelante los programas. Para terminar, da lectura a la cita de Bertrand Russell: "Tendremos que examinar por qué los hombres han utilizado hasta ahora su inteligencia para hacer un mundo del que solo han podido disfrutar unos pocos y que ha supuesto para la mayoría una vida más miserable que la de los animales salvajes".

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) dice que su país apoya el documento sobre las orientaciones estratégicas y programáticas, que incorpora aspectos de las políticas públicas de salud que ha diseñado Panamá para alcanzar equidad, eficiencia, eficacia y

calidad en su sistema nacional de salud. Ha habido grandes adelantos en cada una de las orientaciones, según se documenta claramente en el Informe cuadrienal del Director de la OSP 1994-1997, pero se considera conveniente mantenerlas e incorporarlas a los planes y programas nacionales y regionales que sirven de base a las acciones de cooperación técnica porque aún falta desarrollar muchos aspectos. Por otra parte, es importante impulsar la estrategia básica de promoción y protección de la salud, por ser ésta un derecho humano, programando estilos de vida saludables con la participación y concertación sectorial y extrasectorial y de la sociedad civil en su conjunto. En Panamá esto se ha efectuado mediante programas desarrollados en el nivel de los distritos, denominados *Municipios Siglo XXI*. Se busca asimismo desarrollar nuevos modelos de atención y de gestión en el campo de la salud a fin de lograr cambios en la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud encaminados a reorientar sus funciones y redefinir las relaciones entre sus diversas instancias. Con ello se busca lograr el desarrollo humano sostenible de todos y cada uno de los habitantes de los países de la Región.

El Dr. LECHTIG (Observador, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) felicita a la OPS y a su Director por el documento de las orientaciones, y ofrece el apoyo del UNICEF en lo que aún queda por hacer. Señala la necesidad de subrayar el aspecto de la equidad, que está íntimamente ligado con la integridad del tejido social. La pregunta no es cómo involucrar a la familia o a la comunidad, sino cómo ésta última va a involucrar a los servicios como un componente esencial de su proceso de desarrollo y a reconocer su legitimidad. En cuanto al uso de la información para tomar mejores decisiones, todavía es posible introducir mejoras si se examinan no solo las lecciones aprendidas institucionalmente, sino también los fracasos. La ausencia de servicios de salud viola todos los derechos, pero sobre todo los de las mujeres y los niños. El estado de éstos determinará en gran parte el futuro de la sociedad, y son los niños los más vulnerables en condiciones de crisis, sea por deterioro, pobreza, ajuste económico, desastre climático, o guerra. Le complace que varios delegados hayan dirigido la atención hacia la niñez y la mujer en el contexto de las políticas del plan. El interés por los niños y el derecho a la vida, a la salud, a la nutrición y a ser libre de todo tipo de discriminación data de mucho antes de la Revolución Francesa, que trajo el Código Napoleónico. Los niños son pilares fundamentales en la formulación de las políticas fundamentales y de cooperación en salud y nutrición y sus derechos se han plasmado programáticamente en varias acciones, siendo una de ellas la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, cuyas metas están programadas para el año 2000. En este contexto son imprescindibles la inversión social y una cultura que respete los derechos no solamente en el nivel nacional, sino en el internacional. De allí la necesidad de determinar la compatibilidad entre las metas y estrategias formuladas y las acordadas por los países en reuniones anteriores, tales como la Cumbre Social de Copenhague, según la cual 20% de la ayuda externa y 20% del presupuesto del gobierno nacional deberán destinarse a satisfacer las necesidades humanas básicas. También cabe determinar si estas metas son

compatibles con la formulada por el Grupo de los 7, que consiste en aumentar al 0,7% del producto nacional bruto la cantidad asignada a la ayuda externa. Por otro lado, se está produciendo cierta confusión que puede redundar en menos recursos y eficiencia, puesto que algunos asuntos se presentan repetitivamente. La eficiencia es esencial, pero el recorte de la inversión social no forma parte de un proceso de desarrollo; más bien, representa una crueldad para las inmensas mayorías de una Región donde 60% de los niños continúan siendo pobres.

Es lamentable observar que la inversión en la salud se ha recortado en todo nivel, lo que se traduce en una situación de gran disparidad. Es necesario promover una mayor inversión social y una cultura de derechos, así como mejorar la coherencia entre las acciones y orientaciones.

El Dr. SOTELO (Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) agradece los comentarios de los distintos delegados sobre el documento, que son de gran interés para la Secretaría y se tendrán en cuenta en la versión final del mismo.

Dice que ha tomado nota de las sugerencias de la Delegada de los Estados Unidos de América, que plantea la idea de un proceso dinámico y flexible en cuanto a la aplicación de las orientaciones estratégicas y programáticas, así como de la propuesta de la Argentina de sentar las bases para un mecanismo de vigilancia y evaluación. También alude a la de Chile de incorporar la diversidad y los factores condicionantes en el seguimiento de las nuevas orientaciones.

Argentina, Canadá, Trinidad y Tabago, Venezuela y los Estados Unidos se refirieron a la necesidad de establecer una jerarquía para las orientaciones programáticas, y a ella el Dr. Sotelo añade la importancia de nacionalizarlas en función de la definición de prioridades nacionales. La sugerencia de Chile de contar con un glosario es una gran idea que se pondrá en práctica y sus comentarios, así como los de Colombia, Brasil y Honduras se tendrán en cuenta al revisar el documento.

Por último, agradece al Observador del UNICEF su oferta de colaboración.

Dr. ALLEYNE (Director) noted that Document CSP25/8 was the result of a process that had involved broad participation. Over time, PAHO was discovering how the strategic and programmatic orientations could best serve as guidelines for the work of the Secretariat and programs at the national level.

The strategic and programmatic orientations were predicated on the fact that there had been improvement in the health of the Americas. Much still remained to be done, however, and the document was cast in such a way as to address some of the outstanding problems. The issue of inequity was still a major concern, but one on which PAHO could

have an important impact. The division of the strategic and programmatic orientations into the five areas agreed on in the Subcommittee on Planning and Programming and the Executive Committee was a convenient way to structure the Secretariat and in no way impeded cross-divisional or inter-programmatic activities.

One issue raised was that of information and equity. PAHO was concerned as to whether new information increased or decreased inequity. The dilemma was that information could do both. The solution lay in controlling the content of information: information that highlighted status differences and fostered unattainable aspirations was necessarily divisive and destructive of social cohesion. However, given proper content and use, information could have a positive impact on social cohesion and health. PAHO could take a more aggressive stance on the use and dissemination of health information by focussing on nonconflictive, socially cohesive aspects of health, and by assisting the ministries of health to structure information to foster social cohesion. Access to health information could in itself be a factor contributing to health inequality, since the rich had better access to health information and therefore to better health conditions.

The Director noted the request that general orientations be reflected in priorities. He hoped that the program budget would show more clearly the areas that constituted the program priorities. Reference had been made to the relationship between national economies and health. He agreed with the Minister of Health of Nicaragua that inequality as well as levels of poverty were predictors and determinants of health status.

In a recent discussion in Uruguay, the Minister of Health had pointed out the danger of setting one generation against another. In Uruguay, 17% of the population was over 65 years of age. In the context of inequality, to concentrate on inter-generation difficulties or to isolate one group against another was destructive and unacceptable, and a certain recipe for the destruction of social cohesion.

El PRESIDENTE pide al Relator que presente el proyecto de resolución sobre el tema.

El RELATOR hace referencia al siguiente proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CSP25/8, "Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002";

Mindful of the constitutional function of the Pan American Sanitary Conference in determining the general policies of the Organization; and

Recognizing the need of the Member States and the Secretariat to channel their efforts and resources toward tasks that improve access to health services and help to ensure effective satisfaction of the health needs of the inhabitants of the Region,

RESOLVES:

1. To approve the "Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002" as a basic frame of reference for the strategic planning of the technical cooperation of the Secretariat.
2. To urge the Member States, when formulating their national health policies, to take into account the strategic and programmatic orientations for the Bureau corresponding to the quadrennium 1999-2002.
3. To request the Director to:
 - (a) apply the strategic and programmatic orientations when preparing the biennial program budgets of the Organization during the quadrennium 1999-2002;
 - (b) assess the impact of technical cooperation with the Member States, utilizing the "Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002" as the basic frame of reference, and report the findings of this assessment to the Governing Bodies;
 - (c) disseminate the document "Strategic and Programmatic Orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002" among the Member States, and transmit it to the Director General of WHO for consideration;
 - (d) transmit the aforementioned document to multilateral organizations and the technical cooperation agencies of donor countries that participate in health sector activities of the Member States.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento CSP25/8, "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002";

Teniendo en cuenta la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana relativa a la determinación de las políticas generales de la Organización; y

Reconociendo la necesidad de los Estados Miembros y de la Secretaría de encauzar sus esfuerzos y recursos en tareas que mejoren el acceso a los servicios de salud

y ayuden a lograr la satisfacción efectiva de las necesidades de salud de los habitantes de la Región,

RESUELVE:

1. Aprobar las "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002" como marco básico de referencia para la planificación estratégica de la cooperación técnica de la Secretaría.
2. Instar a los Estados Miembros a que, al formular sus políticas nacionales de salud, tengan en cuenta las orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina correspondientes al cuatrienio 1999-2002.
3. Solicitar al Director:
 - a) que aplique las orientaciones estratégicas y programáticas al elaborar los presupuestos bienales por programas de la Organización a lo largo del cuatrienio 1999-2002;
 - b) que evalúe el impacto de la cooperación técnica con los Estados Miembros, utilizando como marco básico de referencia las "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002", e informe a los Cuerpos Directivos sobre los resultados de dicha evaluación;
 - c) que difunda entre los Estados Miembros el documento "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002", y lo transmita al Director General de la OMS para su consideración;
 - d) que transmita el mencionado documento a organizaciones multilaterales y organismos de cooperación técnica de países donantes que participan en actividades del sector de la salud de los Estados Miembros.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 4.3: TECHNICAL COOPERATION AMONG COUNTRIES: PANAMERICANISM
IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

PUNTO 4.3: COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES: PANAMERICANISMO EN
EL SIGLO XXI

Hon. Ronald KNOWLES (Representative of the Executive Committee) presented Document CSP24/9. At the 122nd Session of the Executive Committee, Dr. Mirta Roses, Assistant Director of PAHO, had reviewed the evolution of technical cooperation among countries in the Region, describing various modalities and trends in technical cooperation, and outlining challenges and prospects for the twenty-first century. PAHO's role in promoting and facilitating cooperation was governed by the principles of solidarity, sovereignty, dignity, equity, and the capacity for development and sustainability.

Reciprocity was also one of the modalities of technical cooperation. Reciprocity might involve cooperation between two or more States for their mutual benefit; exchange or joint cooperation, in which two or more States cooperated on a project or program based on common goals; contributions, in which one country transferred technology to another; and triangular arrangements, in which a more developed country financed cooperation between two less-developed countries.

The most prominent trends in TCC included cooperation between neighboring countries, countries in the same subregion, countries sharing areas of common interest in science and technology, and bilateral agreements. There were examples of each type, a number of which had received catalytic support from PAHO.

A number of challenges faced the countries and international cooperation agencies, particularly PAHO, in continuing to develop and promote panamericanism in the twenty-first century. The Executive Committee had underscored the growing importance of technical cooperation among countries in light of funding reductions and resource constraints faced by international cooperation agencies. The Committee had also voiced strong support for the concept of PAHO-sponsored technical cooperation among countries (TCC), as opposed to technical cooperation among developing countries (TCDC). The Executive Committee had identified trends for future technical cooperation, including decentralization and local origination of TCC projects and shared services, and had underscored the importance of developing systems and training.

A number of delegates to the Executive Committee had pointed to the need to formalize informal cooperation agreements, particularly in the Caribbean. The Executive Committee considered that PAHO's chief role in TCC was to serve as catalyst and facilitator for partnership between countries. It also stressed the key role of PAHO/WHO Representatives in identifying opportunities and supporting TCC.

Delegates to the Executive Committee had suggested improving the document by including more information on PAHO's criteria for TCC fund approval, as well as a table showing the types of projects funded. That information had subsequently been included in Document CSP25/9. The Committee had also expressed the hope that budget allocations for TCC projects would be used, and not reduced.

El Dr. ROSA (Honduras) agradece destacar la importancia de la cooperación técnica entre países como herramienta fundamental para el desarrollo sanitario y el manejo de problemas comunes. En Honduras, el proceso de integración social exige un renovado esfuerzo y una perspectiva de desarrollo futuro en el que la salud internacional ocupa un lugar destacado. Felicita a la Secretaría por el documento presentado, que da relieve a la cooperación técnica entre países, y añade que Honduras, junto con Panamá, está desarrollando iniciativas importantes para la transferencia de tecnologías y conocimientos en el campo de la salud mental en la comunidad. Asimismo, colabora con El Salvador en la lucha contra las enfermedades transmisibles que afectan a sus poblaciones fronterizas, principalmente la rabia, la enfermedad de Chagas y la tuberculosis. Trabaja con Cuba para lograr el mantenimiento de los servicios de salud y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud; con Nicaragua, para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en la frontera y con los Estados Unidos de América para lograr un plan de cooperación mutua con el apoyo de la OPS. Expresa su deseo de que los fondos de la cooperación técnica entre países sean iguales o mayores en años futuros y de que los mecanismos de asignación y ejecución se tornen más fluidos para beneficio de todos los países.

El Dr. DOTRES (Cuba) expresa el apoyo del Ministerio de Salud Pública de Cuba a la cooperación técnica entre países y su disposición de continuar desarrollándola. Desde su planteamiento en 1978 esta cooperación se ha manifestado válida y vigente, aunque hoy se reconoce que aún no se ha logrado su plena y adecuada utilización; por eso representa un desafío el encontrar mecanismos y alternativas que favorezcan su uso más racional. En Cuba es una política del Estado que ha favorecido la conciliación entre las políticas nacionales y las prioridades de cooperación técnica, así como la implementación de estrategias selectivas de desarrollo. El país ha enviado profesionales y técnicos a la mayoría de los países en desarrollo para desempeñar labores asistenciales, docentes, de investigación y de desarrollo de los servicios de salud, así como asesorías y consultorías. En él se han formado miles de profesionales y técnicos procedentes de países en desarrollo.

Actualmente de 264 centros colaboradores de la OMS en la Región de las Américas, 13 son cubanos. Cuba ha enviado brigadas médicas, materiales y medicamentos a países que han sufrido desastres naturales y ha recibido a personas afectadas por los mismos. También se han recibido en el país múltiples manifestaciones de cooperación ante situaciones de epidemia, así como para el desarrollo tecnológico del

sistema nacional de salud. Durante los últimos años, Cuba ha desarrollado un fuerte programa de cooperación técnica con países del Caribe Oriental, Belice, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. La colaboración técnica entre países tendrá cada vez más relieve en el panorama de la cooperación en salud para el nuevo milenio y en el desarrollo estratégico de los pueblos, países y zonas de la Región.

O Sr. RUBARTH (Brasil) diz que, na avaliação da Delegação brasileira, o documento elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde é bastante informativo e faz uma breve e correta retrospectiva histórica da cooperação horizontal na Região. Descreve um conjunto de iniciativas levadas a cabo pela OPS para estimular esse tipo de cooperação, além de abordar questões relativas a seu financiamento, em particular o mecanismo do TCC.

O Brasil concorda com as tendências identificadas no documento e apóia ações voltadas para incentivar a cooperação técnica entre países vizinhos ou limítrofes e também entre países de uma mesma sub-região, uma vez que há questões e preocupações comuns que podem ser objeto de um trabalho conjunto. Essa estratégia parece realista e presume um trabalho que se vai consolidando e aumentando sua abrangência progressivamente. O Brasil também apóia firmemente a proposta contida no documento de valorizar e utilizar mais intensamente o potencial dos diversos centros colaboradores da OPAS distribuídos na Região.

Entende-se que a sua proximidade em relação aos problemas e a reconhecida capacidade profissional de seus corpos técnicos certamente os credenciam a desempenhar um papel mais atuante. Do ponto de vista organizacional, o Brasil já dispõe de uma instância nacional de coordenação da cooperação horizontal, a Agência Brasileira de Cooperação, com a qual o Ministério de Saúde colabora de forma permanente. O que ainda representa uma limitação para ampliar o alcance da cooperação é a ausência de um fundo específico para financiar ações de cooperação. A fim de suprir essa escassez, o Brasil gostaria que a Organização Pan-Americana da Saúde se mobilizasse cada vez mais junto a terceiras fontes para captar recursos que possam ser utilizados pelo TCC. Esse é um impulso inicial importantíssimo, que muitas vezes viabiliza o desenvolvimento futuro da cooperação com recursos dos próprios países envolvidos.

Em linhas muito gerais, o Brasil tem procurado desenvolver ações conjuntas com os demais estados membros do MERCOSUL. Vários exemplos concretos demonstram sua afirmação. O Brasil se dispõe a colaborar mais estreitamente com o convênio Hipólito Unanue, em particular, para o acompanhamento epidemiológico sub-regional. Além disso, acaba de apresentar uma proposta à Organização Pan-Americana da Saúde, juntamente com a Colômbia e o Peru, para usar recursos do TCC para financiar ações conjuntas na área fronteiriça dos três países.

Entende-se, enfim, que as modalidades de cooperação técnica sugeridas no documento da Organização Pan-Americana da Saúde são adequadas. O Brasil tem procurado colocar em prática colaborações que incorporam a estratégia contida neste trabalho.

Mr. AISTON (Canada) stated that technical cooperation among countries was an important mechanism for promoting sustainable human development, as reflected in the Organization's proposal at the recent Summit of the Americas.

Of the recommendations contained in Document CSP25/9, he singled out the one on monitoring and evaluation and emphasized the importance of routinely monitoring technical cooperation activities to ensure that they were meeting their intended goals.

Two years previously Canada's International Development Agency (CIDA) had developed "a strategy for health," which would be evaluated periodically in the context of its basic human needs review and other development assistance review mechanisms. A results-based management approach was being used to ensure that financial and human resources were being used effectively.

Canada's PAHO/WHO Collaborating Centers, federal and provincial ministries of health, universities and colleges, research institutions, and the private sector had been involved in cooperation projects in Latin America. Canada had been eager to share its expertise not only because the effort responded to such principles as solidarity and equity but also because there was much to learn from the results. Keeping in mind that the best cooperation was mutual cooperation, Canada had increased its bilateral cooperation with other ministries of health in the Region.

Perhaps the examples in Annex B were too brief. It would be interesting for the Organization to publish a biennial report with more details on this form of technical cooperation. The criteria provided in Annex C were helpful in informing Member States about how to access funds.

Hon. Henry JEFFREY (Guyana) said his country and the entire Caribbean community supported the process of technical cooperation among countries. TCC offered some mitigation of the difficulties in access to medical services available to the poorer countries. Guyana's cooperation with Trinidad and Tobago and also with Cuba, and that of other CARICOM countries with Canada, were examples of the process.

CARICOM had recently adopted phase two of the Caribbean Cooperation in Health, which emphasized the need for cooperation among the countries within and outside the Region. The initiative identified priority areas such as environmental health, health systems development; chronic noncommunicable diseases; mental health,

including substance abuse; food and nutrition; and human resources development. The intention was that priority areas would form the basis of national health policies based on assessment of national needs that were in keeping with PAHO's programmatic orientations. The CARICOM countries thanked PAHO for its continuing support in crafting and implementing their programs. Guyana would be particularly aggressive in pursuing the cooperation agenda.

An area of cooperation PAHO might consider was bringing together nationals and non-nationals wishing to assist the sector and national governments. Guyana believed that such efforts made a useful contribution if properly coordinated.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) señala que a partir del restablecimiento de la democracia en Chile, el país decidió llevar a cabo un programa de cooperación destinado a dar a conocer sus capacidades científicas, técnicas, económicas y culturales a los países de la Región y a recibir de éstos ayuda para el desarrollo del sector de la salud. Mediante su agencia de cooperación internacional, Chile ha venido desarrollando un programa de cooperación con los países de la Región en diversas áreas priorizadas por ellos, entre las cuales la salud ocupa un lugar relevante. Dentro de dicho programa se inscribe el de cooperación técnica en salud, que siempre ha atendido a la formación de profesionales de pre y posgrado, y al desarrollo del programa de atención de salud, que son modelos de organización y gestión. A partir de 1995, el Ministerio de Salud y los servicios de salud han desempeñado un papel activo como ejecutores del programa de cooperación técnica en salud.

Los grandes objetivos del programa consisten en contribuir a fortalecer los lazos entre el sistema de salud chileno y los sistemas de salud de los países latinoamericanos, estimulando un intercambio de conocimientos, información y tecnologías entre ellos; fomentar la cooperación técnica y el intercambio de profesionales y técnicos en el área de salud; e intercambiar experiencias y resultados, especialmente en los procesos de reforma del sector de la salud que se están llevando a cabo en la Región. Chile también ha venido desarrollando un proceso de cambio que abarca tanto los desafíos del cambio demográfico y epidemiológico, como el del logro de la equidad en el acceso a la salud. Ha puesto en marcha nuevos modelos de gestión sectorial a fin de que su Ministerio de Salud asuma la función de regular los mercados de salud. En tal proceso se están probando y evaluando nuevos instrumentos, tales como modelos de financiamiento orientados a la equidad; la descentralización del nivel primario de atención; modelos de gestión descentralizados basados en compromisos entre el Ministerio y los servicios de salud; el financiamiento de prestaciones para pacientes de edad avanzada con enfermedades catastróficas, y el financiamiento de diálisis para pacientes con nefropatías terminales.

El papel de la OPS en este proceso es relevante, por tratarse de un foro sanitario que recoge y preserva la tradición de cooperación panamericana. También al convocar al grupo internacional de apoyo a la reforma del sector salud chileno, participan países de vertientes tan diferentes como Alemania, Bolivia, Canadá, Colombia, España, y Reino Unido, entre otros, y organismos financieros como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, además de entidades privadas especializadas en la cooperación en salud. Un aspecto que requiere mayor énfasis, a juicio del Gobierno chileno, es el de los proyectos TCC. Chile ha establecido solo un programa de colaboración, con Cuba, y espera por este medio continuar reforzando la disponibilidad de recursos y generando programas efectivos de cooperación técnica en salud a mediano plazo, cuyos resultados puedan palparse y evaluarse. Al margen de estos procesos, Chile ha entrado en acuerdos triangulares entre países de distinto nivel de desarrollo.

Finalmente, destaca el orador que los nuevos procesos de integración regional y subregional ponen de manifiesto las necesidades de cooperación técnica que suscita el flujo de bienes y personas. Las necesidades de normalización y de un control sanitario coordinado, entre otros temas, deberían abordarse cooperativamente, con la ayuda de la OPS para facilitar el diálogo y los adelantos técnicos.

El Dr. PICO (Argentina) agradece al Director la inclusión en esta Conferencia del tema de la cooperación técnica horizontal. El Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina ha intensificado en los últimos seis años esta cooperación. Sirven de ejemplo sus convenios sanitarios bilaterales con los cinco países limítrofes, con los cuales desarrolla actividades muy puntuales según sea necesario, como en el caso del control del cólera en algún momento, y ahora de la enfermedad de Chagas, del hantavirus y del paludismo. También tiene convenios de cooperación técnica horizontal con otros países de la Región y de otras regiones, entre ellas Europa y África, así como programas multilaterales, en particular el del MERCOSUR. En este programa, los Ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, con la reciente adición de Bolivia y Chile, realizan desde hace dos años una activa campaña de trabajo en común a través de comisiones de vigilancia en cada país y en el último año se ha logrado firmar las pautas negociadoras y se han definido los mecanismos, acordados por los cuatro Estados Miembros, dedicados al control de los alimentos y los medicamentos.

El segundo gran componente del programa del MERCOSUR abarca la vigilancia epidemiológica y la sanidad en las fronteras, fundamentalmente los medios de transporte transfronterizos.

La Argentina también inició hace muchos años una buena relación con países del Pacto Andino, que en los últimos años ha participado de las reuniones de Ministros del MERCOSUR. Asimismo, ha firmado un convenio de cooperación con la Secretaría de Salud de los Estados Unidos de América a fin de comenzar un intercambio importante de

tecnologías, conocimientos e información. El país cuenta, además, con un programa de cooperación internacional con fondos que aporta la Cancillería para los programas de apoyo a proyectos binacionales. Los convenios giran en torno al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica al nuevo modelo de hospital público de autogestión, columna vertebral del sistema de salud; y al control de alimentos, medicamentos y tecnologías médicas. La Argentina apoya la propuesta de que la OPS asuma un papel más destacado como promotora y facilitadora de la cooperación técnica horizontal y ayude a los países a conseguir recursos extrapresupuestarios para intensificar estas acciones. También apoya en general el documento en estudio, puesto que el intercambio de información, conocimientos y experiencias enriquecen el proceso de gestión de los países, permitiendo adoptar las acciones que han sido útiles y exitosas en otros países y evitar los errores que en ellos se han cometido.

La Dra. RIERA (Venezuela) felicita a la Secretaría y elogia el documento presentado. Cada país tiene una realidad social, económica, geográfica, poblacional y epidemiológica, en función de la cual tiene indicadores que le permiten ordenar según su prioridad las diferentes áreas programáticas. En Venezuela, el fracaso en la resolución de los problemas se debe en parte a que la información no es fiable. Las áreas programáticas definen la cooperación técnica necesaria pero es responsabilidad de cada Estado Miembro definir sus áreas programáticas. Venezuela necesita cooperación técnica para la capacitación de los recursos humanos y su utilización, dado que muchas personas capacitadas salen del país por carecer de incentivos y porque la situación económica es precaria. Venezuela necesita capacitación técnica en los procesos de centralización, que están avanzado pero que se han retrasado en algunos estados. La participación comunitaria se ha fortalecido, y Venezuela ofrece cooperación técnica a los países que la pidan, apoyándose con los recursos de las instituciones multilaterales dispuestas a financiar esta actividad.

Ms. VALDEZ (United States of America) expressed appreciation of the in-depth information on what was clearly a partnership strategy to develop horizontal linkages based on collaboration among countries. The principles outlined provided a critical framework for cooperation in the Americas.

The definition of technical cooperation continued to evolve and gain importance as the globalization of diseases and migration escalated and became an increasing challenge for all. PAHO had been especially supportive of United States efforts in building bilateral linkages with such partners as Mexico and Argentina, and in initial efforts with Honduras. It had also enabled United States intervention in tackling such public health issues as Chagas' disease, environmental health, and tuberculosis.

She expected that the change process recently initiated by the new Director-General of WHO would have a positive impact on future technical cooperation. TCC in the Americas might serve as a model for other regional offices.

El Dr. GALVIS (Colombia) dice que en el contexto del proceso de integración de la cooperación técnica en el sistema regional de las Naciones Unidas, Colombia se ha incorporado a un proyecto de ensayo en el que, bajo la óptica del derecho a la vida y los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales, se han identificado problemas, causas inéditas, subyacentes y estructurales, así como soluciones, llegando por una parte a la conclusión de que la violencia y la impunidad son la causa estructural fundamental de la desigualdad, y por otra, focalizando las necesidades inherentes a las soluciones a nivel local en cada país. Se ha programado celebrar a finales de año en Colombia la Conferencia Mundial por la Paz y el Desarrollo. La Conferencia contará con el patrocinio del PNUD y el Banco Mundial, y en ella Colombia presentará los resultados de las experiencias eficaces de las estrategias para los Municipios Saludables por la Paz. Colombia invita a los países de la Región a participar en la Conferencia.

El Dr. SOLARI (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) dice que si bien la cooperación técnica entre países ha mejorado, sobre todo a nivel de las subregiones, no ha alcanzado aún la dimensión que podría habida cuenta de los recursos técnicos y profesionales existentes en la Región. Como funcionario de un organismo de financiación multilateral (el BID) y ex-funcionario público del Uruguay, observa que los recursos humanos de cooperación técnica de los países desarrollados tienen más posibilidades que los que están radicados en los propios países (cercanía, mayor exposición a los instrumentos de difusión científica, mayores posibilidades de participación en conferencias internacionales, mayores oportunidades de presentar sus trabajos). Esta situación es mala pero tampoco es todo lo bueno que pudiera ser para los países del Sur y los técnicos que trabajan en ellos.

Para incrementar sus posibilidades se pueden hacer dos cosas concretas. En primer lugar, se puede mejorar la organización para incentivar la cooperación técnica entre países. Para quien ejecuta a nivel de un país un proyecto que tiene financiamiento propio o financiamiento de un organismo multilateral como el BID, en definitiva esto significa que quienes toman las decisiones pueden acceder oportunamente a los currícula vitae de profesionales capacitados. El BID se compromete a trabajar con la OPS, si la Organización estuviera de acuerdo, para ayudar a los países (a sus ministerios, universidades e investigadores) a poner esos currícula vitae a disposición de la comunidad internacional.

En segundo lugar, se puede responder al planteamiento de la Delegación del Brasil y otras, ayudando a mejorar el financiamiento de esta cooperación. En este sentido, cabe hacer referencia a una iniciativa de los ministerios de economía de los

países de la Región que está siendo examinada por las autoridades del Banco, a saber, la creación de una especie de tarjeta de crédito de salud para financiar nuevos proyectos e iniciativas de los ministerios de salud, tales como iniciativas de planificación de servicios, estudios epidemiológicos e iniciativas de respuesta rápida a determinadas situaciones. Al respecto, sería bueno que en la utilización de este instrumento, que funcionaría como una tarjeta de crédito, un altísimo porcentaje de las actividades se realicen y financien como cooperación técnica entre países.

O Dr. FERREIRA (Observador, Federação Latino-Americana de Hospitais) felicita o Presidente da OPAS pela organização desta conferência e aproveita o tema “cooperação técnica entre os países” para lembrar que a cooperação técnica dentro do conceito da mudança que está ocorrendo no mundo tem que abranger também as entidades não-governamentais. Cita o exemplo histórico de um convênio de cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde e a Federação Latino-Americana de Hospitais, que possibilitou desenvolver o ousado projeto de acreditação de serviços hospitalares em toda a América Latina. Sem esse convênio de cooperação técnica, isso absolutamente não seria possível, não seria viável. O Sr. Ferreira expressa o desejo de que essa Assembléia recomende que esses convênios com essas entidades não-governamentais sejam implementados e que os países participantes da Organização Pan-Americana da Saúde implementem esses convênios de cooperação técnica com entidades não-governamentais nos seus respectivos países. Os hospitais vão sofrer profundas mudanças no seu comportamento, deixar de ser entidades apenas inertes para receber doentes, para ser entidades mais ativas à busca de prevenção. Isso requer uma mudança de cultura bastante importante, sem a ação conjunta das entidades não-governamentais e do governo, isso dificilmente será possível. Outro projeto ousado para o qual gostaria de solicitar a ajuda e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde foi iniciado mas não teve continuidade. Trata-se de criar a rede integrada de hospitais de alta complexidade da América Latina, para poder iniciar essa troca de experiências tão importante entre os serviços de saúde. Reitera o pedido de que esse projeto seja implementado, para benefício de todos.

El Dr. LARocca (Observador, Federación Internacional de Hospitales) dice que la Federación que representa es una ONG internacional dedicada a extender el conocimiento en todo el mundo. La Federación desea colaborar con la OPS en el plano de la cooperación y entiende que el eje del sistema ha de ser el ser humano. Todas las organizaciones deben apuntar también en el nuevo siglo a la globalización del conocimiento y de la tecnología, recurriendo por una parte al financiamiento y por otra a algo muy parecido, esto es, a la utilización de todos los recursos existentes, potenciándolos para suministrar al ser humano todo lo que necesita.

La Dra. ROSES (Subdirectora) dice que la Secretaría ha tomado nota de las observaciones y las líneas muy claras planteadas para llevar adelante la labor relacionada

con el tema objeto de examen. Cabe subrayar que la Organización, sus acuerdos, su forma jurídica y su Constitución reflejan el mecanismo de cooperación técnica horizontal, lo que facilita la movilización de los recursos humanos, los préstamos, las vacunas y la acción conjunta frente a las emergencias. Como se ha indicado, algunos fondos de la Organización, como el Fondo Especial de Socorro en Casos de Desastres Naturales, se basan precisamente en esta relación jurídica que mantienen los países entre sí en el seno de la OPS.

Desde el punto de vista de las áreas específicas de cooperación, según han mencionado algunos delegados, los temas de salud fronteriza y los relacionados con las líneas de acción y los compromisos de trabajo en el seno de los procesos de integración son los más dinámicos en este momento. En función de ello, la OPS desarrollará con más detalle en lo que queda del bienio manuales de operaciones y materiales de capacitación que se adapten a estas nuevas áreas y faciliten el acceso de los países a la utilización plena de este mecanismo y de los recursos disponibles. Acometerá también una labor de adaptación teniendo en cuenta las observaciones hechas por los delegados de los países que han constituido agencias de cooperación. Además, los documentos y manuales operativos reflejarán la complementación entre distintas fuentes de financiamiento, incluido el fortalecimiento de las propuestas de esas agencias de cooperación en el plano nacional.

La oferta hecha por el representante del Banco Interamericano de Desarrollo ha despertado gran entusiasmo en la OPS porque varias subregiones, como el Caribe, el Área Andina y el Área del Sistema de Integración Centroamericano, están incorporando ya en sus sistemas de información tecnológica las disponibilidades de expertos e instituciones con capacidad de oferta y demanda de cooperación técnica. Dicho ofrecimiento es tanto más bienvenido cuanto que el BID tiene una larga trayectoria de financiamiento en el plano nacional, aunque en este caso la OPS aspira a trabajar también en el plano subregional.

El PRESIDENTE dice que, como no es necesario adoptar una resolución, simplemente quedará constancia de las intervenciones en las actas.

EMERGENCY SITUATION CAUSED BY HURRICANE GEORGES SITUACIÓN DE EMERGENCIA A CAUSA DEL HURACÁN GEORGES

El PRESIDENTE concede la palabra al Delegado de la República Dominicana, para que informe sobre la situación por la que atraviesa su país a causa del huracán Georges.

El Dr. SARITA-VALDEZ (República Dominicana), en nombre de las Delegaciones de Cuba, Haití y la República Dominicana, agradece las manifestaciones de preocupación e interés de varias de las delegaciones presentes por la situación que atraviesan varios pueblos caribeños como consecuencia de ese huracán. En estos momentos, el ciclón azota fuertemente la parte oriental de la República Dominicana y se prevee que afectará a todo el país, después de debilitarse un tanto al pasar sobre la isla hermana de Puerto Rico. Haití y Cuba se encuentran en el eje que podría seguir el nefasto fenómeno atmosférico.

Los países mencionados desean solicitar a la Presidencia de la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana que haga una declaración de apoyo amplio y solidario de la Organización Panamericana de la Salud a los pueblos del Caribe que puedan resultar lesionados por la actual tormenta tropical. En la República Dominicana, el Gobierno ha tomado todas las medidas preventivas a su alcance, pero los recursos son limitados. Por ello se solicita esa declaración de apoyo sanitario a los países afectados y a los que todavía puedan resultarlo.

El PRESIDENTE pide al Relator que prepare la declaración correspondiente en forma de una resolución de la Conferencia.

*The meeting rose at 12:40 p.m.
Se levanta la reunión a las 12.40 p.m.*

**FOURTH MEETING
CUARTA REUNIÓN**

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

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

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

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

On the other hand, there was ample evidence that the phenomenon had caused considerable environmental, economic, and infrastructure damage, which in turn had affected health conditions and mortality rates in the countries. Heavy rainfall and flooding associated with El Niño had claimed lives and destroyed or damaged homes, roads, drainage systems, sanitation and energy services, as well as the physical infrastructure of health services. Places in which the El Niño phenomenon had led to drought had suffered crop losses and severe depletion of water supplies. Hence, while no direct correlation had been found between El Niño and increased transmission of infectious disease, the meteorological changes and environmental impacts of the phenomenon had definitely had consequences for health in the Region.

Also at the Executive Committee's 122nd Session, Dr. Hugo Prado, of the Program on Emergency Preparedness and Disaster Relief, had provided more specific information on some of the activities carried out by the Organization and the countries in

the area of disaster prevention and mitigation and summed up the lessons that had been learned from the experience. Because the effects of El Niño had lasted much longer than expected, the health sector and other sectors had been obliged to respond on an ongoing basis over an extended period. That situation had pointed up the need for interdisciplinary, multisectoral emergency systems capable of providing a sustained response, as well as continual revision of emergency preparedness and disaster mitigation plans. Dr. Prado had also reported that PAHO was compiling technical reports from the countries for a regional publication on the experience and knowledge gained from the 1997-1998 El Niño phenomenon.

The Executive Committee had applauded the quality and sound scientific basis of the document. The consensus had been that, although few direct links had been found between El Niño and disease patterns and transmission rates, the effects of El Niño were part of the broader phenomenon of climate change, which had undeniable health implications. The Committee had agreed on the need to put in place early warning and disaster preparedness measures in order to mitigate the effects of climate change. The Committee had adopted Resolution CE122.R11, which was reproduced in the document before the Conference.

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

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

El orador opina que se debe combatir la falta de previsión frente a los desastres naturales y que la colaboración entre países debería orientarse hacia la adopción de medidas preventivas conjuntas. Cree además que llegada la hora de la reconstrucción, es necesario evitar que el exceso de autocompasión convierta a todo el mundo en damnificado y que, por lo tanto, se espere recibir ayuda gubernamental o internacional de manera permanente. Habría que fomentar una actitud dinámica entre las autoridades y la población para tratar de convertir la tragedia en fortaleza, de manera que no se reconstruya para volver a la situación anterior sino para una situación mejor.

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

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

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution.

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

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVES:

1. To invite the Member States to review and update their emergency health plans, using as a foundation the lessons learned from the disasters caused by El Niño 1997-1998.
2. To urge the Member States that had developed disaster preparedness and mitigation programs prior to the disasters caused by El Niño to strengthen these programs, maintaining a comprehensive vision that encompasses all types of risks.
3. To request the Member States that still have not done so to:
 - (a) develop disaster mitigation programs that, in keeping with the recommendations of the International Conference on Disaster Mitigation in Health Facilities held in Mexico in 1996, include aspects of design and structural and nonstructural

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

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

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

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

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

Convencida de que los daños sobre la infraestructura del sector, tanto en instalaciones de salud como en los sistemas de agua, alcantarillado y otras líneas vitales, pueden ser minimizados para eventos catastróficos futuros, y que por lo tanto los Estados Miembros deben realizar mayores esfuerzos al respecto;

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

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

RESUELVE:

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

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

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Dr. Thompson (Barbados) took the Chair.

La Dra. Thompson (Barbados) pasa a ocupar la Presidencia.

ITEM 4.6: HEALTH OF OLDER PERSONS

PUNTO 4.6: SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that, at the Executive Committee's 122nd Session, Dr. Marta Peláez, Regional Adviser on Aging and Health, had presented the proposed plan of action on aging and health, which was based on the holistic approach of the WHO Global Program on Aging. The plan sought to promote services and interventions for successful or active aging, which was seen as an imperative, given that the prospect of an extended old age was now becoming a reality for more people than ever before in the Americas. PAHO therefore considered it essential to develop policies and systems to promote the health and minimize the dependency of older persons.

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

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

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

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

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

La Dra. ALIÑO (Cuba) dice que, en este siglo, la ancianidad ha dejado de ser privilegio de algunos para convertirse en oportunidad de muchos, y que en la actualidad el envejecimiento de la población es tema importante en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, América Latina y el Caribe deben hacer frente a este fenómeno con una ínfima parte de los recursos con que cuentan los países desarrollados. Es difícil hablar de

una vejez satisfactoria o con calidad de vida cuando la pobreza, la falta de pensiones dignas, y la poca cobertura de la seguridad social o de los servicios de salud son problemas con los que siguen enfrentándose las personas de edad de la subregión.

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

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

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

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

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

O Ministério da Saúde, em decorrência, tem trabalhado sobretudo no sentido de proteger e promover a saúde desse segmento populacional, com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa dos idosos na comunidade e junto à sua família, com o maior grau possível de independência funcional e de autonomia. Para alcançar essa finalidade, a atenção integral à saúde da população nessa faixa etária compreende seis vertentes essenciais. A primeira é a da promoção da saúde, cujo enfoque será a inserção do idoso no seio familiar. Para tanto, está sendo organizado um amplo processo de capacitação de cuidadores familiares devidamente habilitados para atender ao idoso no seu cotidiano. Esse processo deverá envolver diferentes possibilidades pedagógicas que facilitam a sua difusão ampliada, inclusive com o uso de vídeos e outros recursos audiovisuais, além da elaboração de um manual em linguagem acessível, relativos aos cuidados essenciais que devem ser prestados aos idosos, contemplando desde orientações de dieta até adaptações físicas no ambiente domiciliar.

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

A segunda vertente da atenção refere-se à prevenção de agravos à saúde da população idosa. Nesse contexto, prevê-se a definição e implantação de protocolo que uniformize enfoques e procedimentos em todo o país, bem como a consolidação, no sistema de saúde, da vacinação de adultos e principalmente do idoso, como a antitetânica, pneumocócica e antigripal, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde. Como estratégia para consolidar a prática do uso de vacinas nesse grupo etário, o Ministério de Saúde irá, em 1999, Ano Internacional do Idoso, instituir o Dia Nacional de Vacinação, para o qual de antemão já foi solicitada a cooperação da OPAS e que deverá ser no mês de março, levando em conta o período de inverno. No entanto, para a realização dessa Campanha Nacional de Vacinação será promovido um estudo

epidemiológico que oriente a definição dos períodos de maior risco, tendo em vista a extensão territorial do país, e, por conseguinte, os diferentes graus de exposição ao risco.

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

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

A quinta linha de ação refere-se à atenção integral à saúde do idoso e à formação e ao aperfeiçoamento de recursos humanos, mediante a identificação de pólos potenciais para treinamento e articulação, que nos parece fundamental, com o setor de educação e suas instituições de ensino superior.

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

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

In Canada, older persons made an important contribution to the well-being of families and communities through both paid and volunteer work. They were also the

largest per capita donors to charitable organizations. Canada had many seniors who had had long and productive careers in health and had expressed their willingness to offer their experience to PAHO and other countries in the Region. Her Delegation encouraged PAHO to find ways to utilize that wealth of expertise.

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

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

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

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

Her Delegation believed that PAHO could, within the limited resources available, have a strong and positive impact on the health and situation of older persons in the Region. The United States agreed that more data were needed and that existing data should be better shared. PAHO had an important role to play in that regard, and it could serve as a catalyst for policy dialogue among partners in order to increase awareness of the special challenges confronting older persons. As an example, she hoped that Dr. Peláez would comment on the recent partnership that had been established between PAHO, the National Institutes of Health, and the United States Bureau of the Census.

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

Informa que actualmente en Chile casi el 7% de la población (alrededor de un millón de personas) tiene más de 65 años de edad y la esperanza de vida al nacer ha pasado de 50 años para los hombres y 56,8 para las mujeres en 1952, a 71,4 y 77,3 años, respectivamente, en 1992. Cálculos del Centro Latinoamericano de Demografía indican que para el año 2025 los mayores de 65 años constituirán el 12,7% de la población. Hay que tener presente que las personas de edad tienen más episodios de afecciones agudas, mayor riesgo de accidentes y mayor prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, reumatismo) que el resto de la población. Asimismo, sus tasas de mortalidad aumentan con la edad, y las personas de edad tienen tasas más altas de hospitalización (2,4 veces más que la población en general) y una estancia hospitalaria prolongada (por término medio, 12 días frente a 6,2 días para la población general).

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

De manera complementaria, el Gobierno está impulsando un cambio cultural para que la sociedad en su conjunto valore a las personas de edad y les dé mejor trato. Para ello se ha creado la Comisión Nacional del Adulto Mayor, que depende directamente del Presidente de la República, y está en trámite legislativo la creación de un servicio nacional del adulto mayor. Desde 1998 se está aplicando formalmente una política de salud de las personas mayores, que se propone conservar o recuperar la autonomía y

mejorar la calidad de la vida de los ancianos; prevenir o atenuar los episodios de morbilidad aguda o la agudización de padecimientos crónicos; disminuir la mortalidad por causas evitables, y, por último, ayudar a bien morir. Se trata de un ámbito de interés cada vez mayor para el intercambio de experiencias entre los países americanos, en el que la Organización desempeñará un importante papel.

Mrs. GRAY (Bahamas) noted that the health of older persons would indeed be a critical aspect in the social and economic development of the countries of the Region in the twenty-first century, owing to the unprecedented growth projected for that population segment. For example, United Nations estimates indicated that by the year 2025 the population aged 60 and older in the Caribbean countries would rise to 7.5 million, an increase of 131% from 1995. The majority of those older persons would be female and widowed or without a partner.

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

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

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

El Dr. CHIESA (Uruguay) dice que las autoridades de su país siguen con gran preocupación los problemas de salud de las personas de edad. En 1950, las personas de 65 y más años de edad representaban un 7% de la población; en 1996 esta cifra ascendía al

13%, y desde entonces el porcentaje se mantiene en franco crecimiento. En ese mismo año, la proporción de los menores de 15 años había aumentado un 27% y la de los de 65 y más años, un 120%. Esos datos muestran que en el Uruguay, al igual que en todo el mundo, se está produciendo un envejecimiento de la población.

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

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

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

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

Además de estar plenamente de acuerdo con el documento presentado, dice que se trata de un instrumento que puede y debe guiar los planes de acción nacionales. No

obstante, es preciso hacer hincapié en tres aspectos abordados en dicho documento: los relacionados con los recursos humanos, los servicios de salud y la comunidad. En relación con los recursos humanos, ha de subrayarse la importancia que revisten la educación y la formación de profesionales en geriatría, especialmente en las escuelas de pregrado. En este sentido, se debe subrayar la promoción de una vida saludable de las personas de edad. En cuanto a los servicios de salud, y a pesar de los resultados obtenidos con la iniciativa relativa a los hospitales amigos de la lactancia, se deberá intentar que las prestaciones de los servicios de salud de los niveles secundario y terciario respondan también a las necesidades específicas de las personas de edad. Por último, será necesario diseñar alternativas de promoción de la salud de estas personas desde la perspectiva de la comunidad. Las actividades que se emprenden en esta línea habrán de iniciarse antes de que dichas personas alcancen la edad de jubilación.

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

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) dice que el documento presentado por la Organización es válido tanto en el plano teórico como en el operativo. En los países desarrollados con sistemas de salud eficientes, la reproducción del capital humano hasta los 18 años, edad en que por definición se reproduce la fuerza laboral, representa aproximadamente el 2% del total del gasto asignado a la reproducción del capital humano. Esto se debe a que desde el primer día de vida hasta los 18 años, la labor sanitaria para estos grupos de población es esencialmente preventiva, lo que reduce enormemente los gastos. En estos países con enormes recursos, los problemas de salud planteados por el crecimiento de la población adulta han coincidido permanentemente con un saludable crecimiento de la economía. En los países pobres, en cambio, la transición demográfica plantea serios problemas en salud difíciles de afrontar en su estado actual de desarrollo económico. Enfermedades como los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardiovasculares, o las enfermedades crónicas

degenerativas demandan la intervención no solo de recursos ingentes, sino también de tecnologías de las que los sistemas locales no disponen.

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

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

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

Communities must accept more responsibility for meeting the needs of older persons, while encouraging their independence and ensuring their rights. Greater

intergenerational interaction was also needed. The idea that the government was the source of all assistance must be revised.

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

En ese sentido, le parece excelente la invitación de Cuba de participar y aprovechar la oportunidad que habrá en La Habana en 1998 de iniciar un diálogo activo con dirigentes de organizaciones de adultos mayores, e integrarlos en la búsqueda de formas más directas de participación, en la búsqueda de soluciones y modelos de servicios, para promover un envejecimiento saludable. La importancia que se ha dado a la promoción de recursos para la capacitación en todos los niveles es una de las prioridades del programa, y se trabajará de una forma interprogramática para aprender de otras experiencias de la Organización en la promoción de recursos humanos y empezar una campaña muy activa de producción de materiales y formulación de lineamientos para la educación gerontológica y geriátrica a varios niveles, no solo a nivel de atención primaria, sino también a nivel de escuelas, de pregrado y de especialistas. La tarea es larga, pero se darán los pasos apropiados. Una vez más, agradece el espíritu de colaboración con que se ha acogido y comentado el documento.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution.

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

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

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

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

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

RESOLVES:

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

- (b) continue efforts to mobilize resources which will:
- support population research on the health and well-being of elders;
 - strengthen the capacity of a regional public policy network;
 - provide geriatric education and training of the primary health care professional;
 - develop social communication and mass media education for promoting a new conceptual framework for aging societies.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

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

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

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros :
 - a) a que respalden el nuevo marco conceptual para el envejecimiento sano concebido en el contexto del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud, las conclusiones de distintas conferencias internacionales y los programas de promoción de la salud y de salud de la familia y población de la OPS;
 - b) a que ejecuten los planes nacionales y regionales de acción en materia de salud y envejecimiento;
 - c) a que consideren la necesidad de abordar los siguientes conceptos clave en la formulación de los planes, políticas y programas nacionales relativos al envejecimiento y la salud:

- el reconocimiento de que la salud de las personas de edad tiene repercusiones considerables sobre varias dimensiones del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y que exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a las necesidades de las personas de edad;
 - el fortalecimiento de la capacidad del sector de atención primaria de salud para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo del ciclo de vida;
 - el reforzamiento de la capacidad de las personas de edad como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, la creación de una infraestructura para apoyar a los miembros de la familia que prestan asistencia a las personas de edad, el desarrollo de opciones comunitarias a la reclusión en establecimientos asistenciales y la promoción de programas intergeneracionales.
2. Solicitar al Director:
- a) que fomente la elaboración y puesta a prueba de instrumentos y métodos que faciliten la adopción por los países de un enfoque integral de la salud de las personas de edad;
 - b) que prosiga los esfuerzos para movilizar los recursos necesarios para:
 - que apoye las investigaciones de población sobre la salud y el bienestar de las personas de edad;
 - que fortalezca la capacidad de una red regional de política pública;
 - que proporcione educación y capacitación geriátrica a los profesionales de la atención primaria de salud;
 - que desarrolle la comunicación social y la educación por los medios de comunicación para promover un nuevo marco conceptual de las sociedades que envejecen.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

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

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

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

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

Dr. Mazza took the Chair.

El Dr. Mazza pasa a ocupar la Presidencia.

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1998

PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 1998

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

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

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

El PRESIDENTE dice que, cada año, los gobiernos de los países de las Américas, por intermedio de sus delegados que participan en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, confieren el Premio OPS en Administración como reconocimiento de una contribución sobresaliente en el campo de la administración de la salud dentro del marco de los servicios nacionales de salud. Este Premio se remonta a 1969, cuando el Comité Ejecutivo de la OPS, en su 61.ª sesión, aceptó una subvención generosa del Dr. Stuart Portner, ex Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, para instituir un premio anual que contribuyera al mejoramiento de los sistemas administrativos de salud.

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

Este premio no pretende ser una compensación a sus esfuerzos, sino un reconocimiento y una muestra de aprecio por su trabajo ejemplar. La Dra. Moody tiene el rasgo distintivo de ser una excelente líder, con la necesaria visión y creatividad para desarrollar e implementar programas de atención primaria e integrar conceptos de ampliación de roles de los trabajadores de salud, trabajo en equipo, participación comunitaria e interacción interdisciplinaria. Se sabe que fue audaz y luchó contra los preconceptos de la burocracia para imponer enfoques innovadores. Una parte integral en el desarrollo del enfoque de equipo que ella conceptualizó fue la necesidad de minimizar el tiempo que el personal altamente calificado dedica o dedicaba a tareas de simple rutina, lo cual permitió incorporar más trabajadores con entrenamiento más simple y rápido para desempeñarlas. La Dra. Moody fue incansable en su tarea de sensibilizar a los niveles decisores y a los trabajadores de salud sobre conceptos de atención primaria y sobre el hecho de esta estrategia no podía desarrollarse en un vacío, sino que era imprescindible adoptarla como parte integral de los servicios de salud y del diseño mismo de los sistemas de salud. Entre otros excelentes trabajos, el aporte de la Dra. Moody fue fundamental para entrenar "nanas" o parteras empíricas a fin de incorporarlas al sistema de provisión sanitaria y lograr una atención segura y eficiente. La Dra. Moody ha sido no solo una visionaria y una trazadora de rutas en el campo de la salud pública, sino también una figura modelo para imitar, una tutora y formadora de generaciones, una organizadora y una líder capaz de un pensamiento nuevo y diferente.

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

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

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

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

Her contributions to public health, she believed, consisted of (1) identifying and stressing the value of simple interventions; (2) putting into practice the idea that no highly trained health worker should do a routine job that could be done by someone with less training; (3) developing the health team concept by training new categories of health workers and involving all members of the health team in decision-making; and (4), most importantly, working as a team leader capable of bringing together and inspiring a diverse group of people to contribute to health. She had learned the following six lessons: (1) in primary care health care, the patient was the community, not the individual, and this fact determined the approach to the delivery of services; (2) the primary health care team was crucial to success and would vary in composition according to the needs of the overall program; (3) all team members must be involved in all aspects of planning and decision-making; (4) the health team must interact at the community level with the community to which it provided services; (5) a qualified, motivated, and accessible public health doctor was needed at each primary care district headquarters; and (6) an efficient referral system to higher levels of care was key to the success of the primary care program.

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

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

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

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

**FIFTH MEETING
QUINTA REUNIÓN**

Wednesday, 23 September 1998, at 9:00 a.m.
Miércoles, 23 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.

President/Presidente: *Dr. Alberto Mazza* *Argentina*

ITEM 4.7: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS
PUNTO 4.7: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMÉRICAS

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that at the 122nd Session of the Executive Committee, a number of concerns had been raised with regard to the activities of the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and the role of the ministries of health. In some countries, UNAIDS seemed to be shifting responsibility for HIV/AIDS control away from the ministries and more toward the office of the prime minister, which the Committee had felt would not be in the best interest of the people, since AIDS was fundamentally a health problem.

The Committee had endorsed the inclusion of HIV/AIDS within the broader area of sexually transmitted disease, as well as the WHO strategy in that area, known by the acronym STD.PAC, and had adopted Resolution CE122.R10, in which it recommended that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution urging the Member States to redouble their efforts within the multisectoral approach promoted by UNAIDS; endorse and support the STD.PAC strategy; and establish national priorities to improve prevention and care for HIV/AIDS and STDs through counseling and testing for tuberculosis and other opportunistic infections, prevention of mother to child transmission of HIV, improved access to antiretroviral drugs, and other measures.

El Dr. ZACARÍAS (OPS) procede a resaltar, acompañando sus observaciones con diapositivas, algunos puntos del documento CSP25/13, tras un breve resumen de la situación de las epidemias de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la Región y en el mundo. Según la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), actualmente hay casi 31 millones de personas infectadas por el VIH, 2 millones con SIDA, y más de 300 millones de casos anuales de otras ETS. En las Américas, alrededor de 2,6 millones de hombres, mujeres y niños están infectados por el VIH, y cada año cerca de 36 millones de personas contraen una ETS.

En el Africa subsahariana, la infección por VIH se ha propagado muy rápidamente y constituye una epidemia muy importante, como también lo es en partes del Asia, particularmente en la India. En cambio, en los países industrializados ha disminuido de manera muy notable la incidencia de infección por VIH y de SIDA. América Latina y el Caribe muestran una epidemia creciente, pero menos acelerada que en otras regiones.

El monitoreo y la vigilancia epidemiológica están entrando en una nueva fase, la llamada vigilancia de segunda generación, que la OPS y otras entidades realizan con los países. Actualmente se está iniciando también la vigilancia del VIH con técnicas moleculares—ya que hay varios tipos de virus circulantes en la Región—y también una vigilancia centinela de los comportamientos que ponen a las personas en riesgo de contraer ETS, incluida la infección por VIH.

Mejorar las destrezas gerenciales en los países es una tarea importante y en todos existe ya un programa nacional para la prevención del SIDA. No obstante, es necesario continuar fortaleciendo estos programas en su planificación estratégica, diseño de proyectos, movilización de recursos externos e internos, y colaboración con otros sectores.

En cuanto a las intervenciones conductuales, es importante saber cuáles dan buenos resultados y cuáles no. Se sabe, por ejemplo, que el condón protege contra el VIH y contra otras ETS, pero también es importante establecer un ambiente social adecuado para que la sociedad acepte su uso como medida preventiva y para poner condones a disposición de los jóvenes y otras personas que los necesitan.

En el contexto del desarrollo de modelos de atención de VIH/SIDA, se ha prestado gran atención a los fármacos antirretrovirales. Es importante, sin embargo, que estos modelos sean parte de una atención integrada a las personas afectadas. Por ejemplo, en países con epidemias leves, donde el virus aún circula en forma limitada o se concentra en poblaciones de mayor riesgo, como los usuarios de drogas intravenosas y los trabajadores sexuales y sus clientes, debe haber servicios de asesoramiento y acceso a las pruebas de detección del VIH. Pero no basta con que existan las pruebas, sino que se necesita todo un sistema de confidencialidad y apoyo. Asimismo, debe haber sistemas para referir a todas las personas que necesiten atención por estar infectadas por el VIH, a fin de disminuir la transmisión del virus en la comunidad. En países donde la epidemia ya afecta a la población en general porque la transmisión es mayormente heterosexual, como es el caso de muchos países del Caribe, habrá que establecer y continuar las medidas para prevenir las infecciones oportunistas, fundamentalmente la tuberculosis, que puede acompañar al SIDA y a la infección por VIH, y las destinadas a reducir la transmisión de madre a hijo. La atención en hospitales y clínicas debe suplementarse con modelos para la atención domiciliaria, con el fin de reducir los costos y de involucrar a las comunidades en la atención de los pacientes. También es necesario tomar medidas

para poner los medicamentos antirretrovirales a disposición de un mayor número de personas.

En el tratamiento antirretroviral se utilizan simultáneamente varios medicamentos eficaces pero costosos (US\$ 10.000 anuales por persona) y con efectos secundarios. Estos medicamentos deben ser solo una parte de la atención integrada en el marco de un sistema y por consiguiente es preciso desarrollar modelos de atención ajustados a las necesidades y recursos de los países.

Con la administración de zidovudina (AZT), uno de los primeros antirretrovíricos disponibles, se ha disminuido notablemente el riesgo de transmisión de madre a hijo, y más aún con los nuevos métodos que se están utilizando. Es interesante destacar que en Tailandia se ha probado un esquema más corto de tratamiento con zidovudina, que no solamente resultó eficaz sino que redujo a una décima parte los costos de la prevención de la transmisión perinatal.

Son muchas las actividades que se han llevado a cabo en la Región, entre ellas una reunión en Buenos Aires sobre la transmisión perinatal en que participaron la OPS, el ONUSIDA, el UNICEF y otras entidades. Próximamente se celebrará para el Caribe de habla inglesa una reunión sobre la transmisión perinatal.

La OPS sigue prestando cooperación técnica en diversas áreas, abordando de un modo innovador las de sexología, educación médica, atención sindrómica de las ETS y métodos de investigación. En el bienio en curso se hará hincapié en la prevención y el control de las ETS, siguiendo la estrategia PACETS de la OMS, y con ese fin se deberá formar un grupo de trabajo regional sobre las ETS con la participación de expertos de cada país, de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual y de otras instituciones y entidades.

La Oficina de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual de la OMS actualmente dirige un programa orientado hacia la salud reproductiva, distintos grupos de la población y los servicios de salud, que se verá fortalecido por vínculos con otras áreas y con otros programas. ONUSIDA está asumiendo un papel más destacado en la coordinación de la movilización de recursos y en la concertación de la cooperación técnica. Es evidente que se hace necesario crear alianzas con todos los que puedan contribuir a la lucha en los países, haciendo hincapié en la descentralización del proceso decisorio y del presupuestario, así como de la creación en los municipios de destreza técnica para llevar a cabo los programas. Los proyectos de desarrollo social bilaterales y multilaterales de los países deben incluir el financiamiento de actividades para la prevención de la infección por el VIH, el SIDA y las ETS, y es importante la cooperación entre países, que ya se está produciendo en forma de un intercambio de información, experiencia y conocimientos.

El Dr. Zacarías por último pronuncia algunas palabras con motivo de la trágica muerte del Dr. Jonathan Mann y de la Dra. Mary Lou Clements, líderes en la lucha contra el SIDA, y reafirma el compromiso de seguir luchando por esa causa en la Región.

O Dr. CHEQUER (Brasil) faz comentários e sugestões para o documento final e informa que o governo brasileiro ratifica a prioridade política de ações para controlar a AIDS, mediante ação integrada de governo, sociedade e, em particular, organizações não-governamentais.

Menciona também a prioridade de uma política assistencial de atendimento condigno de portadores de HIV e AIDS, inclusive implementação de tecnologias essenciais à política de medicamentos — acesso aos exames de carga viral ICD4, proficiência dos testes laboratoriais, classificação e subtipagem do HIV circulante no país, sistema informatizado de logística de medicamentos, e uma rede de monitoramento da resistência aos medicamentos anti-retrovirais. A política brasileira é de acesso universal e gratuito a todos os medicamentos usados no tratamento de infecções pelo HIV, especialmente os anti-retrovirais. Resultados positivos obtidos: redução da ocorrência de doenças oportunistas e internações hospitalares e do afastamento parcial ou permanente do trabalho, com grande economia para os sistemas de saúde e previdenciários.

Outra prioridade por ele citada é a cooperação horizontal com países irmãos, coordenada por uma secretaria técnica de três países. Outras experiências bem-sucedidas: negociações em curso, com a colaboração da OPS, com laboratórios produtores de anti-retrovirais e carga viral CD4 para homogeneização de preços, muito discrepantes entre os países.

Menciona também as negociações em curso para a criação de um fundo virtual para aquisição de anti-retrovirais, CD4 e carga viral, passo intermediário para a criação de um foro definitivo em que a OPS poderá ter importante papel.

O Dr. Chequer faz as seguintes sugestões específicas sobre o documento:

Item 3.1 Vigilância, Tabela 1. Acrescentar duas categorias populacionais específicas e necessárias hoje — "mulheres" e "crianças". *Notas de rodapé:* Acrescentar "em estabilização ou tendência declinante" (como as categorias HSH e UDI no Brasil) e "baixo em rápido crescimento" (como a categoria HET no Brasil e na Argentina).

Item 3.2 Questões gerenciais e políticas de saúde. Acrescentar ao primeiro parágrafo: "para tanto, recomenda-se implementação de instâncias formais de planejamento, execução e avaliação, conferências nacionais, conselhos nacionais, grupos de assessorias e gestão". Acrescentar outro parágrafo enfatizando a importância do compromisso dos Estados Membros com a criação de instância responsável pela

sistematização, disseminação e articulação de informações e ações em direitos humanos e direitos de portadores de HIV. (O Ministério da Saúde do Brasil mantém uma rede nacional de direitos humanos.)

Recomenda-se também a criação, em cada país, de um Conselho Nacional de Empresas, preconizada pelo UNAIDS, coordenado pelo Ministério da Saúde, para estimular envolvimento das empresas em atividades de prevenção.

Item 3.4 Modelos de tratamento. Inserir parágrafo sobre prevenção de DST mediante oferta de aconselhamento e outras atividades de educação e saúde.

Item 3.5 Prevenção e controle de DST. Acrescentar recomendação de estratégias dirigidas a: 1) população em geral — campanhas de informação, estímulo à procura dos serviços de prevenção, capacitação de profissionais em áreas afins com a de saúde e de lideranças comunitárias, por meio de ensino a distância; 2) populações específicas de baixo coeficiente de incidência de infecção pelo HIV mas com índices preocupantes de DST ou de dificuldade de acesso à rede pública de saúde.

Acrescentar capítulo enfatizando importância das ONG como parceiras efetivas por seu trabalho com populações priorizadas epidemiologicamente e por seu efeito multiplicador.

Ainda em prevenção, incluir tópico sobre comprometimento formal dos setores governamentais, como educação, sistema penitenciário, bem-estar social e forças armadas com ações de promoção da saúde e prevenção das DST e da AIDS.

Incluir parágrafo recomendando publicação periódica de catálogo com experiências bem-sucedidas na luta contra a AIDS.

Item 5.2 Prevenção da transmissão perinatal. O documento deve ser revisto e reforçado nesse item, por ser fundamental. O Brasil apresentará proposta, por escrito, sobre prevenção perinatal. Esta Assembléia deve considerar decisivamente a inclusão de recomendação da adoção de política definitiva sobre adoção do protocolo ACTG-076, tendo em vista os resultados expressivos obtidos quando se implementou o controle do sangue.

El PRESIDENTE cede la palabra al Delegado de México.

El Dr. TAPIA (México) expresa el apoyo de su país a la formación de un grupo técnico especializado en las ETS. Insiste en la importancia de integrar en los países la labor contra las ETS que han sido olvidadas, debido a la atención que se presta a la infección por VIH y al SIDA y pone a disposición del grupo de trabajo la infraestructura

y los conocimientos de su país. Es importante asimismo fortalecer los grupos temáticos en la Región, con la participación del Representante de la OPS, como vínculo entre las agencias hermanas y el ONUSIDA.

Algunas experiencias en los países han sido muy gratas, pero en otros casos la voluntad no ha llegado hasta el nivel local, donde los programas deben operar. Es necesario, por lo tanto, insistir en la importancia de los grupos temáticos, fomentados por la Representación de la OPS en los países.

Reitera el apoyo de México a las diferentes iniciativas del Grupo Técnico de Cooperación Horizontal al efecto de que la OPS asuma la vigilancia de la equidad mediante la conformación de fondos para ayudar a los países menos aventajados. Termina elogiando la modificación efectuada por la OMS de incorporar el control de las ETS en el conjunto de servicios de salud de la mujer, de salud reproductiva y de servicios de salud, medida que en México ha sido muy fructífera en términos de la calidad y del respeto a los derechos humanos de los pacientes.

Dr. EDWARDS (Trinidad and Tobago) said that his country's AIDS program was coordinated by the Ministry of Health and had the active participation of NGOs, church organizations, youth groups, and the national scientific research organization. Despite interventions aimed at modifying behavior and educating the people, the rate of new cases had continued to rise, though less at present than previously. Other CARICOM countries were experiencing a similar pattern.

In addition to developing a new strategic plan for 1999-2002, Trinidad and Tobago had joined the other CARICOM countries in the formation of a regional task force. A meeting held on 3-5 June 1998 had brought together participants from 22 member states of CARICOM plus non-English-speaking Caribbean countries to work on a strategic plan for an expanded response to the epidemic.

In Trinidad and Tobago the main form of spread of HIV/AIDS was heterosexual transmission, and a growing number of women of childbearing age were becoming infected. Antenatal screening of women was being introduced, together with counseling and treatment with antiviral drugs where appropriate. National efforts at behavior modification were not producing the effect desired, but efforts along those lines would be continued. Should an inexpensive vaccine be developed, Trinidad and Tobago had been named as a possible vaccine site. The Ministry of Health had established an ethics committee to assess the acceptability of a vaccine-testing program. He appealed to PAHO and other organizations with competency in the area for assistance in that regard.

He proposed that a clause 2 (c) be added to the proposed resolution, the text of which he would transmit to the Rapporteur later, requesting the Director to explore mechanisms to assist countries to treat the issues related to HIV vaccine trials.

Hon. Henry JEFFREY (Guyana) referred to the continuing spread of HIV/AIDS and the need for heightened surveillance, information dissemination, involvement of civil society, and strengthened advocacy and management in general.

Guyana was one of the countries in the Region where AIDS/HIV threatened to become generalized. He was concerned that there was near total resignation to the fact that medical interventions were out of reach of the poor. Technical cooperation and drug strategy should place additional emphasis on that issue.

Mr. AISTON (Canada) recalled the injunction of Dr. Jonathan Mann that HIV/AIDS was not only a health problem but also an economic problem, an educational issue, an ethical issue, and a human rights issue. Medical interventions alone were not enough. Political and financial support at the most senior levels of government was essential in the fight.

The key elements of Canada's strategy on HIV/AIDS were prevention, research, surveillance, legal and ethical issues, treatment and support, community development, and commitment to participation in international efforts. Exposure to information and experiences from other countries was also critical.

Canada had collaborated with PAHO in sharing epidemiological expertise with colleagues in the Region. In addition, the Canadian International Development Agency was providing resources to the Caribbean Epidemiological Center (CAREC) to strengthen regional capabilities.

He stressed that, in addition to initiatives concentrated in high-risk populations, strong efforts must be continued to prevent spread in the general populations.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) dice que la epidemia del SIDA ha existido en su país desde 1984 y en 1990 el Gobierno creó la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), organismo multisectorial responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación general del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, cuyos objetivos son: promover la prevención y el control de la enfermedad, combatir la discriminación de las personas infectadas y mejorar la calidad de su vida, y disminuir el impacto social y económico de la epidemia. Desde 1991 se han elaborado diversas propuestas preventivas con una visión amplia y concordante con los conocimientos científicos y con las características socioculturales de la epidemia dentro del país. La prevención se ha practicado, a través de las campañas nacionales de comunicación social,

de las cuales se han realizado cuatro desde 1991, y mediante información en los medios de difusión sobre temas de carácter preventivo, tales como los medicamentos, la atención del paciente y la evolución epidemiológica de la infección. En un segundo nivel la prevención ha consistido en modelos de capacitación focalizada dirigidos a determinados grupos, como los trabajadores del comercio sexual, los varones homosexuales, los trabajadores de la salud, y demás. Finalmente en un nivel individual, la prevención se ha centrado en el asesoramiento del usuario, antes y después de la prueba detectora de VIH, en los servicios de salud y centros de detección. En 1995 se estableció el FONOSIDA, servicio gratuito de información y orientación sobre el SIDA.

El Gobierno de Chile anticipa con gran optimismo la renovación del liderazgo de la Organización en la lucha de los países contra la epidemia. Se debe buscar proactivamente una mayor participación multidisciplinaria e interdisciplinaria en el esquema de trabajo de la Naciones Unidas e incorporar los aportes de profesionales de la salud y de las ciencias sociales, las comunicaciones y la economía en los grupos temáticos. Debe abandonarse el enfoque biomédico en el manejo del VIH/SIDA para dar preferencia a la estrategia de prevención, especialmente en aquellos países cuyas dificultades socioculturales no les permiten combatir la pandemia.

La OPS debe difundir la información científica de demostrada utilidad, particularmente sobre los fármacos antirretrovirales. Chile está dispuesto a analizar la propuesta del Brasil de crear un fondo para la adquisición de medicamentos antirretrovirales.

El Dr. PICO (Argentina) expresa el apoyo de su país a la propuesta de crear un grupo especial de trabajo contra las ETS y explica que en Argentina toda la población recibe gratuitamente medicamentos específicos en el marco de campañas de prevención periódicas en las que participan más de 100 entidades de la sociedad civil. También se aplican medidas destinadas a disminuir la transmisión vertical y la transmisión por transfusión de sangre. En 1997 se redujeron en un 27% los casos en tratamiento con respecto a los de 1996. El orador agradece el apoyo del ONUSIDA y del Programa de VIH/SIDA de la OPS.

Mr. WALLING (United States of America) expressed concern that rates of HIV/AIDS were rising in major urban areas among groups such as women and young adults and among segments of society that were more impoverished, illiterate, and without full access to health services.

Promotion of safer sexual behavior, better screening and surveillance, early diagnosis and treatment, and effective management of systems were critical elements of national strategy. He encouraged countries to adopt a comprehensive and integrated response such as the WHO strategy for STDs. Management systems should include such

components as updated prevention guidelines, training, laboratory capacity, integrated services, and programs for special populations. Adequate standards in the areas of health program management and policy were also important. The role of UNAIDS, the proposed WHO strategy, and PAHO's role in the Americas were complementary.

With regard to antiretroviral therapies and the challenges for adequate access to drug treatments, the challenges were inequity, competing priorities, and scarce resources. Countries had to work together to offer a continuum of care that would be accessible to all with HIV/AIDS. In that connection, the proposal of Brazil was of interest.

Testing and counseling had been the cornerstone of HIV prevention in the United States. With testing becoming easier to do and more affordable, its place in programs around the world should be considered.

La Dra. HUNG (Venezuela) dice que Venezuela ha dado prioridad a la capacitación, pero que le urge reforzar sus recursos humanos. Mediante la metodología de planificación estratégica se han diseñado nuevos proyectos y se han tomado decisiones políticas que han permitido implantar normas y procedimientos para la transfusión sin riesgo de la sangre y sus derivados. Para prevenir la transmisión vertical se cuenta con un pequeño grupo en la maternidad Concepción Palacio, y se ofrecen pruebas gratuitas en todo el país por medio de la red ambulatoria y de los hospitales. La distribución general y gratuita de condones es una de las actividades del programa nacional que ha permitido reducir el riesgo de propagación del VIH/SIDA. También se han emitido resoluciones para proteger los derechos humanos.

Por otra parte, el programa nacional ha estado otorgando medicamentos antirretrovirales a un pequeño grupo de pacientes y también se está gestionando una mayor cobertura. La profilaxis de la tuberculosis se lleva a cabo a través de un programa nacional que comprende la red ambulatoria y los centros pilotos de los hospitales. En cuanto a la prevención y el control de la ETS, se están actualizando las normas, pero es necesario asignar recursos financieros, capacitar recursos humanos y modernizar la vigilancia.

El orador apoya a la propuesta de México de combinar el control de las ETS y del SIDA, así como la vigilancia constante del SIDA.

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) explica que Panamá está en proceso de reformular un plan estratégico nacional contra el VIH, siguiendo una metodología participatoria y de consultas multisectoriales. En este plan se incorporan las intervenciones de la sociedad civil y de todas las organizaciones y sectores de la población que trabajan en este campo, así como las de las personas infectadas y sus familias. Reitera la importancia de movilizar recursos para hacer frente al problema y

señala que las políticas sanitarias vigentes están orientadas a perpetuar las actividades de control y prevención de la epidemia de VIH/SIDA. No obstante, el acceso al tratamiento sigue siendo limitado y por ese motivo se ha dado prioridad a las necesidades de las embarazadas, con el propósito de reducir la transmisión perinatal del virus. Incrementar el acceso al tratamiento es, por lo tanto, un aspecto fundamental de las acciones de alcance regional.

Hay resistencia de carácter cultural en cuanto a la educación sexual y al uso de preservativos, pero la formación de alianzas con diferentes sectores de la sociedad ha permitido reducirla y generar mayor apoyo a la realización de acciones conjuntas. El sector sanitario en Panamá tiene una visión integral de la salud sexual y reproductiva y lleva a cabo actividades de promoción de la salud para fomentar conductas sexuales responsables y libres de riesgo, a la vez que amplía la coordinación e integración entre sectores para incrementar la participación social en el control y la prevención del VIH, el SIDA y otras ETS en el país.

El Dr. GALVIS (Colombia) desearía que cada país tenga acceso con mayor anticipación a los documentos relacionados con la Conferencia Sanitaria Panamericana, a fin de que los delegados puedan traer las recomendaciones pertinentes y que solo se hagan modificaciones puntuales al documento en el transcurso de las reuniones.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) said that in her country one of the greatest challenges had been cultural difficulties and attitudinal problems, especially in relation to the use of condoms. On the positive side, safe blood transfusions and processes to keep the blood bank free of AIDS had been achieved; an intensive public education program was in place; and a National Advisory Council on AIDS had been established which served as an umbrella body for all the organizations in Barbados working in the field of HIV/AIDS. Also, a public education program had been started in the prisons.

In terms of intersectoral collaboration, meetings had been held with leaders of the labor movement, various social groups, and private sector organizations to encourage them to start their own public education initiatives. In the schools, a new module had been introduced in the curriculum starting at the primary level to teach young people safe sexual practices. Collaboration was also under way with parent-teacher associations, and television and radio stations were being enlisted to reach all sectors of society. As a result of recent work with sex workers, they were now using condoms.

Many prophylactic drugs were available free of cost to persons with HIV/AIDS, and AZT was being given to pregnant women testing positive. Three years ago a hostel had been opened for patients with AIDS. A food bank had been established for persons living outside the hostel who might not be working and would need access to food and

vitamins. Still, some challenges remained; increases had been noted in tuberculosis and other opportunistic diseases, as well as sexually transmitted diseases.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) dice que en años recientes el Ministerio de Salud Pública ha trabajado muy estrechamente con el Parlamento Nacional con el fin de establecer una legislación para definir las responsabilidades de la lucha contra el SIDA y de facilitar la estrategia de control. Se ha aprobado una ley para el tamizaje obligatorio de la sangre y de los hemoderivados, de los órganos para trasplante y del semen utilizado para la inseminación artificial. También se ha aprobado una ley que exige a las instituciones mutuales, responsables de 60% de la cobertura del país, que suministren el tratamiento a personas con SIDA. La ley de liberalización de la venta de condones ha tenido un efecto importante, ya que previamente los condones solo se distribuían en las farmacias por considerarse dispositivos terapéuticos. De 1995 a 1997 la venta de condones aumentó de 4 a 12 millones al año.

Desde que se inició el uso de la terapia triple, se han observado una desaceleración de la transmisión de la infección y una notable disminución de la mortalidad por SIDA. También se ha aumentado el espacio dedicado al tema del VIH/SIDA en la prensa y en otros medios de difusión. Actualmente reciben tratamiento 80% de los enfermos, de los cuales alrededor de 60% reciben la terapia triple y 40%, la terapia doble. Tanto el sistema de las mutuales como los servicios de salud del Ministerio disponen de las técnicas para el recuento de linfocitos CD-4 y la medición de la carga viral.

En el año en curso se ha iniciado un programa educativo junto con la Unión Europea a fin de fomentar la enseñanza temprana en las escuelas primarias y secundarias de los temas relacionados con la infección.

O Dr. NAUD (Observador, ULACETS) diz que a União Latino-Americana contra as Doenças de Transmissão Sexual apóia o manejo da prevenção e o controle mais adequado de todas essas doenças sexualmente transmissíveis. Sugere a inclusão, no documento apresentado, do apoio ao treinamento de capacitadores em diferentes regiões da América Latina, representadas na Diretoria da ULACETS.

Ele informa que, na transmissão heterossexual de AIDS, 82% das vítimas são mulheres, 43% das quais voltam a engravidar, mesmo cientes de serem portadoras do HIV, e crê que a criação de centros de treinamento nas regiões facilitaria a divulgação dos planos aqui apresentados.

Cita outro exemplo do trabalho da ULACETS: o controle da sífilis congênita — em certas regiões a incidência caiu de 3% para 0,7% — e diz que a política da ULACETS é trabalhar com o setor privado e apoiar ações governamentais para o combate e controle

das DST. Por isso, ele apóia a proposta do Brasil de universalização do acesso a medicamentos contra essas doenças e julga importante citar o trabalho da OPAS e de programas nacionais em mais de 20 anos para controle das DST.

Ele informa que, este ano, a ULACETS participou da reunião de Planejamento e Planificação em Washington e de outra reunião na OMS, em que se apresentou um plano de ação conjunta entre ONG e OPAS para controle das DST na América Latina.

Em nome da ULACETS, convida todos os Ministros e Chefes de Delegação para o próximo Congresso da ULACETS sobre DST, em Salvador, Bahia. Lembra ainda que as DST são doenças múltiplas, apresentando grandes variações como o HIV, o vírus papilona humano, sobre o qual o Programa Nacional do Câncer no Brasil realiza excelente trabalho.

O Dr. Naud conclui com um apelo aos governos para que dêem maior apoio aos programas de controle e prevenção das DST e, em particular, ao programa coordenado pelo Dr. Fernando Zacarias.

El PRESIDENTE dice que el debate sobre el punto continuará en la siguiente reunión.

ITEM 6.1: SELECTION OF ONE MEMBER STATE FROM THE REGION OF THE AMERICAS ENTITLED TO DESIGNATE A PERSON TO SERVE ON THE JOINT COORDINATING BOARD OF THE UNDP/WORLD BANK/WHO SPECIAL PROGRAM FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (TDR) ON THE EXPIRATION OF THE PERIOD OF OFFICE OF MEXICO

PUNTO 6.1: SELECCIÓN DE UN ESTADO MIEMBRO DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS FACULTADO PARA DESIGNAR UNA PERSONA QUE FORME PARTE DE LA JUNTA COORDINADORA COMÚN DEL PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR) POR HABER LLEGADO A SU TÉRMINO EL MANDATO DE MÉXICO

The SECRETARY recalled the role and mission of the Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) and referred to paragraph 2.2.2 of the Memorandum of Understanding, under which the Pan American Sanitary Conference, acting as the Regional Committee of WHO for the Americas, was required to select a Member State to designate a person to serve on the TDR Joint Coordinating Board for a three-year term commencing 1 January 1999. Any Member State in the Region was eligible except Brazil, Canada, and the United States of America, which were already on the Board.

La Dra. RIERA (Venezuela) propone la candidatura de Bolivia para la Junta Coordinadora.

El Dr. MARINKOVIC (Bolivia) agradece la propuesta de Venezuela y recuerda a los delegados que con anterioridad su país había manifestado por escrito el interés de recibir esta designación, especialmente dado el hecho de que más de 70% de la superficie de Bolivia es territorio amazónico. El país enfrenta graves problemas relacionados con las enfermedades tropicales, como la malaria (que ha aumentado más de 263% en los últimos dos años), el dengue y la leishmaniasis. Reitera su interés de contar con el apoyo de los países para que Bolivia integre el TDR.

El PRESIDENTE informa que al haber acuerdo sobre este punto, Bolivia queda elegido.

Decision: Bolivia was selected to designate a person to serve on the Joint Coordinating Board of the UNPD/World Bank/WHO Special Program for the Research and Training in Tropical Diseases.

Decisión: Bolivia queda seleccionada para designar una persona que forme parte de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

ITEM 6.2: SELECTION OF ONE MEMBER STATE ENTITLED TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO THE INTERNATIONAL COORDINATION COUNCIL OF THE PAN AMERICAN INSTITUTE FOR FOOD PROTECTION AND ZOOSES (INPPAZ) ON THE EXPIRATION OF THE PERIOD OF OFFICE OF THE UNITED STATES OF AMERICA

PUNTO 6.2: SELECCIÓN DE UN ESTADO MIEMBRO FACULTADO PARA DESIGNAR UN REPRESENTANTE PARA INTEGRAR EL CONSEJO DE COORDINACIÓN INTERNACIONAL DEL INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ) POR HABER LLEGADO A SU TÉRMINO EL MANDATO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

The SECRETARY explained the membership structure of the International Coordinating Council of INPPAZ and stated that it was incumbent on the Conference to select one Member State to serve for a three-year term starting 1 January 1999.

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) manifiesta el interés de su país en formar parte del Consejo de Coordinación Internacional del INPPAZ.

El PRESIDENTE dice que, al haber acuerdo sobre este punto, Panamá queda elegida.

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

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

ITEM 6.3: SELECTION OF TWO MEMBER STATES TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO SERVE ON THE MANAGEMENT ADVISORY COMMITTEE OF THE WHO ACTION PROGRAM ON NATIONS FOR MENTAL HEALTH

PUNTO 6.3: SELECCIÓN DE DOS ESTADOS MIEMBROS FACULTADOS PARA DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE FORME PARTE DEL COMITÉ CONSULTIVO DE GESTIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA OMS "NACIONES EN PRO DE LA SALUD MENTAL"

The SECRETARY stated that this was the first election for the Management Advisory Committee on Nations for Mental Health and outlined the mission and functions of that body. Two Member States from each of the six WHO Regions were to be selected by the respective Regional Committees each to designate a representative to serve for a three-year term on its Management Advisory Committee.

El PRESIDENTE informa que ya se han presentado las candidaturas de Bolivia y Brasil.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) respalda la candidatura del Brasil.

El PRESIDENTE señala que, dado que hay acuerdo, quedan seleccionados Bolivia y Brasil.

Decision: Bolivia and Brazil were selected each to designate a representative to serve on the Management Advisory Committee of the WHO Action Program on Nations for Mental Health.

Decisión: Bolivia y Brasil quedan seleccionados para designar cada uno a un representante que forme parte del Comité Consultivo de Gestión del Programa de Acción de la OMS "Naciones en Pro de la Salud Mental".

- ITEM 3.4: ELECTION OF THREE MEMBER STATES TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE EXPIRATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF BAHAMAS, CHILE, AND COSTA RICA
- PUNTO 3.4: ELECCIÓN DE TRES ESTADOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITÉ EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TÉRMINO EL MANDATO DE BAHAMAS, CHILE Y COSTA RICA

El PRESIDENTE explica que, de conformidad con las disposiciones reglamentarias, la elección deberá hacerse por votación secreta, a menos que el número de candidatos no exceda el número de vacantes por llenar. Agrega que, de acuerdo con lo decidido por la Comisión General, no es necesario volver a nominar a los seis países que ya han manifestado su interés de postularse, a saber: Cuba, Estados Unidos de América, Guyana, Nicaragua, Uruguay y Venezuela.

The following Delegations expressed their support for Cuba: Bolivia, Dominica, Dominican Republic, El Salvador, Grenada, Saint Lucia, Suriname.

Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a Cuba: Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname.

The following Delegations expressed their support for Guyana: Antigua and Barbuda, Bahamas, Barbados, Canada, Dominica, Grenada, Jamaica, Mexico, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago.

Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a Guyana: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Canadá, Dominica, Granada, Jamaica, México, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago.

The following Delegations expressed their support for Nicaragua: Costa Rica, Dominican Republic, El Salvador, Panama.

Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a Nicaragua: Costa Rica, El Salvador, Panamá, República Dominicana.

The following Delegations expressed their support for the United States of America: El Salvador, Grenada.

Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a los Estados Unidos de América: El Salvador y Granada.

The following Delegations expressed their support for Uruguay: Argentina, Brazil, Paraguay, United States of America.

Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a Uruguay: Argentina, Brasil, los Estados Unidos de América, Paraguay.

*The following Delegations expressed their support for Venezuela:
Dominica, Dominican Republic.
Las siguientes Delegaciones manifestaron su apoyo a Venezuela:
Dominica y República Dominicana*

El Dr. BUSTOS (Uruguay) recuerda a los delegados que el año anterior el Uruguay, que se había postulado al Comité Ejecutivo, a los efectos de lograr un acuerdo entre las diferentes representaciones, retiró su candidatura en favor del Ecuador.

El PRESIDENTE pide al Secretario que dé lectura a los artículos correspondientes del Reglamento Interno vigente en relación con la elección de los Estados Miembros al Comité Ejecutivo.

The SECRETARY outlined the procedure for conducting an election under the revised Rules of Procedure of the Conference (Rules 58, 59, 54, and 53, respectively). He recalled that under the PAHO Constitution and the Rules of Procedure, France, the Kingdom of the Netherlands, and the United Kingdom might participate in the voting but were not eligible for membership of the Executive Committee.

El PRESIDENTE nombra al Dr. João Yunes del Brasil y al Dr. George Briggs de Jamaica como escrutadores para la votación.

The SECRETARY explained the balloting procedure.

*The vote was taken.
Se procede a votación.*

El PRESIDENTE anuncia el primer resultado: un total de 35 boletas fueron depositadas, todas válidas; por lo tanto, la mayoría requerida para la elección es 18 votos. Dos países alcanzaron la mayoría, Cuba con 26 votos y Nicaragua con 19 votos.

The SECRETARY summarized the procedure for balloting for the remaining position on the Executive Committee.

El PRESIDENTE dice que se procederá al escrutinio.

*A second vote was taken.
Se procede a una segunda votación.*

El PRESIDENTE informa que en la segunda rueda de votación para un cargo en el Comité Ejecutivo ninguno de los países alcanzó la mayoría necesaria para la designación. El resultado fue el siguiente: Guyana 14 votos, Estados Unidos 9, Uruguay

6, y Venezuela 6. Por consiguiente, debe procederse a una tercera votación, en este caso limitada a los dos candidatos más votados, es decir, Guyana y los Estados Unidos de América.

The SECRETARY reiterated that the ballot was between the two candidates receiving the most votes in the second round of voting: Guyana and the United States of America.

Hon. Henry JEFFREY (Guyana) said that in the interest of solidarity, his Delegation would withdraw its candidacy in favor of the United States of America.

El PRESIDENTE señala que así queda electo Estados Unidos de América como tercer miembro del Comité Ejecutivo.

Cuba, Nicaragua, and the United States of America were elected Members of the Executive Committee for a three-year term.

Cuba, Nicaragua y los Estados Unidos de América quedaron elegidos como Miembros del Comité Ejecutivo por un mandato de tres años.

El RELATOR lee el siguiente proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind the provisions of Articles 4.D and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that Cuba, Nicaragua, and the United States of America were elected to serve on the Executive Committee upon the expiration of the periods of office of Bahamas, Chile, and Costa Rica,

RESOLVES:

1. To declare Cuba, Nicaragua, and the United States of America elected to membership of the Executive Committee for a period of three years.
2. To thank Bahamas, Chile, and Costa Rica for the services rendered to the Organization during the past three years by their delegates on the Executive Committee.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 4.D y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Chile y Costa Rica,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Bahamas, Chile y Costa Rica los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Dr. SATCHER (United States of America) expressed his Delegation's appreciation to Guyana and to other Members for supporting the candidacy of the United States of America. His Delegation took membership of the Executive Committee very seriously and looked forward to working with Cuba, Nicaragua, and the other Member States in advancing the work of PAHO.

El Dr. DOTRES (Cuba) agradece la confianza depositada en su país al ser elegido para integrar el Comité Ejecutivo. Agrega que hace casi 75 años Cuba se adhirió al Código Sanitario Panamericano, y que ahora trabajará con todas sus fuerzas para mejorar la salud de los pueblos de las Américas.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) agradece el honor que se le ha concedido a Nicaragua al ser elegido al Comité Ejecutivo. Reitera su confianza en la OPS, institución que ha acumulado una enorme experiencia en materia de salud y sirve de referencia permanente en el campo teórico y operativo de programación y acción en salud. Señala su disposición a trabajar por una mejor salud en las Américas junto a los nuevos Miembros del Comité, Cuba y los Estados Unidos de América.

ITEM 3.3: ELECTION OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU AND NOMINATION OF THE REGIONAL DIRECTOR OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE AMERICAS

PUNTO 3.3: ELECCIÓN DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMÉRICAS

The SECRETARY summarized the procedure for balloting for the post of Director.

El PRESIDENTE solicita a los dos escrutadores que continúen con esta labor y les agradece la tarea que están realizando.

El Emb. HELLER (México) propone al Dr. George A. O. Alleyne para ocupar el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para un nuevo período. Señala que, además de la amplia experiencia profesional y las cualidades personales del Dr. Alleyne, son varias las razones que animan al Gobierno de México a respaldar su candidatura. Destaca que en los últimos cuatro años de gestión, el Dr. Alleyne se ha esforzado para que se logre un acceso equitativo a los servicios de salud, ha impulsado el uso de tecnologías sanitarias como una herramienta unificadora de las Américas y ha logrado transmitir con eficacia su visión de que las inversiones en salud y educación son prerequisites indispensables para un genuino crecimiento económico y social, a la vez que contribuyen a reducir las diferencias en la distribución del ingreso. Reconoce también el apoyo que ha concedido a los diversos ejercicios de reforma de los servicios de salud y al desarrollo y fortalecimiento de los centros colaboradores, entre otros. Agrega que bajo la dirección del Dr. Alleyne, la Organización ha sido solidaria cuando ha habido situaciones críticas que han afectado a los países. Finaliza recordando las propias palabras del Dr. Alleyne: "Es menester hallar el equilibrio entre la continuidad y la prontitud a innovar" y señala que, a su juicio, este será el rasgo distintivo de la gestión del Dr. Alleyne en el nuevo mandato que esta Conferencia hoy le conferirá.

Hon. Samuel AYMER (Antigua and Barbuda) supported the nomination of Sir George Alleyne.

O Dr. CHEQUER (Brasil) reitera expressamente o apoio à recondução do Dr. Alleyne ao cargo de Diretor da OPAS. Diz que a Delegação brasileira está convencida de que as prioridades defendidas pelo atual Diretor e que a sua visão dos atuais desafios de saúde pública e de suas possíveis soluções são similares à percepção que o governo brasileiro tem da situação sanitária regional. Ele confia que a continuação do mandato do

Dr. Alleyne será constructiva, não só para o Brasil mas também para a Região como um todo.

La Emb. RAMACCIOTTI (Perú) expresa su más entusiasta apoyo a la postulación del Dr. Alleyne. Este apoyo se basa y se resume en una sola palabra — “confianza”: confianza de que continuarán con fuerza y compromiso las líneas de acción de la cooperación para mejorar la salud en todos los países de las Américas; confianza de que se promoverá la equidad en materia de género y los derechos de la mujer, de la niñez y de los grupos vulnerables; confianza porque el Dr. Alleyne brinda las garantías de un compromiso de acción eficiente, responsable y equitativo, que permitirá insertar a esta centenaria organización en el nuevo milenio, asegurando la coordinación y armonización de esfuerzos con la OMS y con el sistema interamericano.

El Dr. PICO (Argentina) señala que su Gobierno también se suma a los Delegados que respaldan la candidatura del Dr. Alleyne para un nuevo período. Su apoyo se debe fundamentalmente al reconocimiento de las condiciones personales y profesionales del Dr. Alleyne y, en especial, a la idoneidad y capacidad demostrada durante su gestión actual. Sus condiciones humanas, el respeto por un auténtico panamericanismo, el compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad de vida y salud de toda la población de la Región de las Américas y fundamentalmente su liderazgo de la Organización durante estos últimos años, lo acreditan para continuar el cargo. Por sus antecedentes y cualidades el Dr. Alleyne merece ser nominado candidato por aclamación.

El Dr. INTERIANO (El Salvador), como Presidente de la RESSCA, expresa el apoyo incondicional a la candidatura del Dr. Alleyne y comparte la posición del Delegado de la Argentina en cuanto a que la elección debería hacerse por aclamación.

El PRESIDENTE dice que, de acuerdo al reglamento, debe haber votación.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) deja constancia del pleno reconocimiento a la gestión del Dr. Alleyne como Director. Considera que la figura de George Alleyne trasciende fronteras y será reconocida en las memorias del desarrollo y el pensamiento de la salud en las Américas como la de un gran impulsor de teorías sobre procesos de salud. Respalda la propuesta para que se le elija por aclamación.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) expresa su apoyo a la candidatura del Dr. Alleyne, en función de su destacada trayectoria en la salud pública panamericana y de sus condiciones profesionales y humanas. Reconoce haber recibido apoyo y estímulo constantes en las delicadas y complejas decisiones que desde el nivel ministerial se deben adoptar día a día y destaca que el Dr. Alleyne ha sido líder del proceso de cambio y reforma del sector. Reitera que el Gobierno de Chile espera que el Dr. Alleyne continúe este liderazgo y le

ofrece su apoyo, no solo en esta decisión puntual, sino en los esfuerzos que de futuro se continuarán realizando desde el seno de la Organización.

El Dr. SARITA-VALDEZ (República Dominicana) suma sus manifestaciones de apoyo al Dr. Alleyne y a su candidatura, dado que reconoce haber sido testigo de una entrega excepcional, total y única al servicio de la salud regional y universal.

M. BARRE (France) se joint aux délégations qui ont soutenu la candidature du Dr Alleyne, soulignant que c'est une marque d'appréciation pour le travail accompli et une marque de confiance pour le mandat qui va lui être conféré.

*A vote was taken.
Se procede a votación.*

*The tellers count the vote.
Se efectúa el escrutinio.*

El PRESIDENTE informa que del escrutinio de los votos, se obtuvieron 35 boletas depositadas, de las cuales una no es válida. De las 34 boletas válidas, se contó igual número de votos a favor del Dr. Alleyne, con lo cual la elección fue unánime.

*Sir George Alleyne was elected Director of the Pan American Sanitary Bureau.
Sir George Alleyne es elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.*

El PRESIDENTE asigna a los Delegados de Barbados, Canadá y Honduras para acompañar al Dr. Alleyne a la sala. Agradece a los escrutadores por la tarea realizada, y solicita al Relator que lea el proyecto de resolución correspondiente.

El RELATOR da lectura al siguiente proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Articles 4.E and 21.A of the Constitution of the Pan American Health Organization, which provide that the Pan American Sanitary Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization;

Bearing in mind Article 4 of the Agreement between the World Health Organization and the Pan American Health Organization and Article 52 of the Constitution of the World Health Organization, which establish the procedure for the appointment of Regional Directors of the World Health Organization; and

Satisfied that the election of the Director of the Bureau has been held in accordance with the established procedures,

RESOLVES:

1. To declare Sir George Alleyne unanimously elected Director of the Pan American Sanitary Bureau for a period of four years to begin 1 February 1999.
2. To submit to the Executive Board of the World Health Organization the name of Sir George Alleyne for appointment as Regional Director for the Americas.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habida cuenta de los Artículos 4.E y 21.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Gobiernos Miembros de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo suscrito entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que establece el procedimiento para el nombramiento de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud; y

Satisfecha de que la elección del Director de la Oficina se ha realizado de conformidad con los procedimientos establecidos,

RESUELVE:

1. Declarar a Sir George Alleyne elegido unánimamente Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1999.
2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de Sir George Alleyne para su nombramiento como Director Regional para las Américas.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Sir George Alleyne enters the chambers.

Sir George Alleyne entra en la sala.

El PRESIDENTE informa al Dr. Alleyne que su designación fue por unanimidad de los votos válidos y que muchas delegaciones solicitaron que tal designación fuera por aclamación.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) thanked the Member States on behalf of the Government and people of Barbados and the wider Caribbean for the honor they had

bestowed on Sir George Alleyne by once again unanimously appointing him Director of PAHO, which had provided leadership in health in the Americas for nearly 100 years.

She recalled attending the Pan American Sanitary Conference for the first time in 1994, when she had been a minister for only 13 days. Sir George's election at that Conference had been one of the most moving events of her life, as she witnessed the outpouring of affection, confidence, and acceptance of Sir George. She had continued to take joy in that experience, and in observing Sir George serve his first term with such distinction and integrity. At the election of the Director in September 1994, the Member States had voted in the hope that Sir George would be worthy of the confidence placed in him. The confidence that he would continue to bring to PAHO the kind of leadership of which the Member States could be proud had been reaffirmed. Sir George's leadership had been characterized by kindness, urbanity, accessibility, empathy, and tremendous professionalism. He had been responsible for introducing gender equity in the administration of PAHO's affairs. He had restored the spirit of oneness, panamericanism, and cooperation in the fight for health throughout the Region. With his help, health information systems, management systems, and ministries had been strengthened. Under his aegis, individuals and communities had become empowered to take responsibility for their own health. He had revitalized PAHO's finances, created new partnerships to prioritize health, and reminded the world of the linkages between health, environment, and development. In a quiet, unassuming way, the Director had inspired the countries to follow his vision and his successes.

PAHO was nearly 100 years old. At the time it was established, syphilis had been the most feared venereal disease. Today syphilis has been replaced by AIDS. No one could have imagined that cholera and tuberculosis would disappear only to reappear with greater virulence, that the hantavirus would emerge to challenge scientists, that overnutrition would replace malnutrition, or that microsurgery and cloning would one day be a reality.

The next century would certainly bring new, different, and unexpected challenges. Whatever challenges the future brought, under the leadership of Dr. Alleyne PAHO would always be a place of friendship, respite, support, succor, and success constrained only by the Organization's corporate imagination and energy.

Barbados was an island with a population of 260,000 and no natural resources, except its people. Her country was immensely proud of the fact that a man born in a rural village in the south of such a small island in the Caribbean would come to lead the Organization with such distinction and would be called on to carry it forward into the 21st century. Dr. Alleyne, through his service and achievements, had taught all the Caribbean and the developing countries that they had valid and powerful contributions to make in the international arena.

The Caribbean subregion had produced a number of eminent people. Sir George Alleyne had taken his place among them as champion of the cause of health in the Americas. Barbados and the Caribbean wished him well and pledged him their support at the start of his second term of office.

Dr. ALLEYNE (Director): "Mr. President, Director-General of the World Health Organization, distinguished Ministers of Health, Heads of Delegations, your excellencies, Ambassadors, observer agencies and organizations, colleagues in PAHO, my wife Sylvan, ladies and gentlemen:

First, let me thank you Ministers and Heads of Delegations for the manner in which you received my nomination and for having placed your trust in me by electing me yet again to be the Director of the Pan American Sanitary Bureau and to be nominated as Regional Director of the World Health Organization for the Americas. You have thereby given me an opportunity that is given to few—to be of service to the people of the Americas through this unique common venture of ours represented by the Pan American Health Organization. You have conferred upon me a signal honor and in so doing honored my country and the Region that was the crucible for what I am.

I can never tire of thanking you for these past four years as your Director. They have been rich in experience and I have stored in the most safe and sacred place hundreds of memories in which many of you have shared.

There have been interviews with your presidents and prime ministers, there have been discussions in your countries about the nature of our cooperation and the ways in which it might serve you better. There have been many occasions of pomp and ceremony, but there is nothing more precious to me than the recollection of those occasions on which we have witnessed together simple activities in the places in which your people, my people, live and love and labor and die. I will always recall the tiny tots of Tacuarembó in Uruguay; the proud people of Pocri in Panama; the women of Chiclayo in Perú, who soldered silos to protect their harvest grains from rats that brought them the plague; the tenement yard in Trench Town, Jamaica, where Bob Marley cooked his cornmeal porridge. I could go on and on. These were the places in which I could hear and see and feel the various ways health was being improved and our Organization is proud to be a part of your efforts.

I look forward to many more such experiences, but they will have to be confined to these next four years, because as much as I love what we do and have no other aim but to see the Pan American Health Organization continue to flourish, I will not stand before you in this guise again.

However, let me erase immediately any misconceptions that these next four years will be only ones of consolidating the status quo. There is much to be done and many new ways of cooperation to be explored.

We will try to ensure that these four years represent a proper culmination of one hundred years of work by PAHO. We will achieve our centenary in 2002 and I wish it to be a celebration of what has been done in the Americas in health with the support of PAHO. It will be 100 years we have walked together and I wish us to recall the successes as well as learn from the setbacks we have encountered along the way. During this period we must also be thinking of the changes and refinements that will make our Organization last and be useful to its constituencies for another hundred years.

I had been concerned that this period leading up to the end of the century and into a new millennium might have brought to our Organization the attitudes and perceptions characterized as the *fin de siècle* syndrome. Ends of centuries have tended to be marked or marred by general malaise, despair, and decadence as reflected in art, literature and sometimes public practice. My fear was that those most pernicious aspects of it that could be spread rapidly by our facile communications might have tainted our countries, their health sectors and our Organization. Fortunately, we have not experienced this syndrome. I wish to depict our Organization today as one that has reformulated its mission, rethought its technical cooperation as I promised four years ago, and is composed in the main of men and women who as I have quoted before, wish to build clocks and not only tell the time.

The next four years will bring changes in our external environment to which we must respond and adapt. Our existence and success for the last 96 years is a manifestation of our capacity for response and adaptation.

There is every indication that our Region will continue to see its population grow and that growth is likely to be highest among the marginalized and dispossessed. We will undoubtedly face the threats of new diseases and the fear that old ones may return to haunt us. We must address the health aspects of the graying of our population and the increased dependency of the elderly upon the shrinking numbers of the young. We view with apprehension the racial and ethnic conflicts in various parts of the globe and hope that this contagion does not involve us on a grand scale. We will struggle to establish and maintain policies that preserve and protect our environment, always and ever maintaining the anthropocentric view. We will be caught up in the revolution of information and agonize over whether the phenomenon of interconnectedness will disconnect us from those human interactions that characterize and define us as persons in fundamental ways. We know that our economies will have to survive the perils of globalization; most of us feel powerless before that mighty juggernaut and watch as our States restructure and reform themselves.

Health must not be a victim of this restructuring and reform. We must take some responsibility for mobilizing the necessary political attention to the need for some protection for those health services that are indeed essential public goods. But perhaps our most urgent and immediate need may be to examine how we as an Organization must position ourselves to deal with that economic miasma that seems to be creeping all over the world. Financial instability and insecurity threaten to wipe out decades of work and sacrifice by millions of our citizens. In the 1980's we examined how the crisis had affected us. Shall we again agonize after the fact and seek to repair the damage done by a restructuring and reform that seemed to care nothing for health?

But I confess that the scenario that still concerns me most is that related to the growing gaps between people. From what I have heard in the last four years and especially in the last two days, you are equally concerned. It is that gap that led me four years ago to state without equivocation or reservation that one of the fundamental value principles that would underlie my administration would be the search for more equity in health—that those gaps that are unnecessary and unjust should be closed.

The passage of time has not shaken my adherence to this value. However, I have understood much better the nature of the task to be undertaken to make this value principle more relevant. I know better that equity does not mean more poor services for the poor. I understand more clearly that there will have to be equity in the prevention of ill health and the promotion of health. I am more conscious of the need to act on the assumption that the inequities in the determinants of health are the root cause of those inequalities in health outcomes that we deem to be unjust. I am clearer as to the role of health authorities and that of PAHO in this search and I am pleased that there is more than a ground swell of opinion as to the correctness of this concern, particularly here in the Americas where the breach is broadest.

The President of Brazil, Fernando Henrique Cardoso, writing of humanizing growth—through equity—says: *So we face a paradox: the demand for equity is on the increase, partly as a result of the globalization of information, yet is directed to a state that is reducing its functions and has less control over its economic policy options. This demand for equity—a key concept in the transition from the imperatives of economic efficiency to the realm of social action—is not new.*

And then in what could be seen as a challenge to us here, he says: *The biggest challenge for multilateral organizations is to reinvent the sense of community and to give room for international solidarity.*

This solidarity, this ability for small and large, for rich and poor to work together for health is a precious thing. My wife tells me that tears almost came to her eyes when she saw Jamaican and Argentinean football teams stand together in France. They were

there as competitors, but they were sharing in a larger experience—and I wish to see this joint contribution to a larger experience made even more patent in our panamerican approach to Health in the Americas. We will continue to try—and with your help I am confident that we can succeed.

Yes, we will have specific goals for health, but this is not the place to spell them out, as the details have been elaborated in the Strategic and Programmatic Orientations that you have adopted. However, there are some needs that can almost be translated into specific calls to arms.

We will, for example, commit to preventing an additional 25,000 infant deaths every year for the next four years. We will recommit to maintaining our Region free of poliomyelitis and by the year 2002 consign the rash of measles to the pictures that should be only of historical interest to new generations of health workers. No man, woman, or child must be infected with *Trypanosoma cruzi*, HIV, hepatitis or syphilis through blood transfusion. There will be ever increasing attention paid to those of our people with mental health problems who are often forgotten, and fewer of our citizens must smoke.

As a basis for all of this, we will recommit ever more firmly to emphasizing in all our work the key role of information as the critical point in the chain of data, information, knowledge, and wisdom. We will continue to strive towards having the culture of production and use of information firmly woven into the fabric of our work.

As I promised four years ago, I have extended our hand to a wide range of agencies, institutions, and organizations that share our values and our concern for health. But this is not enough. We must be more aggressive in espousing the cause of health—not for the sake of burnishing the image of PAHO but because I believe that we must seek a new place for health—not in the corridors of power but at the tables of power. The extent to which countries, agencies and organizations work with us is a reflection of the trust and respect our Organization has built up over its history. In the next four years, we will seek even more innovative ways to project the image of our collective work and make our various publics aware of it.

I wish to see us work with all our major partners to establish a common agenda for health in the Americas by the year 2000. Simple as it sounds, this will be a major and audacious task. But if you accept the challenge it will be possible to engage those persons and agencies in the Americas whose activities touch on health to agree to a basic framework into which the many pieces can fit.

I will maintain that fiscal and programmatic transparency which you have every right to demand and I will ensure that PAHO has the offices and instruments to safeguard that transparency. The guardianship of the resources we receive from you is a sacred

trust. My record over the past four years is such that I do not have to refer to the need for gender diversity in this Organization.

I will involve our staff in my planning to streamline our practices and make those changes in the Secretariat that are necessary to ensure that it is even more responsive to your needs. Some of these changes will involve incorporating new disciplines into the Organization to deal with the new health challenges we face.

We are ever conscious of our dependence on your commitment to moral and financial support. I am proud of the manner in which you, our Member States support PAHO and I trust that down the years this support will continue and increase such that your Organization is not hobbled by the small but painful cuts that if they continue, must eventually erode what you have constructed over the past ninety-six years.

I have been proud to be the Director of the Pan American Sanitary Bureau and simultaneously Regional Director of the World Health Organization and I would not wish otherwise. My experience has convinced me that this arrangement brings value and luster to both Organizations and you have my assurance that I will do everything in my power to see that we do not put asunder what has been joined together in a productive relationship over fifty years—a relationship that has benefited the people of the Americas and the world.

Distinguished delegates, I wish much for health in the Americas and sometimes because of the fervor of that wish, I speak with a passion that is inappropriate for my public persona. I cannot hide it. I cannot help it; but I take comfort in the words of the philosopher Hegel that I quoted in my Quadrennial Report: "Nothing great in the world has ever been achieved without passion.

I thank you again and hope I can prove to be worthy of your trust."

*The meeting rose at 1:10 p.m.
Se levanta la reunión a la 1.10 p.m.*

**SIXTH MEETING
SEXTA REUNIÓN**

Wednesday, 23 September 1998, at 3:00 p.m.
Miércoles, 23 de septiembre de 1998, a las 3.00 p.m.

President/Presidente

Dr. Alberto Mazza

Argentina

**SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN GENERAL**

El Dr. MAZZA (Presidente de la Comisión General) informa que la Comisión celebró su segunda reunión el miércoles 23 de septiembre de 1998 a la 1.00 p.m. Se acordó que, en vista de que la sesión estaba ligeramente adelantada, se distribuyese un programa de reuniones modificado (documento CSP25/WP/1, Rev. 1). El Director ha convocado una reunión de Jefes de Delegación para el jueves 24 de septiembre, a las 8.30 a.m., en la Sala B. La 123.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebrará el viernes 25 de septiembre, a las 2.30 p.m., en la Sala B. Se pide a los delegados de los Miembros que continúan en el Comité Ejecutivo y a los recién electos que asistan a esa sesión, y se invita a los demás Estados Miembros y Miembros Asociados de la Organización a que participen en calidad de observadores.

- ITEM 4.7: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS (*conclusion*)
PUNTO 4.7: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMÉRICAS (*conclusión*)

La Dra. CUCHÍ (Observadora, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) felicita al Director por su reelección y le desea un éxito continuado. Una de las estrategias principales del ONUSIDA es fomentar la cooperación interinstitucional, intersectorial e interprogramática. Por este motivo, su organización está satisfecha de la cooperación con la OPS, especialmente en las esferas de la vigilancia epidemiológica, la cooperación técnica y la planificación. Los buenos resultados alcanzados en la Región se deben a diversos factores, pero especialmente a la participación activa de los organismos que integran el Grupo Temático, a la claridad de los objetivos señalados por los programas nacionales contra el SIDA, al trabajo en relación estrecha con dichos programas y al apoyo prestado por la OPS. El ONUSIDA seguirá fortaleciendo la labor interinstitucional, sin perder de vista que lo más importante es el apoyo a los planes nacionales y a la concertación de esfuerzos multisectoriales para la prevención de la infección por el VIH y el SIDA.

El Dr. ZACARÍAS (OPS) da las gracias a los delegados por sus observaciones y sugerencias. Con respecto a lo señalado por la Delegación del Brasil, agradece su aportación al documento y dice que la vigilancia epidemiológica de segunda generación se está teniendo en cuenta especialmente. También se está trabajando activamente en aspectos como el mejoramiento de la atención de los pacientes, elaborando modelos que puedan servir a los países. En este sentido, cabe destacar los esfuerzos ya emprendidos por algunos países en relación con la disponibilidad y el acceso a los medicamentos antirretrovíricos.

El DIRECTOR dice que la Oficina examinará muy detenidamente la sugerencia hecha por la Delegación del Brasil de comprar colectivamente medicamentos por medio de un fondo rotatorio. Se trata de una medida que entraña diversos aspectos legales y logísticos que conviene estudiar. Como la sugerencia ha sido acogida por otros países, el asunto se analizará a fondo y se dará una respuesta en un plazo relativamente corto.

El PRESIDENTE dice que, en vista de las modificaciones que se han sugerido al proyecto de resolución, éste se someterá posteriormente a la consideración de la Conferencia.

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH, 1998:
PRESENTATION OF THE AWARD
PUNTO 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA, 1998:
ENTREGA DEL PREMIO

El PRESIDENTE señala que la inclusión de la entrega del Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana en el orden del día de la Conferencia pone de relieve su importancia para la OPS. El Premio Horwitz fue creado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) en 1978, con el apoyo de funcionarios de la OPS y de otras personas dedicadas a la salud internacional, como una expresión de admiración y afecto por el Dr. Horwitz. Afortunadamente, se sigue contando con la inspiración y la sabiduría que el Dr. Horwitz imparte como Director Emérito de la OPS y Presidente de PAHEF.

El Premio, que se otorga ahora por vigésimo primera vez, tiene por finalidad estimular la excelencia y el liderazgo en el campo de la salud, honrando a personas que trabajan en las Américas y que producen ideas y obras de importancia principalmente regional. Con los años, el Premio ha reconocido a una variedad de profesiones esenciales para servicios de salud eficaces y se ha convertido en un símbolo del mérito y una fuerza motivadora para todos los trabajadores de la salud de las Américas. Considerando la importancia de los líderes dedicados e inspiradores, la ocasión es propicia para que los delegados y amigos aquí reunidos honren a dos de ellos. El Premio Abraham Horwitz es una de las muchas formas de cooperación entre la OPS y PAHEF, ya que PAHEF se

fundó hace casi 30 años para apoyar los objetivos fundamentales de la OPS y de la OMS. El carácter no lucrativo y la flexibilidad institucional de PAHEF le han permitido usar donaciones, subvenciones y préstamos para financiar programas de salud importantes. Esta relación se ha fortalecido y profundizado gracias a la función que el Dr. Horwitz sigue desempeñando como Presidente de la Junta Directiva de PAHEF.

A continuación pide al Dr. Horwitz que presente a los galardonados, el Dr. Carlos Ponce y la Dra. Elisa Mayén de Ponce.

El Dr. HORWITZ (Director Emérito) dice que le honra destacar los aportes científicos de un matrimonio de investigadores de Honduras, el Dr. Carlos Ponce y la Dra. Elisa Mayén de Ponce, que se han ocupado de la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, respectivamente. El Dr. Ponce ha estudiado el parásito, los vectores y los reservorios animales de la enfermedad de Chagas, y las personas afectadas por ella, así como los factores epidemiológicos y sociales. Sus estudios han abarcado los casos transmitidos tanto por vectores como por transfusión sanguínea. Los avances realizados en la lucha contra esa enfermedad son producto de la investigación científica y cabe confiar en que lo sigan siendo. La originalidad de la labor de la Dra. Elisa Mayén de Ponce estriba en el enfoque promovido en Honduras para la detección temprana de la leishmaniasis visceral por el personal de atención primaria de la salud, sobre la base de elementos epidemiológicos y clínicos, que permite remitir a los posiblemente afectados a los centros con capacidad de diagnóstico y tratamiento. Gracias a ello se ha logrado una captación temprana de los niños afectados, con lo que el enfoque reduce la morbilidad y la mortalidad. El Dr. Horwitz felicita calurosamente a ambos galardonados.

The President presented the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 1998, to Dr. Carlos Ponce and Dr. Elisa Mayén de Ponce, of Honduras
El Presidente hace entrega del Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana, 1998, al Dr. Carlos Ponce y a la Dra. Elisa Mayén de Ponce, de Honduras

El Dr. PONCE dice que la enfermedad de Chagas despertó una gran inquietud en él desde que tuvo conocimiento de ella, por tratarse de una enfermedad restringida al continente americano que solo era conocida por un pequeño grupo de profesionales de la salud, a diferencia de la bien conocida enfermedad del sueño. Durante su formación profesional, pudo trabajar con el gran investigador latinoamericano, Rodrigo Zeledón, en una investigación amplia sobre la enfermedad de Chagas en Costa Rica que le brindó la oportunidad de conocer tempranamente los elementos biológicos (parásitos, vectores, reservorios animales, personas afectadas), así como los factores sociales que determinan la infección humana y el desarrollo de la enfermedad en los países endémicos.

A poco de cumplirse 90 años del descubrimiento de la enfermedad, las acciones conjuntas que los países de la Región llevan a cabo en beneficio de la población en el

marco de alianzas estratégicas están a punto de traducirse en algo por largo tiempo anhelado: la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de este mal, que coincide con la aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud de una resolución relativa a la eliminación de su transmisión. Ello representa un reto y, si bien confía en que gracias al esfuerzo sostenido del continente la transmisión de la enfermedad por los vectores domiciliados y por la vía transfusional se eliminará a corto plazo, no cabe olvidar que los elementos biológicos persistirán en la naturaleza, ni que los elementos sociales harán necesario vigilar y utilizar todo el conocimiento disponible para aportar soluciones a las situaciones nuevas que pudieran presentarse.

Las intervenciones de control vectorial y transfusional reducirán la incidencia y permitirán que la población adquiera los conocimientos necesarios para incorporarse a la vigilancia de los insectos vectores.

También se tendrá oportunidad de prestar mejor atención a la población infectada. El trabajo iniciado por Carlos Chagas y continuado por todos los investigadores y trabajadores de la salud de las Américas no ha sido en vano y la Región puede sentirse orgullosa del proceso de desarrollo del conocimiento, impulsado por la lucha contra esta enfermedad.

Al recibir la altísima distinción que significa el Premio Horwitz, es consciente del reconocimiento de su pequeña contribución y de que lo que ha logrado ha sido con el apoyo de muchos países, instituciones y personas. Comparte, pues, el premio con todos los que han estimulado y apoyado su quehacer en torno a la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, particularmente con los trabajadores de la salud de Centroamérica, y en especial los de Honduras. Asume también el compromiso de continuar con mayor esfuerzo su labor en beneficio de la población y agradece a la Secretaría de Salud de Honduras, a la OPS, principalmente al Programa de Enfermedades Transmisibles, así como a la Fundación Panamericana para la Salud y la Educación, al Programa de Enfermedades Tropicales y a la OMS su estímulo y su apoyo constante, oportuno y eficiente.

La Dra. MAYÉN DE PONCE, acompañando sus observaciones con diapositivas, dice que desde muy temprano en su vida profesional tuvo oportunidad de entrar en contacto con la leishmaniasis en el marco de un proyecto amplio de investigación de la leishmaniasis cutánea y mucocutánea en Costa Rica. Biológicamente, la diversidad de especies de parásitos de leishmania y la diversidad de vectores y reservorios existentes en la mayoría de los países del mundo donde estas enfermedades son endémicas hacen que la leishmaniasis se presente en una gama muy amplia de situaciones clínicas y epidemiológicas. Estas enfermedades constituyen un serio problema de salud pública en muchos países del continente americano y de otros continentes, y por ende son también

un importante campo de investigación básica y aplicada, así como un reto: el de impulsar acciones eficaces de prevención y control.

Gracias al esfuerzo de los investigadores sanitarios, es mucho lo que se sabe sobre la leishmaniasis americana, pero, a pesar del gran avance logrado en el diagnóstico y el tratamiento, se depende de un único medicamento de elección que tiene muchas limitaciones y complicaciones por su difícil administración y su carácter tóxico. A las puertas del siglo XXI, sigue siendo válida la afirmación hecha en 1992 por Barbara Hayward y Jonathan Bergman, investigadores que han hecho grandes aportaciones al tratamiento terapéutico de la leishmaniasis, de que “a finales del siglo XX es imposible que el tratamiento estándar para todas las formas de leishmaniasis se haga por medio de inyecciones de antimonio, que es un metal pesado cuyo mecanismo de acción sobre esos parásitos no se conoce completamente”.

En Honduras siempre ha existido la preocupación de que las víctimas de esta enfermedad tengan acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento específico, particularmente las afectadas por la leishmaniasis visceral, que es mortal cuando no se trata. Por esta razón, en el país se ha desarrollado una experiencia amplia de vigilancia y detección temprana de la leishmaniasis visceral por el personal de atención primaria de la salud, que permite detectar de forma temprana a los niños afectados y remitirlos a centros con capacidad de tratamiento. Antes de esta experiencia, la mayoría de los niños que padecían leishmaniasis ingresaban en los centros de atención cuando la enfermedad estaba muy avanzada, lo que causaba un problema sanitario muy serio. La experiencia hondureña ha permitido fortalecer la vigilancia epidemiológica en las áreas endémicas, reducir la morbilidad y el índice de mortalidad, atender a los pacientes a un menor costo y conseguir su recuperación rápida sin mayores complicaciones. En el nuevo milenio, el principal reto de la leishmaniasis será desarrollar tratamientos eficaces menos tóxicos.

Por último, la Dra. Mayén de Ponce dice que el hecho de ser distinguida con el Premio Horwitz supone un compromiso y un estímulo para seguir trabajando en este campo.

ITEM 4.9 POPULATION AND REPRODUCTIVE HEALTH
PUNTO 4.9 POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that the Executive Committee had discussed population and reproductive health at its 122nd Session. Ms. Carol Collado, Acting Coordinator of the Program on Family Health and Population, had outlined PAHO's role and the approach advocated by the Organization in the area of reproductive health. Over the 30 years that PAHO has been involved in reproductive health, a number of changes had occurred, both in practical and

conceptual terms. One of the most significant had been the adoption of a new definition of reproductive health at the International Conference on Population and Development, held in Cairo in 1994. In accordance with that definition, reproductive health was seen as a lifelong process and an integral part of human development. That conceptual shift, coupled with the emergence of new problems directly linked to poor reproductive health, called for new approaches on the part of PAHO and the Member States to promote and enhance the reproductive health of the Region's population.

The approach advocated by PAHO and presented in the document before the Conference was holistic, multisectoral, and oriented toward human development and social responsibility. The document proposed a number of strategies and priorities to guide both the countries' activities and PAHO's activities with the countries in the area of reproductive health.

The Executive Committee had applauded the holistic, life-cycle approach promoted in the document and its emphasis on respect for human rights, especially the rights of women in relation to reproductive health. The Committee had also underscored the necessity of attention to the reproductive health needs of children and, especially, adolescents. It had also been suggested that the document should give greater attention to the issue of sexual violence.

The Executive Committee had adopted Resolution CE122.R5, which was included in the document before the Conference.

La Dra. ALÍÑO (Cuba) dice que la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano y social, está íntimamente relacionada con los valores, la cultura y la visión de futuro, y exige especial atención, por su potencial para contribuir a un desarrollo sostenible. El 16 de junio de 1999, Día Mundial de Población, la población mundial alcanzará la cifra de 6.000 millones de habitantes, y más del 90% del incremento neto se habrá producido en los países en desarrollo.

Actualmente, la tasa mundial de crecimiento de población es del 1,4%, pero en los países en desarrollo asciende al 1,7% y la transición demográfica se orienta hacia el incremento de la tercera edad. Las personas adultas tienen cada vez menos hijos, pero los agregados netos a la población mundial son los máximos registrados en la historia. Al mismo tiempo, como resultado de las altas tasas de fecundidad de los últimos decenios, en las regiones menos adelantadas se producirá transitoriamente una afluencia hacia la población en edad activa, en comparación con la población dependiente, de jóvenes y ancianos. El así llamado dividendo demográfico dará oportunidad a los países de acumular capital humano y estimular el desarrollo a largo plazo, pero para ello hará falta que los gobiernos sean capaces de efectuar inversiones que fortalezcan las familias y las instituciones a fin de satisfacer las necesidades de educación, los servicios de salud

(incluidos los de salud reproductiva), la participación social productiva y el empleo. La situación actual entraña el reto de alcanzar un desarrollo humano que permita ampliar las posibilidades de disfrutar de una vida prolongada.

La visión de la OPS, que consiste en considerar la salud reproductiva como eje principal de la promoción y protección de la salud como concepto social, está avalada por las metas y objetivos señalados en las cumbres de la infancia, la población y la mujer. Cuba no solo respalda el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, sino que ha identificado los aspectos que deben incluir los servicios de salud reproductiva, dando un lugar primordial a la atención primaria. Por ello, hace suyas las estrategias y prioridades propuestas, así como el proyecto de resolución presentado.

A Dra. LAGO (Brasil) diz que gostaria de enfatizar algumas das questões abordadas no documento de referência. A primeira diz respeito à preocupação da Organização com a difusão do conceito ampliado de saúde reprodutiva, como referência para formulações de políticas, conceito este inicialmente proposto pela Organização Mundial da Saúde e reiterado na Conferência do Cairo. É fundamentalmente importante reconhecer que o campo da saúde reprodutiva se ocupa em assegurar que as mulheres e os homens possam exercer sua sexualidade e conduzir suas decisões reprodutivas em condições de autonomia e de segurança para a saúde, promovendo, assim, as condições para o efetivo exercício dos direitos reprodutivos como parte dos direitos básicos dos cidadãos. Formulando políticas nessa direção, estaremos caminhando rumo à equidade social e de gênero.

Ela informa que, no Brasil, os problemas que afetam a saúde reprodutiva vêm sendo enfrentados num contexto de assistência integral à saúde da mulher, desde o início dos anos 80, a fim de atender a uma legítima demanda do movimento organizado de mulheres no nosso país.

Simultaneamente, têm-se desenvolvido alguns planos de ação para o enfrentamento desses problemas no âmbito coletivo.

A Dra. Lago menciona especialmente o plano para enfrentamento da mortalidade materna, que inclui desde medidas para ampliar a vigilância do óbito materno a medidas que buscam ampliar a cobertura, a melhoria da qualidade e a humanização da assistência à maternidade. Cita o fato de que o Brasil tem convivido com altas taxas de intervenções cirúrgicas no parto e que recentemente o país adotou uma série de medidas que visam a reduzir o abuso desde prática.

Menciona a legislação que garante a prática do planejamento familiar no âmbito da decisão autônoma dos indivíduos e que obriga o Estado a prover informações e acesso aos métodos contraceptivos.

Refere-se também ao desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, em particular do câncer cérvico-uterino e da AIDS, e agradece à Organização Pan-Americana de Saúde a cooperação técnica oferecida ao Brasil neste ano na formulação de um programa nacional de combate ao câncer cérvico-uterino.

A Dra. Lago elogia a Organização por incluir a questão da violência sexual como tema de preocupação no âmbito da saúde pública, cuja prevenção requer formulação de estratégias de ações intersetoriais, e que no âmbito mais estrito do setor saúde reclama pela assistência adequada às mulheres vítimas dessa violência. Ela menciona os incipientes esforços frente ao problema, em parceria com o Ministério da Saúde e com organizações de mulheres, e a capacitação de alguns serviços de saúde para o atendimento médico e suporte emocional dessas mulheres.

A Dra. Lago conclui expressando total apoio às prioridades identificadas pela resolução apresentada e enfatiza, em especial, a preocupação e a necessidade de apoio para o desenvolvimento de políticas voltadas para a promoção da saúde reprodutiva na etapa da adolescência, visto que a gravidez indesejada e a crescente exposição dos jovens à infecção pelo vírus da AIDS constituem problemas sérios e comuns à maioria dos Estados Membros.

M. BERNARD (Canada) appuie la proposition CSP25/15 concernant la population et la santé génésique et reconnaît que la santé génésique est la pierre angulaire du développement humain. Il appuie aussi la proposition de l'OPS de baser les décisions sur des recherches touchant autant la définition de la santé génésique et les approches efficaces que les moyens d'atteindre les groupes les moins bien desservis.

Le Canada a pour objectif de favoriser la prise de décisions et les choix stratégiques appuyés sur l'évidence et de favoriser une approche de santé de la population basée sur les déterminants de la santé. Selon M. Bernard, la santé génésique fait partie des assises du développement humain.

M. Bernard annonce que Santé Canada est sur le point de publier son cadre de référence sur la santé sexuelle et génésique. Le document, préparé en partenariat avec les différents gouvernements et les organismes non gouvernementaux intéressés des pays, présente un cadre général qui reconnaît l'importance de maintenir, de protéger et de promouvoir la santé génésique comme d'ailleurs la capacité pour les Canadiens de se reproduire. Si la santé génésique suppose pour chaque individu un choix de procréer ou

non, ce choix doit cependant être facilité par l'assurance que la grossesse peut être envisagée en toute sécurité et que l'enfant à naître toutes les chances possibles de développement sain et harmonieux. Le Canada inscrit la santé génésique en continuité avec les actions visant à assurer, d'une part une grossesse sans risque, soit par le contrôle des maladies sexuellement transmissibles, des maladies infectieuses, soit par l'aide alimentaire et nutritionnelle, le retrait préventif de la femme au travail, et une politique antitabagique, le suivi de la grossesse et les soins périnataux, et d'autre part, le développement harmonieux de l'enfant grâce au support parental à la mère, au programme d'immunisation et à la stimulation précoce des nourrissons. Telle est l'orientation que se propose le Canada.

Mr. WALLING (United States of America) said that the United States still faced many challenges with respect to reproductive health, in particular among its underserved population. A major concern was reducing the numbers of adolescent and unexpected pregnancies, and increasing access to family planning services in a culturally sensitive environment.

His Delegation joined the other delegations in supporting the proposed resolution and shared the view that reproductive health was the cornerstone of human and social development. The United States applauded PAHO's efforts to find new paradigms for reproductive health that would empower women with choice and control over their future and enable health providers to give better care. It also appreciated the Organization's attempts to prioritize activities, given the multifaceted and complex nature of reproductive health issues. A more focused approach would help to maximize technical expertise and resources. While the contribution of PAHO and other international organizations would continue to be crucial, local governments and NGOs should be encouraged to take greater responsibility in the implementation and management of reproductive health programs. International cooperation should be oriented toward advocating effective policies and legislation, accessible and high-quality health services, and education that would result in better choices for women throughout their lives.

El Dr. PICO (Argentina) agradece al Director el documento presentado sobre población y salud reproductiva. Su Gobierno apoya toda propuesta orientada a mejorar la salud del binomio madre/niño, siempre que respete las pautas culturales de la población y la libertad de cada persona para decidir en los aspectos relacionados con sus valores éticos y morales.

La Constitución de la Argentina declara que la vida comienza en el momento de la concepción y, a nivel del Gobierno nacional, existe una firme voluntad política de privilegiar la defensa de la vida, en todas sus etapas, desde la gestación hasta una muerte en condiciones dignas y humanas. Se ha creado en el Ministerio de Salud la Comisión Nacional de Ética Biomédica, en la que hay representantes de las ocho congregaciones

religiosas oficialmente reconocidas en el país (incluida la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica) y cuya misión es asesorar a las autoridades sanitarias nacionales en los temas éticos y morales.

Reitera la posición de su Gobierno en el sentido de que todo documento de un organismo internacional relacionado con la salud reproductiva debe ser simplemente orientador, dejando a los países en libertad para decidir su acción, guiándose por el respeto de los valores y la cultura de cada persona, familia, comunidad y nación, como se dice en el inciso a) del punto 1 de la Resolución CE122.R5.

El Dr. ERAZO (Chile) manifiesta que su Delegación apoya la resolución propuesta porque se orienta a reforzar el esfuerzo conjunto que los países de las Américas vienen realizando en los últimos años. Quiere resaltar especialmente en esa resolución el enfoque intersectorial, que da clara responsabilidad al sector salud en materia de salud reproductiva y población, y el apoyo que se concede a la cooperación técnica y la movilización de recursos, que son tan necesarios para enfrentar los nuevos desafíos.

Para Chile, uno de esos desafíos es el desarrollo de los sistemas de salud, especialmente en lo que se refiere a la integración de los programas. Muchas de las acciones que actualmente se realizan corresponden a la salud reproductiva, pero siguen estando dispersas. Ejemplos son la consejería de salud sexual y reproductiva, el control preconcepcional y prenatal, el fomento de la lactancia materna, el control del niño sano, la estimulación del desarrollo sicomotor o la regulación de la fecundidad, acciones todas que deben integrarse a fin de lograr un enfoque familiar y de prestar una mejor atención a la población beneficiaria.

Por otra parte, el concepto de salud reproductiva como un continuo a través de todo el ciclo vital del individuo rebasa el campo del sector de la salud y exige la participación de otros sectores como los de la educación, la justicia y el trabajo, y en este sentido la experiencia de Chile es todavía limitada. Habría que profundizar y apoyar proyectos como los de educación sexual y la prevención del embarazo de la mujer adolescente, que se han coordinado con el Servicio Nacional de la Mujer, con participación del Ministerio de Salud y Educación y del Instituto Nacional de la Juventud. En el presente decenio, la salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado en los foros internacionales como una prioridad. Sin embargo, la oferta de servicios y su accesibilidad a los jóvenes son todavía escasas en los países de la Región. En Chile, la oposición de algunos sectores dificulta muchas veces la integración de los adolescentes.

Es importante, por otra parte, destacar la preocupación que recoge el documento por la mayor vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual de los sectores de menos acceso a los servicios de salud. Esto se aplica también a la salud maternal y

perinatal, ya que es en esos grupos donde se producen mayores daños reproductivos, a consecuencia, por ejemplo, de la morbi-mortalidad materna por aborto provocado, y de las complicaciones hipertensivas, hemorrágicas y sépticas del embarazo; otro ejemplo es la morbi-mortalidad prenatal por prematuridad, bajo peso de nacimiento y retardo de crecimiento uterino. En ese contexto, es importante la propuesta que se hace en el documento de dar énfasis especial a la atención de las poblaciones actualmente subatendidas, lo que requiere la coordinación entre las autoridades locales y los equipos de salud, a fin de focalizar los recursos y de afrontar de manera integral las realidades asistenciales de los grupos mencionados.

En lo que se refiere al punto 2.4 del documento en relación con las distintas definiciones de salud reproductiva utilizadas en la Región parece importante destacar dos aspectos. Por un lado, la idea de promover un embarazo deseado, como fruto de una decisión responsable de ambos progenitores, basada en una información fiable y una consejería individualizada. Por otro, la provisión de servicios anticoncepcionales eficaces y de vigilancia activa de todo el proceso de embarazo, parto y postparto, aplicando criterios de focalización cuando hay riesgo y de asistencia institucional al parto, y dando énfasis a la participación de ambos progenitores en el fomento de la lactancia prolongada.

Un aspecto destacable en Chile es la presencia del padre en el momento del nacimiento de sus hijos en los establecimientos públicos. Desde 1995, se estima que el padre está presente en el 15% de los partos normales, lo que indudablemente refleja una mayor participación masculina en la vida sexual y reproductiva, que tiende a mejorar las relaciones familiares y a reducir la violencia intrafamiliar y la sobrecarga que habitualmente soporta la mujer.

Por último, quiere destacar el esfuerzo desplegado con el UNICEF en esta esfera, y señalar que, en lo que se refiere a los programas anticoncepcionales, su país no cuenta actualmente con el apoyo de entidades externas o agencias de cooperación internacional, ya que no se lo considera prioritario en esa materia, pero necesita la cooperación técnica para asumir los desafíos planteados, lo mismo que todos los países de la Región.

El Dr. HERMIDA (Ecuador) dice que, en 1997, el Gobierno puso en marcha el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, que fue declarado prioridad nacional al año siguiente y elevado a la categoría de programa nacional hace unas semanas. Este programa incluye, entre otras medidas, la creación de redes de emergencias obstétricas; el mejoramiento de la infraestructura de las maternidades; la capacitación del personal; la instauración del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna; la organización de grupos comunitarios para la promoción del autocuidado; la atención institucional del embarazo, el parto y el puerperio; la educación sexual de la comunidad, especialmente de las adolescentes; el seguimiento y capacitación

de las parteras tradicionales; la planificación familiar, y la educación en salud reproductiva.

Además, el Ministerio de Salud Pública, con apoyo de organismos internacionales, desarrolla otras actividades que tienen por objetivo fortalecer el desarrollo de la salud reproductiva. Por ejemplo, está ejecutando un proyecto de atención de la salud reproductiva en dos provincias del Ecuador con apoyo del FNUAP; apoyando un proyecto de mejoramiento de la calidad de la atención de urgencias obstétricas básicas, con apoyo de la AID, la OPS y organizaciones no gubernamentales; y apoyando las iniciativas de municipios saludables con la asistencia técnica de la OPS y con fondos de los Países Bajos, en las que incluirá un componente de salud reproductiva. La enseñanza de la salud reproductiva se ha incorporado en los programas de estudios de las escuelas de ciencias de la salud. Sobresale en este aspecto la Universidad de Cuenca, que ha integrado la enseñanza de la salud reproductiva en todas las cátedras afines, lo que servirá de modelo para las demás universidades. Por estas razones, el Dr. Hermida dice que su Delegación apoya el proyecto de resolución.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) se muestra complacido de que en el documento se ponga en primer plano la lucha contra la mortalidad materna y la infantil. Comenta que, así como la OPS está luchando por que los asuntos de salud se incluyan en los temarios de las cumbres presidenciales del continente, se debería hacer un esfuerzo para que los Gobiernos le diesen igual prioridad en su agenda de desarrollo. También destaca la importancia de que en el documento se haga un análisis de los factores condicionantes de carácter socioeconómico y expresa su deseo de que esto pueda hacerse en todos los documentos de trabajo.

En 1982, el *Population Bulletin of the United Nations* mencionaba que, cuando se hundió el *Titanic* en 1912, perdió la vida el 3% de los pasajeros de primera clase; el 16% de los de segunda, y el 45% de los de tercera. En un buque imaginario que representara a América Latina, habría a bordo 345 millones de pasajeros sujetos a riesgos diferenciales por clase social, tan crueles o incluso más que los del celebre buque. En efecto, cada año, se arroja literalmente por la borda casi un millón de cadáveres de niños menores de 5 años de edad, provenientes en su mayoría de la "tercera clase" y que nunca deberían haber perecido. Por ende, compete demostrar a las autoridades políticas y a los pueblos, con objetividad científica, la magnitud de este monstruoso genocidio y sus causas profundas.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) dice que muchos países de la Región han avanzado notablemente en el campo de la salud reproductiva por medio de la creación y el fortalecimiento de servicios de salud. Sin embargo, en el desarrollo de esos servicios han surgido obstáculos, sobre todo cuando se ha tratado de fomentar nuevos hábitos y comportamientos que incidan positivamente en los indicadores de salud. En Nicaragua

existe un código de valores enraizado en las tradiciones que impide acabar con los tabúes y prejuicios que guían algunos comportamientos de la población. Como decía Ortega y Gasset, la cultura es el conjunto de ideas que guían nuestro quehacer cotidiano y nuestras creencias. A menudo, ciertas creencias y comportamientos de las personas ejercen un efecto negativo en las condiciones de salud de las poblaciones del mundo. Por ello, para lograr que los programas de salud reproductiva tengan cierto impacto en los comportamientos no saludables de la población, es preciso emprender acciones y analizar los problemas de forma integral. Los organismos internacionales y los gobiernos desempeñan un papel crucial en esas tareas y los ministerios de educación podrían potenciar dicho impacto, sobre todo a través de las escuelas, si en sus políticas educativas incorporaran temas como los factores que aumentan el riesgo de mortalidad, de padecer el SIDA y enfermedades de transmisión sexual, y de embarazo en las adolescentes.

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) solicita que en la planificación y provisión de servicios de salud se haga hincapié en el respeto que debe tenerse por las pautas antropológicas y culturales de las distintas etnias que integran la población de muchos países, y se garantice el acceso a dichos servicios, especialmente el acceso de las mujeres indígenas. La omisión de esos elementos explica, por ejemplo, que algunas mujeres indígenas prefieren morir en su comunidad antes que acudir a los servicios de salud.

Debe quedar claro que el campo semántico del concepto de salud reproductiva trasciende los problemas de salud relacionados directamente con la reproducción. Dicho concepto incluye además las esferas de la salud de la familia y del desarrollo humano entendido en su sentido más amplio.

Ms. WRIGHT (Observer, World Association of Girl Guides and Girl Scouts) congratulated WHO on its 50th Anniversary and PAHO on its upcoming 100th. She pledged the cooperation of her organization—an NGO with a membership of over 10 million girls and young women in 138 countries—to the initiative outlined in the document. The strategy of advocacy, information, and communication was particularly important in order to fill the continuous need for education and to permit informed decisions in each successive generation.

Her organization had participated in various international forums and commissions devoted to issues affecting the status of women and had been involved in innovative joint field projects with UNHCR and UNFPA. Its members and volunteers stood ready to work with WHO, PAHO, and the countries.

As an officer of the Conference of NGOs (CONGO), the World Association of Girl Guides and Girl Scouts would be organizing a consultation in the Region, at which one topic to be discussed was reproductive health, including AIDS and gender equity.

La Sra. COLLADO (OPS) destaca el alto grado de compromiso manifestado por los delegados así como las valoraciones que han hecho del documento, especialmente las relativas a la equidad, la autodeterminación, las prioridades de los grupos de población menos favorecidos, los principios de la atención primaria de salud, y la provisión integral e intersectorial de servicios de calidad. Además, considera que el esfuerzo conjunto permitirá superar el desafío que suponen los cambios que se pretenden introducir en el concepto de salud reproductiva.

El RELATOR dice que, antes de presentar el proyecto de resolución CSP25/15, es necesario cerciorarse de que el texto satisface las preocupaciones expresadas por la Delegada del Paraguay.

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) indica que en el texto del proyecto debe constar explícitamente el tema de las poblaciones indígenas.

El PRESIDENTE indica que el proyecto de resolución se someterá a la Conferencia, una vez revisado en el sentido propuesto por la Delegada del Paraguay.

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

Hurricane Georges
Huracán Georges

El PRESIDENTE pide al Relator que de lectura al proyecto de resolución (PR/1) sobre el huracán Georges.

El RELATOR lee el proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Noting the damage and human suffering caused by Hurricane Georges as it moves through the Caribbean, and especially the damage to the health services infrastructure,

RESOLVES:

1. To express its condolences and solidarity with the peoples and governments of the countries and territories affected by Hurricane Georges.

2. To request the international community to respond generously to the health needs identified by the authorities of the affected countries and to continue to support the efforts of the countries to reduce the negative impact of these climatic phenomena.
3. To urge all Member States to continue to strengthen preparedness in the health sector and increase their efforts to reduce the vulnerability of their facilities to natural disasters through structural and nonstructural mitigation measures.
4. To request the Director of PAHO, as resources permit, to collaborate with the affected countries in assessing the damage to the health sector, identifying needs, and mobilizing resources for rehabilitation and reconstruction.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Tomando nota de los daños y el sufrimiento humano que viene provocando el huracán Georges a su paso por el Caribe y considerando en particular los daños en la infraestructura de salud,

RESUELVE:

1. Expresar su pesar y solidaridad con la población y los gobiernos de los países y territorios que están siendo afectados por el huracán Georges.
2. Pedir a la comunidad internacional responder generosamente a las necesidades de salud que hayan sido identificadas por las autoridades de los países damnificados y continuar apoyando los esfuerzos de los países por reducir el impacto negativo de estos fenómenos climáticos.
3. Urgir a todos los Estados Miembros a seguir reforzando la preparación del sector de la salud y aumentar sus esfuerzos para reducir la vulnerabilidad de sus instalaciones ante los desastres naturales, a través de medidas de mitigación estructural y no estructural.
4. Solicitar al Director de la OPS, que dentro de sus posibilidades, colabore con los países afectados en la evaluación de daños en el sector de la salud, la identificación de necesidades y la movilización de recursos para la rehabilitación y la reconstrucción.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Item 4.7: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas

Punto 4.7: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas

El PRESIDENTE dice que el Relator dará lectura al proyecto de resolución que figura en el documento CSP25/13, con el nuevo párrafo 2. c) sugerido por el Delegado de Trinidad y Tabago.

El RELATOR lee el proyecto de resolución:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas (Document CSP25/13, and Add. 1);

Considering that the epidemic of HIV/AIDS is still concentrated in high-risk and vulnerable populations and that this situation provides a window of opportunity to avert the spread of the epidemic to the general population in most countries of the Americas;

Taking into account the experience and achievements of Member States in establishing and developing national AIDS programs, strengthening surveillance, ensuring the safety of the blood supply, and targeting behavioral interventions to the most vulnerable groups; and

Mindful of the fact that sexually transmitted diseases remain important co-factors in the sexual transmission of HIV, as well as of the need to prevent the perinatal transmission of HIV and other pathogens and to improve the quality, efficiency, and effectiveness of HIV/AIDS/STD care,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) redouble their efforts to fight HIV/AIDS within the multisectoral approach promoted by the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS);
 - (b) endorse and support the adoption of a Region-wide strategy for sexually transmitted disease prevention and control (STD.PAC), based on the WHO guidelines;
 - (c) establish national priorities to improve HIV/AIDS/STD prevention and care, including counseling and testing, treatment and prophylaxis of tuberculosis and other opportunistic infections, early detection and treatment of curable STDs,

- prevention of mother-to-child transmission of HIV, development of culturally appropriate models of HIV/AIDS care, and improved access to antiretroviral drugs for all those in need;
- (d) increase national efforts against HIV/AIDS and sexually transmitted diseases and promote the establishment of technical information and financial cooperation networks between countries.
2. To request the Director to:
- (a) develop mechanisms to strengthen the regional capacity for prevention and control of sexually transmitted diseases and to adapt WHO's strategy for STD prevention and control (STD.PAC) to the Americas;
 - (b) continue to explore strategies to improve patient HIV/AIDS care, including access to AZT and other antiretroviral drugs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV, and the treatment of HIV infection and AIDS;
 - (c) explore mechanisms to assist Member States in addressing ethical issues related to HIV vaccine trials and access to treatment.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CSP25/13 y Add. I);

Considerando que la epidemia de VIH/SIDA sigue afectando principalmente a las poblaciones vulnerables y de alto riesgo y que esta situación ofrece una oportunidad de evitar que la epidemia se propague a la población en general en la mayoría de los países de las Américas;

Teniendo en cuenta la experiencia y los logros de los Estados Miembros en el establecimiento y el fomento de programas nacionales contra el SIDA, en el fortalecimiento de la vigilancia, en el logro de suministros de sangre inocuos, y en las intervenciones comportamentales destinadas a los grupos más vulnerables; y

Consciente de que las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo cofactores importantes en la transmisión sexual del VIH, así como de la necesidad de prevenir la transmisión perinatal del VIH y otros microorganismos patógenos y de mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de la atención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que redoblen sus esfuerzos para combatir la infección por el VIH/SIDA como parte del enfoque multisectorial promovido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA);
 - b) a que prueben y apoyen la adopción de una estrategia regional para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS), fundamentada en las pautas de la OMS;
 - c) a que fijen prioridades nacionales para mejorar la prevención y la atención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS, en especial la consejería y las pruebas, tratamiento y profilaxis de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, detección temprana y tratamiento de las ETS curables, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, desarrollo de modelos culturalmente apropiados para la atención de la infección por el VIH/SIDA, y mejoramiento del acceso a los medicamentos antirretrovíricos para todos los que los necesiten;
 - d) a que aumenten los esfuerzos nacionales contra la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y promuevan el establecimiento de redes de información técnica y de cooperación financiera entre los países.
2. Solicitar al Director:
 - a) que elabore mecanismos destinados a fortalecer la capacidad regional para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual y para adaptar la estrategia de la OMS para prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS) a las Américas;
 - b) que continúe estudiando estrategias para mejorar la atención de los pacientes con infección por el VIH/SIDA, en especial el acceso a la azidotimidina (AZT) y otros medicamentos antirretrovíricos para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, y el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA;
 - c) que estudie mecanismos para asistir a los Estados Miembros en abordar aspectos éticos relacionados con las pruebas de la vacuna VIH y el acceso al tratamiento.

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.*

**SEVENTH MEETING
SÉPTIMA REUNIÓN**

Thursday, 24 September 1998, at 9:00 a.m.
Jueves, 24 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.

President/Presidente:

Dr. Alberto Mazza

Argentina

**ITEM 4.8: VACCINES AND IMMUNIZATION
PUNTO 4.8: VACUNAS E INMUNIZACIÓN**

El PRESIDENTE pide al Representante del Comité Ejecutivo que presente el tema.

El Dr. ANRÍQUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) indica que en la 122.^a sesión del Comité los delegados expresaron su satisfacción con los resultados logrados con las actividades de vacunación. Se subrayó la necesidad de que hubiera compromiso incesante con los programas de vacunación, a fin de mantener los buenos resultados obtenidos a la fecha. Con respecto al financiamiento, el Comité consideró que había que hacer un mayor uso del Fondo Rotatorio para facilitar la adquisición de vacunas de buena calidad a precios asequibles. La actuación conjunta de la OPS con organismos multilaterales, como el Banco Mundial, se mencionó como otra manera de resolver las deficiencias de financiamiento al igual que la cooperación entre países para fabricar vacunas de bajo costo. El Comité aprobó la resolución CE122.R12 en la cual se recomienda que la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución por la cual inste a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, fortalezcan sus sistemas de vigilancia para velar porque la Región permanezca libre de la poliomielitis, continúen en su empeño de erradicar el sarampión, introduzcan las vacunas contra la rubéola y *Haemophilus influenzae* tipo B en sus esquemas nacionales de vacunación, y mantengan el financiamiento de sus programas nacionales de vacunación con fondos de sus presupuestos nacionales.

El Dr. DE QUADROS (Director, Programa Especial para Vacunas e Inmunización) dice que la cobertura de vacunación, que hasta hace poco tiempo era menos de 40%, en los últimos años había llegado a alrededor de 75% a 85%, manteniéndose a ese nivel. Agrega, sin embargo, que todavía hay una brecha importante (de 15% a 20%) que es preciso cerrar, a fin de que todos los niños reciban el beneficio de la vacunación.

En relación con la iniciativa de eliminación del sarampión hacia el año 2000, los avances han sido extraordinarios desde la implantación de las campañas de vacunación dirigidas a niños de 9 meses a 14 años de edad y las de seguimiento que se realizan hace

cuatro años en los niños de 1 a 4 años de edad. La incidencia del sarampión ha disminuido enormemente, habiéndose presentado en menos de 2.500 casos en 1996. En 1997 hubo un rebrote en Brasil, fundamentalmente en Sao Paulo, el único estado del país que no había hecho la campaña de seguimiento. En el momento del brote que fue causado por casos introducidos de Europa, había un número muy grande de personas susceptibles en el estado de São Paulo. A partir de esa ciudad el brote se extendió a otros estados del Brasil y a otros países de la Región. Es importante mencionar que el continente americano es como una isla de la cual el sarampión casi ha desaparecido, pero donde llegan casos importados de otros continentes. En consecuencia, es importante que se mantenga una inmunidad alta en la población por medio de campañas de seguimiento. En resumen, en 1997 los casos del Brasil constituyeron casi 95% de todos los casos de sarampión notificados en las Américas. Como el brote fue controlado prácticamente en la mayoría de los estados, por medio del trabajo extraordinario de las autoridades sanitarias brasileñas, en 1998 se presentaron menos de 1.500 casos (comparados con más de 50.000 del año anterior). Se observa, sin embargo, que en la Argentina, que en 1997 había tenido 125 casos, en lo que va de 1998 ya hay más de 4.000 casos. Aun así, el total de casos de sarampión en la Región es muy bajo comparado con los 300.000 ó 400.000 casos anuales que han surgido en Asia en los últimos 5 a 10 años. Si se toman medidas extraordinarias para controlar los brotes de la Argentina y algunos estados del Brasil, se podrá conseguir la erradicación del sarampión en el año 2000 y la certificación de la erradicación en el centenario de la OPS.

En cuanto a la poliomielitis, entre 1994 y 1997 disminuyó la calidad de la vigilancia epidemiológica en algunos países, especialmente en lo que se refiere a la obtención de muestras de heces de los casos de parálisis flácida aguda. Es importante mantener la vigilancia de la enfermedad porque todavía existe la poliomielitis en el mundo y sigue presente la amenaza de una importación de casos. Esta situación se dió en Canadá, donde gracias al buen sistema de vigilancia y control no hubo brotes. En relación con la introducción de otras vacunas los avances son extraordinarios. La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B se está introduciendo rápidamente, y en 1999, casi 90% de los niños de las Américas vivirán en países que van a utilizar esa vacuna. El primer país latinoamericano que introdujo la vacuna fue el Uruguay en 1994, donde se observa que la enfermedad prácticamente ha desaparecido. Lo mismo ha ocurrido en Chile y ocurrirá en los países que usen dicha vacuna.

En relación con la vacuna contra la rubéola, contenida en la vacuna triple viral, varios países ya la están utilizando y actualmente alrededor de 85% de los niños de América Latina viven en países que usan esa vacuna. La vacuna, además de prevenir la rubéola, previene el síndrome de rubéola congénita, que tiene un impacto muy grande en los países. En el Caribe de habla inglesa, se calcula que en un período de 10 años el costo del síndrome de rubéola congénita llegaría a casi US\$ 60 millones, mientras que el costo de prevenirlo y erradicarlo sería de \$6 millones. Con esa información, los ministros de

salud del Caribe de habla inglesa decidieron erradicar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el año 2000, iniciativa que ya se inició. El primer país en introducir la estrategia fue Bahamas, donde ya se ha logrado interrumpir la transmisión de la rubéola. Otros países del Caribe inglés están usando el modelo de Bahamas, que podrá seguirse también cuando se adopte la lucha contra la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el resto de América.

En cuanto a la fiebre amarilla, la enfermedad se presentó en una zona muy bien definida entre 1986 y 1997, y ya existe una vacuna de alta eficacia para la enfermedad que debe utilizarse rutinariamente en los programas de vacunación en las zonas de riesgo. Hace seis meses se realizó una reunión en el Perú con todos los representantes de los países endémicos, en la cual se decidió comenzar una vigilancia muy agresiva de la fiebre amarilla y la vacunación rutinaria contra la enfermedad.

En el futuro, se espera disponer de un número importante de vacunas de uso pediátrico. Hace pocas semanas se aprobó en los Estados Unidos una vacuna contra rotavirus. Habrá también vacunas contra enfermedades de la adolescencia y de los adultos, vacunas para viajeros, y vacunas para personas de la tercera edad. Es importante que los gobiernos estén preparados para introducir estas vacunas. Muchas de las nuevas vacunas serán producidas con tecnologías avanzadas y su costo será más elevado. Aun así, el costo-beneficio de vacunar es menor que el de tratar las enfermedades.

O Sr. CUNHA JÚNIOR (Brasil) diz que o Brasil apóia a Resolução CE122.R2 e a iniciativa da OPAS para erradicação do sarampo até o ano 2000, comprometendo-se a realizar os esforços necessários e o aporte de \$1.444.000, e irá vacinar toda a população contra a febre amarela até dezembro de 1999, além de vacinar os idosos de mais de 60 anos contra a influenza.

A seguir, solicita à OPAS/OMS a realização de estudos de viabilidade para a constituição de um fundo rotatório de insumos estratégicos de interesse para a saúde pública, nos moldes do bem-sucedido Fundo Rotatório de Vacinas, que tem permitido a aquisição de imunobiológicos a preços mais acessíveis, com menores prazos de entrega e, principalmente, com garantia de qualidade, uma vez que as vacinas são adquiridas de laboratórios certificados e periodicamente vistoriados pela OMS. Ele cita a redução de preços, como o da vacina contra sarampo, de 111% (de \$0.24 para \$0.11 por unidade), o que representou uma economia superior a \$20.000.000 no conjunto de todas as vacinas em 12 meses. Ressalta que o Fundo Rotatório de Vacinas dispõe de um mecanismo de capitalização permanente, que é a cobrança de um percentual de 3% sobre o valor do produto, que é integralmente revertido para o próprio fundo, aumentando assim a sua capacidade de aquisição de imunobiológicos. Aponta, ainda, outras aquisições em parceria com a OPAS/OMS, por meio de um mecanismo denominado "compras reembolsáveis", usado nos últimos 12 meses fundamentalmente para inseticidas. O

Dr. Pereira diz que essas aquisições nos 12 meses reduziram os preços de diversos produtos, sendo a maior redução, de 82%, no inseticida utilizado no controle larvário do vetor da dengue (de \$3.85 para \$1.84 o quilo), permitindo uma economia de aproximadamente \$40.000.000.

Ele menciona ainda o fundo virtual para a compra de medicamentos anti-retrovirais e CD4, constituído por iniciativa do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/AIDS para a América Latina e o Caribe. Em maio de 1997, na primeira reunião anual do GCTH, em Buenos Aires, foi proposta a criação de um fundo virtual regional para a compra de medicamentos anti-retrovirais, que seria essencialmente um processo de negociações e consenso compactuados entre os governos nacionais e os laboratórios de produtores de insumos, com vistas à redução das diferenças de preços vigentes e ao aumento da cobertura. Esse mecanismo sobretudo visa a racionalizar os custos, uma vez que os custos por paciente/ano em terapia tripla com AZT, 3C e inclina vir no ano de 1998 tem variado entre \$7.358 e \$16.286.

Ele anuncia que, em seu empenho na criação do fundo rotatório para insumos estratégicos, o Governo Brasileiro se compromete a contribuir de imediato com pelo menos \$5.000.000 para a sua capitalização. Esse valor serviria de estímulo para os outros países aderirem à proposta, pois devido ao próprio volume da demanda brasileira, o capital aumentaria substancialmente no futuro. Serviria também para indicar as esperanças de que os estudos de viabilidade não sejam muito demorados, uma vez que a conjuntura de escassez de recursos atual recomenda a busca de soluções rápidas e a necessidade de encontrarmos formas de conseguir o máximo de retorno dos gastos.

Segundo ele, os insumos estratégicos poderão compreender os seguintes segmentos:

- e insumos – por exemplo, para a AIDS, CD4, carga viral, anti-retrovirais, inclusive preservativos, fatores 8 e 9, tuberculose, leishmaniose, malária;
- inseticidas, inseticidas aplicados em dengue, leishmaniose, esquistossomose, malária;
- equipamentos e peças afins.

Ele conclui dizendo que reduzir o preço e aumentar a qualidade dos insumos estratégicos para a saúde pública é fundamental para os ministérios da saúde dos Estados Membros, pois isso permitirá a ampliação de ações e programas de cada um, aumentando assim a qualidade da saúde pública de todos, porque saúde, principalmente dentro de uma economia globalizada, não tem fronteiras.

Dr WHALEN (Canada) félicite l'OPS des efforts menés pour combattre et éliminer les maladies évitables par la vaccination dans les Amériques, et pour le rôle de catalyseur qu'elle joue dans cette lutte à l'échelle mondiale. Elle remercie plus particulièrement le Dr Ciro de Quadros qui a accepté de piloter le Programme spécial de vaccines et d'immunisation de l'OPS pour une autre année.

Dr. Whalen, continuing in English, said that in recent months a cellular pertussis vaccine, available in combination with vaccines against diphtheria, tetanus, HIV, and polio, had been introduced into the routine immunization programs in all of Canada's provinces and territories. Also, hepatitis B vaccine had recently been included in school immunization programs, and several jurisdictions intended to introduce it in infant programs as well.

In March 1998 a conference had been held on the development of a national immunization registry which would ensure that up-to-date immunization records were available to individuals and health professionals across the country. The system would also permit more accurate calculations of vaccine coverage.

With regard to measles, Health Canada had upgraded its surveillance system, and a national measles reference laboratory had been established which provided proficiency testing and strain identification for other laboratories. She was pleased to see the emphasis placed in the background document and resolution on measles catch-up campaigns. Although measles circulation had been interrupted in Canada in late 1996, a case imported in early 1997 had led to an outbreak, which had been contained thanks in large part to a catch-up campaign implemented the year before. She called on PAHO to lobby for a global measles eradication campaign, even before global polio eradication had been achieved. In light of the risk of imported cases, a global effort was needed.

She applauded PAHO's effort to introduce rubella vaccine into routine vaccination programs and to include congenital rubella syndrome in the Expanded Program on Immunization. Canada had had five cases in 1996, of which two had been imported.

Canada had had success with universal vaccination against *Haemophilus influenzae* type B (HIB). Since the introduction of a HIB conjugate vaccine in 1992, there had been a marked decrease in incidence.

It was important to have PAHO's support for intercountry collaboration on surveillance, especially of poliomyelitis. Canada's health professionals were alert to the risk of imported cases and were working hard to maintain the country's polio-free status.

In 1998 Canada had donated \$50 million through the Canadian International Development Agency for a vaccine-preventable initiative to combat polio, measles, and other childhood diseases in developing countries.

La Dra. ALIÑO (Cuba) dice que en su país el programa de eliminación del sarampión se inició en 1988 y en cinco años se logró eliminar la enfermedad. Cuba fue el primer país en aplicar la estrategia de capacitación, seguimiento y mantenimiento de las Américas. La vigilancia serológica ha demostrado que desde 1993 no circula el virus salvaje en el país. Desde 1972, se mantiene eliminado el tétanos neonatal mediante el parto institucional, cuya cobertura es de 99,9%, y la vacunación de la embarazada con toxoide tetánico, cuya cobertura es de 100%. Las coberturas de vacunación de niños menores de 2 años de edad sobrepasan 95% para las siguientes enfermedades: poliomiélitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis, meningitis meningocócica tipos B y C, hepatitis B y tuberculosis. Contrario a lo expuesto en el documento de la Secretaría, la cobertura de vacunación con BCG alcanzó 99,4% en 1997, y el orador pide que se haga la corrección correspondiente. Informa también que se ha elaborado una vacuna contra *Haemophilus influenzae*, cuyas pruebas de campo comenzarán en 1999, y la producción nacional de las vacunas doble y triple bacteriana. El síndrome de rubéola congénita fue eliminado en 1989, y en abril de 1998 oficialmente se declaró la eliminación de la rubéola después de tres años sin casos. La parotiditis se consideró eliminada en agosto del año en curso, luego de tres años de haberse interrumpido la transmisión. Después de realizar con éxito las pruebas de campo de la vacuna cubana recombinante contra la hepatitis B, esta se incluyó en el esquema oficial a partir de 1992 y hasta 1997 se han aplicado cerca de 10 millones de dosis a unos 2,5 millones de habitantes. La fiebre amarilla fue eliminada en 1908 y no existe el ciclo selvático de la enfermedad en el país. No se utilizan vacunas de producción nacional ni extranjera que no hayan sido controladas por la autoridad nacional de control de medicamentos. Por último, la oradora reconoce los esfuerzos de la OPS en el campo de las inmunizaciones.

El Dr. SARITA-VALDEZ (República Dominicana) destaca el apoyo brindado por el Programa a su país, que se encuentra embarcado en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Como es sabido, la mortalidad de los menores de 5 años de edad es todavía muy alta en un gran número de países de la Región; sin embargo, sus causas se pueden prevenir fácilmente. En la República Dominicana, la mortalidad en ese grupo de edad aún se debe principalmente a neumonía, diarrea, meningitis, malaria, dengue y tuberculosis, además de desnutrición. En respuesta a estos problemas, la OPS y el UNICEF han puesto en práctica la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), cuyo enfoque integral permite evaluar completamente al niño durante la consulta y no solo tratar la causa que dio origen a la visita. También permite que en esa ocasión se administren las vacunas y se haga el control nutricional y del crecimiento y se brinde educación a la madre sobre la atención del niño en el hogar.

La República Dominicana ha adoptado la estrategia de AIEPI para reducir la mortalidad infantil y la materna. En septiembre de 1997 se realizó la Primera Reunión Mundial de Evaluación y Coordinación de AIEPI, con la participación de 31 países, en cuya oportunidad se formuló el llamado *Acción de Santo Domingo* y se instituyó el 9 de septiembre como día nacional de AIEPI. En vista de las múltiples ventajas que a su juicio tiene la estrategia de AIEPI para la Región, propone que este tema se incluya en el programa de la próxima reunión del Comité Ejecutivo de la OPS.

El Sr. REYES (México) dice que hay que hacer algunas correcciones al documento CSP25/14, a saber: a) México debe ser eliminado de la lista de países que están atrasados en realizar campañas de seguimiento (página 8), ya que se aplicó en todo el territorio nacional la vacuna contra el sarampión durante la primera semana nacional de la salud en febrero de 1998; b) las coberturas citadas en el cuadro 1 del documento deberían corregirse como sigue (a diciembre de 1997): VOP3, 95,3%; DPT3, 95,1%; BCG, 99,1%, y antisarampionosa 90,5%. En México ya se ha incorporado la vacuna TD en sustitución del TT; la vacuna triple viral MMR, que sustituye a la vacuna contra el sarampión, y en enero de 1999 se incorporará la vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo B, combinada con DPT, que se administrará a los niños que constituyan la cohorte de nacimientos de ese año.

Dr. DAHL-REGIS (Bahamas) said that her country and others in the English-speaking Caribbean had benefited greatly from the EPI's Revolving Fund and hoped that that type of funding could be extended to other programs.

Even if populations were immunized, there was still the risk of imported cases. A case of rubella had reached Nassau in 1997, and the decision had been made to launch a mass immunization program covering the population up to age 40, in spite of early concerns about adverse reactions in adults which proved to be unfounded. That measure had been taken because the cost of managing congenital rubella syndrome would have been far greater. Other CARICOM countries had also recognized the cost-effectiveness of interrupting transmission through immunization.

The Delegate joined Canada in urging that PAHO advocate the global eradication of measles.

Mr. WALLING (United States of America) lauded PAHO for updating the Plan of Action for Measles Elimination, which included support for national vaccine control, production, purchasing policies, and expanded coverage, as well as efforts toward quality control and efficacy certification for vaccine producers. However, lack of strong political will and adequate resources continued to be barriers.

He pointed out that vaccines saved money: for every \$1.00 spent on measles, mumps, and rubella vaccines, more than \$21.00 were saved in the cost of direct medical care, and for every \$1.00 spent on diphtheria, tetanus, and pertussis vaccines, more than \$30.00 were saved. The indirect cost in terms of human suffering and social cost were not as easily calculated.

Adult immunization was an increasing public health challenge in the United States: as many as 50,000 to 70,000 adults were expected to die prematurely each year from vaccine-preventable diseases or their complications. At least 100 times more adults died from those diseases than did children. It was important for PAHO to keep the issue of vaccines and surveillance at the forefront of policy dialogue, while the countries had to ensure that resources and political commitment were sufficient.

He congratulated PAHO for its continued contribution to the global elimination of polio. In other parts of the world—South-East Asia, parts of the Middle East, and parts of Africa—polio was still endemic. The Americas were vulnerable to reintroduction from neighboring countries, and “neighbors” could be as far as 3,000 miles away.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) felicita al Dr. de Quadros por el informe presentado y destaca que el programa de inmunizaciones en el Uruguay ha sido muy exitoso y tiene una larga tradición. Es supervisado y normatizado por el Ministerio de Salud Pública y a partir de 1988 lo ejecuta la Comisión de Lucha contra la Tuberculosis. Entre sus éxitos se destaca que en 1975 se presentó en el Uruguay el último caso de difteria, en 1978 el último caso de poliomiélitis, en 1981 el último caso de tétano neonatal, y en 1990 el último caso de meningitis tuberculosa.

Se hacen esfuerzos para lograr la meta de eliminar el sarampión para el año 2000. Desde 1996, en el Uruguay se han registrado solo dos o tres casos de sarampión y no ha habido ningún brote epidémico.

En 1994 se llevó a cabo una campaña masiva para cubrir a la población susceptible y cuatro años después se realiza actualmente otra campaña que comprende fundamentalmente al grupo de edad de 5 a 14 años. Se vacuna en todos los centros de educación primaria y secundaria, con el propósito de eliminar la susceptibilidad en la población.

Aprovecha para agradecer al Dr. Alleyne su presencia en el país para inaugurar esa campaña junto con las autoridades nacionales. En relación con *Haemophilus influenzae*, la vacuna se aplica desde 1994 y desde entonces no se han registrado casos entre los niños vacunados, aunque sí se han presentado dos o tres casos por año en niños sin vacunar. La vacuna contra la influenza se administra desde 1996 con una aceptación razonable de parte de la población, especialmente la población adulta mayor. Cree el

orador que con el tiempo, los adultos también se acostumbrarán a la idea de que es conveniente vacunarse. Se introducirá en 1999 la vacunación contra pneumococo para complementar la protección de ese grupo de edad. Informa a la Conferencia sobre un problema que ha surgido en el país con respecto a la vacuna contra la gripe de 1998 y que ya ha compartido con Argentina, Brasil y Chile. En el Uruguay se identificó el grupo Sydney como serotipo predominante de la gripe de 1998, y dicho grupo no está comprendido en la vacuna que se utiliza normalmente y que corresponde al hemisferio norte. Esto plantea un desafío técnico importante y si persiste ese serotipo predominante hará que tomar decisiones para 1999.

El Dr. RODAS (Ecuador) informa que en el Ecuador, gracias a la aprobación del Congreso Nacional de la ley de aprovisionamiento de vacunas e insumos para el Programa Ampliado de Inmunización, se asegura el financiamiento mínimo indispensable para dicho Programa. En octubre de 1998 se realizará la campaña nacional de vacunación antisarampionosa dirigida a los niños menores de 5 años de edad y en diciembre, con la cooperación de la OPS y de otros organismos internacionales, se realizará una evaluación del Programa para determinar las medidas necesarias para fortalecerlo. Reitera el compromiso del Ecuador de introducir lo antes posible los esquemas de inmunizaciones recomendados. Agrega que si bien los procesos de descentralización tienen muchas ventajas, pueden debilitar algunos aspectos de las campañas nacionales de vacunación si no se cuenta con suficiente atención de los gobiernos locales. Sugiere que para contrarrestar este hecho se mantenga la función rectora de los ministerios de salud, a fin de que los programas alcancen la debida cobertura nacional.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) cree que el Programa Especial para Vacunas e Inmunización es uno de los programas de mayor visibilidad de la Organización, que produce impacto social en los países y cuenta con la aceptación total de los ciudadanos. El programa es una muestra de trabajo cooperativo, coordinación y seguimiento permanente de la Organización que permite tener éxito a nivel nacional. Pregunta al Dr. de Quadros si un período de ocho semanas sin casos autóctonos de sarampión realmente indica una interrupción de la transmisión. Con respecto al proyecto de resolución, sugiere que para la cobertura de la vacunación y los indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles se sustituya "distrito" por "municipio o distrito", dado que el municipio es la unidad con que se funciona en la mayoría de los países. Por otra parte, informa que Venezuela tiene actualmente un programa de vigilancia con Guyana y Brasil, como consecuencia del cual en Venezuela se ha vacunado a más de 100.000 personas contra la fiebre amarilla en las últimas dos semanas y se han establecido controles en las fronteras con ambos países. También se está haciendo vigilancia activa de parálisis flácida. En el curso de 1998, solo se han presentado en el país tres casos de sarampión.

El Dr. PICO (Argentina) felicita al Dr. de Quadros por su presentación y agradece el continuo apoyo de la Organización al programa nacional de vacunación de la Argentina. Apoya los comentarios del Delegado de los Estados Unidos de América con respecto al peligro de reintroducción de la poliomielitis si no realizan acciones más coordinadas y generalizadas. Señala que, contrario a lo que indica el documento presentado sobre los planes de vacunación contra *Haemophilus influenzae*, ya puede anunciar que a partir de 1998 se ha incorporado la vacuna al esquema nacional. También en cuanto a rubéola y síndrome de rubéola congénita, anuncia que desde 1997 se ha incorporado sistemáticamente la vacuna triple viral. Desde 1995 se vacuna contra la hepatitis al personal de salud expuesto a riesgo y la cobertura con esta vacunación se está ampliando en forma progresiva. Reitera el compromiso de su país de continuar trabajando junto a la Organización y los países de la Región para alcanzar las metas propuestas.

Mr. PILGRIM (Trinidad and Tobago) said that immunization formed an important component of his country's disease prevention strategy. Efforts were being made to remain polio-free, and a follow-up measles immunization campaign had been implemented in 1997. Immunization against rubella and yellow fever was intense, while the vaccine against *Haemophilus influenzae* type B was only being used selectively because of its high cost. Trinidad and Tobago recognized the importance of financing national immunization programs and provided funds in its budget to do so.

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) expresa su apoyo al proyecto de resolución que se analiza e informa que el Programa Ampliado de Inmunización y el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica tienen prioridad en la nueva agenda de su Gobierno. Paraguay se ha propuesto alcanzar las metas de controlar el tétanos y de eliminar el sarampión para el año 2002. Por otra parte, lamenta comunicar que, debido a la baja cobertura de vacunación, el país está afrontando desde hace 22 días una epidemia de sarampión en 10 de sus 18 departamentos. Agradece al Gobierno del Brasil la donación de un importante lote de vacunas, que permitió hacer frente a la epidemia en las primeras horas críticas. También agradece muy especialmente al Director de la Organización y al Dr. de Quadros que, en tiempo récord, proporcionaron 2.500.000 dosis para iniciar en menos de un mes el barrido nacional.

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) expresa su opinión favorable al informe sobre inmunización presentado, así como su apoyo al proyecto de resolución. Aunque Panamá cuenta con niveles adecuados de cobertura de vacunación, con un sistema de vigilancia eficaz y con los mecanismos para garantizar el financiamiento nacional de un suministro adecuado de vacunas y otros insumos para el Programa Ampliado de Inmunización, apoya las acciones que realiza la Organización para lograr precios ventajosos y al alcance de todos los países de la Región.

Hon. Elizabeth THOMPSON (Barbados) stressed the importance of immunization in the Caribbean, where the influx of millions of tourists every year could seriously impact the health and well-being of the populace. Barbados had achieved 98% coverage through a number of mechanisms. One incentive designed to reach children was the holding of community fairs in which participation in games was conditioned on the child having been vaccinated. In another successful initiative, people in depressed neighborhoods had been forced to pass through catchment polyclinics as they left the community.

She went on to express her disappointment that her country's high immunization indexes had served as a rationale to reduce its share of the WHO budget. She felt that some other criterion should be considered that did not "punish" a country for working hard to improve the health of its people.

Dr. CUMMINGS (Guyana) said that his country, as well as the rest of the English-speaking Caribbean, had not had a case of indigenous measles for some time—in the case of some countries, not since 1991. At their meeting in April 1998 the CARICOM ministers of health had approved a new initiative to eliminate congenital rubella syndrome.

A case of yellow fever had been discovered near the Guyana-Cayenne border, and he proposed that PAHO act as information node for the surveillance of this disease in the Guianas. Guyana stood ready to work with its neighbors.

El Dr. DE QUADROS (Director, Programa Especial para Vacunas e Inmunización) dice que el éxito del trabajo que se realiza se debe a los propios países, y que la Secretaría tiene el honor de informar a la Conferencia sobre la labor de ellos. Agrega que la cooperación técnica de la OPS se debe al apoyo de varias organizaciones que dan apoyo financiero y técnico, como son la Agencia para el Desarrollo Internacional y los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos de América, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, el Centro Nacional de Enfermedades Prevenibles del Gobierno de España, el Gobierno de Holanda y muchos otros países.

Asegura que se harán las correcciones pertinentes al documento, según lo solicitado por los delegados. En relación con la provisión de vacunas y el Fondo Rotatorio, señala que éste es un mecanismo muy importante para la cooperación técnica, y alienta a los países a que lo utilicen. En este momento los países más grandes de la Región, como Argentina, Brasil y México, van a comprar vacunas por medio del Fondo, lo cual redundará en enormes beneficios para todos. Calcula que en algunos casos el precio que se logre podrá ser la cuarta o quinta parte del que pagan actualmente algunos países. También le parece necesario destacar la importancia de que los países aprueben

leyes específicas para la financiación de programas de vacunación con fondos nacionales, como ya ocurrió en Ecuador, Honduras y Venezuela.

Finalmente, se refiere al tema de la eliminación del sarampión, señalando que habrá que realizar un esfuerzo extraordinario, pero factible, para lograr las metas establecidas. Será necesario mantener la estrategia de campañas de seguimiento y de una vigilancia epidemiológica fuerte, fundamentalmente en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay. Asegura que el mejor regalo que esta 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana podría hacer a la 26ª Conferencia es la certificación de la eliminación del sarampión en las Américas.

The DIRECTOR was glad that there was interest in extending the revolving fund concept to other areas of public health and thanked the Government of Brazil for the initiative it had taken. He said he would have the proposal carefully studied and expressed the hope that such a fund would be truly multinational. He was not in favor of a two-tiered system in which bigger countries paid more and smaller countries paid less.

In regard to the global eradication of measles, he urged that that goal not be postponed until polio was eradicated. There was no reason not to begin to agitate now at the global level for an initiative to eliminate measles by 2002.

Addressing the point raised by the Delegate of Barbados on WHO allocations, he said it was very important that those who did well should not be punished by having their resources reduced. The countries should be firm in making that point in the appropriate fora.

El PRESIDENTE pide al Relator que lea el proyecto de resolución contenido en el documento CSP25/14.

El RELATOR dice que existe una propuesta de Venezuela para cambiar en el párrafo e) de la parte resolutive del proyecto de resolución la expresión "distrito" por "distrito o municipio". Sugiere, si el Delegado de Venezuela no se opone, usar el término "local". El proyecto de resolución así enmendado leería así:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the progress report of the Director on vaccines and immunization (Document CSP25/14);

Noting with satisfaction the progress being achieved in the control/eradication of some of the vaccine-preventable diseases, e.g. measles eradication by the year 2000, control of neonatal tetanus, and maintenance of polio free status;

Recognizing that several countries have already introduced or are considering the introduction of additional vaccines, e.g., measles-mumps-rubella (MMR) and *Haemophilus influenzae* type B (Hib) into their national immunization programs; and

Observing with preoccupation that surveillance for acute flaccid paralysis (AFP) has deteriorated in several countries, the number of individuals susceptible to measles has accumulated to dangerous levels in a few countries, and outbreaks of yellow fever have been observed in areas of the endemic countries,

RESOLVES:

To urge Member States to:

- (a) strengthen their acute flaccid paralysis surveillance system to ensure that the Region remains polio free;
- (b) emphasize the critical need of implementation of follow up measles campaigns in those countries that have accumulated a considerable number of children susceptible to measles;
- (c) introduce vaccines against rubella and *Haemophilus influenzae* type B into their national vaccination schedule, and against yellow fever in all the areas endemic for this disease;
- (d) recognize the importance of guaranteeing the financing of their national immunization programs with funds from their national budgets;
- (e) utilize vaccination coverage and epidemiological surveillance indicators for vaccine-preventable diseases at the local level (municipality, district, etc.), as indicators to measure the impact of the decentralization of the health services.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CSP25/14);

Observando con satisfacción los adelantos logrados en materia de control/erradicación de algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación, por ejemplo, erradicación del sarampión para el año 2000, control del tétanos neonatal y mantenimiento de la situación libre de poliomielitis;

Reconociendo que varios países ya han introducido o están considerando la introducción de otras vacunas, como la dirigida contra sarampión, parotiditis y rubéola (MMR) y contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) en sus programas nacionales de vacunación; y

Observando con preocupación que la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) se ha deteriorado en varios países, que el número acumulado de individuos susceptibles al sarampión se ha elevado a niveles peligrosos en unos cuantos países y que se han observado brotes de fiebre amarilla en zonas de los países endémicos,

RESUELVE:

Instar a los Estados Miembros:

- a) a que fortalezcan su sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda para velar por que la Región permanezca libre de la poliomiélitis;
- b) a que hagan hincapié en la necesidad crítica de ejecutar campañas de vacunación antisarampionosa de seguimiento en los países que hayan acumulado un número considerable de niños susceptibles al sarampión;
- c) a que introduzcan las vacunas contra la rubéola y contra *Haemophilus influenzae* tipo B en sus esquemas nacionales de vacunación, y contra la fiebre amarilla en todas las zonas donde esta enfermedad es endémica;
- d) a que reconozcan la importancia de garantizar el financiamiento de sus programas nacionales de vacunación con fondos de sus presupuestos nacionales;
- e) a que utilicen la cobertura de vacunación y los indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles a nivel local (municipio, distrito, etc.) para medir el impacto de la descentralización de los servicios de salud.

Decision: The proposed resolution as amended was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 4.11: WHO REVISED DRUG STRATEGY

PUNTO 4.11: ESTRATEGIA REVISADA DE LA OMS EN MATERIA DE MEDICAMENTOS

Dr. FEFER (PAHO) outlined the background to the agenda item and informed the Conference that Resolution WHA49.14 of May 1996 had instructed the Director-General to report to the 1998 World Health Assembly on the progress of the Revised Drug

Strategy. Reports on the Strategy were usually presented to the Governing Bodies every two years.

In January 1998, the Executive Board at its 101st Session had considered the Director-General's report, had recognized the progress made, and commended WHO on its work in promoting the concept of essential drugs, national drug policies, and improving national drug regulation. In order to address specific constraints on access, rational use, and quality of drugs, it had adopted Resolution EB101.R24 and invited the Fifty-first World Health Assembly to consider the resolution when it met in May 1998. There had been no consensus on the wording of a resolution at that time (see Document CSP25/17) and the resolution had been referred back to the Executive Board for consideration at its 103rd Session following further discussion in Committee A and the drafting group.

The Executive Board at its 102nd Session in May had established a two-tiered method of working to explore the issues raised by the resolution. An ad hoc group, consisting of Member States wishing to participate, would be meeting in Geneva on 14-15 October 1998 to draft a resolution on the Revised Drug Strategy for consideration by the 103rd Session of the Executive Board in January 1999.

A subgroup composed of two Member States from each Region, of which one had to be a member of the Executive Board, was to meet in Geneva on 12-13 October 1998. The subgroup would assist WHO in its contacts with WTO, WIPO, NGOs, industry, and other relevant bodies.

In accordance with the decision of the Executive Board, the Conference was requested to select two Member States to join the subgroup of the ad hoc working group. The Executive Board had also requested the Director-General to prepare a concise report to help the Regional Committees in their discussions. The document prepared by the WHO Secretariat was annexed to Document CSP25/17.

In the Region of the Americas, the Director of PASB had convened an ad hoc consultative group on 29-30 July 1998 to further inform and facilitate discussion among ministers at the Pan American Sanitary Conference on the Revised Drug Strategy. The conclusions of that consultative group formed the basis of the report prepared by the PAHO Secretariat. Copies of the discussions at the Conference would be transmitted to WHO.

Since a new resolution would be prepared at a later date, it was important that the discussion not center on the earlier resolution.

The DIRECTOR likewise urged the Conference not to discuss the existing resolution or attempt to draft a new resolution since conflicting points would not appear in the final resolution, but to concentrate on points that the Conference agreed needed to be considered by the drafting group. The document contained points of importance to the Region, such as access to pharmaceuticals, the importance of public health, national drug policies, and better harmonization of practices, all of which were in line with health sector reform and technical cooperation.

El PRESIDENTE dice que en vista de que ninguna delegación pide el uso de la palabra y no es necesario adoptar una resolución, solicita al Secretario que explique la forma en que ha de constituirse el subgrupo.

ITEM 6.4: SELECTION OF TWO MEMBER STATES TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO SERVE ON THE SUBGROUP OF THE AD HOC WORKING PARTY ON THE WHO REVISED DRUG STRATEGY

PUNTO 6.4: SELECCIÓN DE DOS ESTADOS MIEMBROS FACULTADOS PARA DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE FORME PARTE DEL SUBGRUPO DEL GRUPO ESPECIAL DE TRABAJO SOBRE LA ESTRATEGIA REVISADA DE LA OMS EN MATERIA DE MEDICAMENTOS

The SECRETARY referred to Agenda Item 6.4 and informed the Conference that it was required by WHO to select two Member States, of which one at least was a member of the Executive Board of WHO, to form part of the Subgroup of the Ad Hoc Working Party on the WHO Revised Drug Strategy.

El PRESIDENTE informa que en su reunión los Jefes de Delegación decidieron por consenso que los Estados Unidos de América fuese el miembro del Consejo Ejecutivo que participará en el Subgrupo del Grupo Especial de Trabajo sobre la Estrategia Revisada de la OMS en Materia de Medicamentos. Por consiguiente, quedaría por elegir otro representante, para lo cual han expresado su interés en ser considerados Argentina, Brasil, Jamaica, Perú y Venezuela.

El RELATOR, en su calidad de Delegado del Perú, concuerda con el Presidente y reitera que uno de los dos miembros del subgrupo del Grupo Especial de Trabajo debe formar parte del Consejo Ejecutivo de la OMS. Perú, que es miembro del Consejo Ejecutivo, optó por renunciar a su participación y por apoyar la de los Estados Unidos de América, país también perteneciente al Consejo Ejecutivo.

O Sr. RUBARTH diz que a Delegação do Brasil considera o tema da Estratégia Revisada em Matéria de Medicamentos de extrema relevância e tem interesse em

acompanhar de perto as negociações. Declara que, tendo em conta a boa integração que existe no MERCOSUL, a Delegação Brasileira também retira sua candidatura e apóia os Estados Unidos para participar do Sub-Grupo.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) apoya a los Estados Unidos de América para que participe en el subgrupo, renuncia a la candidatura de Venezuela y propone la de Jamaica.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) propone a la Argentina, integrante del MERCOSUR, como representante en el subgrupo.

La Dra. MUÑIZ (México) apoya la candidatura de Jamaica.

El PRESIDENTE pide al Secretario que lea los artículos pertinentes para proceder a votación.

The SECRETARY proceeded to read out Rules 47 and 49 of the Revised Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference.

*The vote was taken.
Se procede a la votación.*

*Number of votes obtained:
Número de votos obtenidos:
Argentina: 5
Jamaica: 20*

Decision: Jamaica was elected to join the United States of America on the Subgroup of the Ad Hoc Working Party on the WHO Revised Drug Strategy.

Decisión: Jamaica fue elegida para formar parte, junto con los Estados Unidos de América, del Subgrupo del Grupo Especial de Trabajo sobre la Estrategia Revisada de la OMS en Materia de Medicamentos.

**ITEM 4.10: PAHO PUBLICATIONS PROGRAM
PUNTO 4.10: PROGRAMA DE PUBLICACIONES DE LA OPS**

El PRESIDENTE solicita al Representante del Comité Ejecutivo que haga la presentación correspondiente.

El Dr. ANRÍQUEZ (Representante del Comité Ejecutivo) informa que en su 122.^a sesión, el Comité, tras escuchar la exposición de la Dra. Judith Navarro, Jefa de la

Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales, elogió a dicha Oficina por su uso extenso y eficaz de las nuevas tecnologías en el campo de las comunicaciones. Se puso de relieve la función crucial de la información de buena calidad en la toma de decisiones y la adopción de políticas, la formación de los trabajadores de la salud y la formulación de proyectos de cooperación horizontales. Se señaló que el acceso a la Internet y a otros medios tecnológicos es limitado en algunos países y por lo tanto es necesario crear mecanismos internos para difundir la información, especialmente en zonas remotas y a los trabajadores de salud de las comunidades locales. El Comité, en reconocimiento de la importancia de esta tarea como parte de la cooperación técnica que brinda la OPS, recomendó que la Oficina aumentara su producción y difusión de materiales en francés, no solo para beneficio de los francoparlantes del Canadá y de ciertos países del Caribe, sino del mundo entero. Sugirió asimismo actualizar con más frecuencia los perfiles de los países que figuran en la Web, a fin de brindar información más exacta sobre sus condiciones de salud, que tienden a cambiar aceleradamente, y sobre el estado de las iniciativas de reforma del sector sanitario, si bien se reconoce que esto podría constituir una carga excesiva para algunos países con recursos limitados en materia de gestión de la información.

Dr. NAVARRO (PAHO), illustrating her presentation with Web page images, said her purpose was to present developments in scientific and technical information at PAHO and to situate the publications program within the history and work of the Organization. She outlined the various areas of information managed by PAHO and illustrated the objectives and results of specific scientific and technical information projects.

La Dra. Navarro continúa diciendo que la bolsa que se ha distribuido a todos los delegados contiene materiales de promoción, algunas publicaciones y otros materiales misceláneos. Explica que la OPS ha sido líder en materia de información desde su fundación en 1902, año en que se celebró la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana, habiéndose incluido entre los conceptos que inspiraron su establecimiento el de brindar a los países americanos un foro para el intercambio de información. Con el fin de sistematizar este intercambio, en 1920, durante la Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, se decidió lanzar el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* y en 1966 se creó el *Bulletin of the Pan American Health Organization*. Estas revistas se vieron fundidas en 1997 en una sola publicación plurilingüe, la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. Esta medida ha permitido ampliar y mejorar el universo de artículos científicos, reducir los costos y cuadruplicar las suscripciones.

Todos los programas de la OPS participan activamente en la difusión de información destinada a generar cambios en los países y en toda la Región. En 1995, el actual Director de la OPS estableció y definió las unidades dentro de la OPS cuya labor

está más vinculada con el manejo de información—aunque en realidad se trata de una actividad de toda la OPS, incluidos sus representaciones, los centros panamericanos y los programas técnicos—y destacó a Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales por ser el único dedicado exclusivamente a difundir información científica y técnica.

El programa cuenta con cuatro componentes: el Servicio Editorial, el Servicio de Comunicación Electrónica, el Servicio de Distribución y Ventas y la Biblioteca. Esta última ha dejado de ser una mera colección de libros de consulta esporádica para convertirse en un servicio dinámico de información y documentación apoyado por abundantes medios de consulta electrónicos. Actualmente está documentando varios de los temas presentados en la Conferencia, como salud del anciano, salud materna, SIDA, vacunas, y demás. En un futuro se podrán buscar en el sitio de la biblioteca en la Web no solo los documentos básicos relacionados con los temas tratados en las reuniones de los Cuerpos Directivos, sino también otras fuentes de información afines.

El Servicio Editorial se encarga de proveer información oportuna y validada, por medio de libros, productos electrónicos y la *Revista/Journal*, sobre temas de interés actual relacionados con las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS. Hasta el momento ha lanzado más de 700 publicaciones sobre temas muy diversos y cuenta entre ellos el *Informe Anual del Director*, ahora disponible en texto completo en la Internet, *La salud en las Américas*, obra próxima a colocarse en la Internet, y una historia de la OPS titulada *Pro Salute Novi Mundi*.

El Servicio de Comunicación Electrónica provee información sobre las actividades de toda la OPS y sus dependencias en los países, permitiendo así una comunicación de información, en vez de su mera difusión. Hay consultas continuas y numerosas —más de medio millón hasta el momento—por la Web sobre temas concretos, tales como hantavirus y la fiebre hemorrágica del dengue, de utilidad para quienes trabajan en el terreno. Por medio de su página en la Web, que ha sido reformulada recientemente, la OPS ofrece acceso a información actualizada y a los documentos de políticas, entre ellos las resoluciones de los Cuerpos Directivos, que aparecen en texto completo. El anunciar las publicaciones por la Internet permite venderlas y reducir su costo. La OPS hace enlaces con sitios en la Web de todos los ministerios de salud de los países de la Región. Hay un sitio que describe todos los servicios de la biblioteca y en él se puede encontrar prácticamente cualquier información de interés para los países.

El Servicio de Distribución y Ventas da a conocer estos productos y servicios en el mundo entero, facilitando el acceso a ellos y procurando conseguir un retorno a la inversión que permita al Programa proseguir con su labor y reimprimir las publicaciones. El nuevo catálogo “en línea” da una lista de las obras más recientes y de todas las publicadas y ha generado ventas muy cuantiosas en países como Nepal, Afganistán y Tanzania. También se celebran ferias y exhibiciones de libros y paneles científicos sobre

los temas tratados en ellos, y en 19 países se han creado 121 centros estratégicos de publicaciones que reciben todas las publicaciones gratuitamente. Asimismo se han formado alianzas estratégicas con librerías, revistas y otras entidades para difundir el mensaje de la OPS. Las ventas de las publicaciones van en aumento y el costo del proyecto se reduce cada vez más, siendo factible que en un futuro llegue a autofinanciarse.

En general, la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales tiene por objeto producir información de calidad, conseguir su difusión a todo el mundo, especialmente a quienes tienen funciones docentes o trabajan en los servicios de salud, y reducir los costos. Por último, la Dra. Navarro dice que se espera seguir contando con el apoyo necesario para que se puede continuar sirviendo a los pueblos de América.

El Dr. SARITA-VALDEZ (República Dominicana) felicita a la encargada de la biblioteca de la OPS por su servicios electrónicos modernos, que permite a su país tener información de último momento sobre el huracán en curso.

Mr. PREVISICH (Canada) commented on the high quality of the publications and other information materials produced by PAHO and commended the exceptional work of the publications service. Canada was gratified that the Organization would be producing more publications in French. That decision would benefit French-speaking peoples in Canada and in other regions of the world as well as helping PAHO to increase its market share.

Mr. WALLING (United States of America) stated that PAHO's publications program was a model of dynamic and cost-effective strategies to support publication goals and outreach to the whole of the Region. PAHO's leadership and reputation in scientific and technical publications was known and appreciated and the Organization's investment had enriched the Region with knowledge and information on science and public health; *Health in the Americas*, *Quadrennial Report of the Director*, and the *Pan American Journal of Public Health* were three recent examples of the provision by PAHO of valuable resources for the public.

The publication program's focus on electronic dissemination of information and trade outreach was particularly noteworthy. He believed that the new technology could be used to reach out to other areas of government, NGOs, and other groups to show them what PAHO did and why.

Hon. John JUNOR (Jamaica) added his congratulations to Dr. Navarro and her staff. The publications program was an area in which PAHO was clearly fulfilling its mandate to share and disseminate information on health technologies and advances in health. PAHO had also taken the lead in technology for health education. He hoped that

PAHO would extend its information outreach beyond policy makers and health professionals to a wider public.

El Dr. BURGOS-CALDERÓN (Puerto Rico) reconoce el entusiasmo y la dedicación de la Dra. Navarro y la calidad de su labor, que ha sido de beneficio para su país.

La Dra. DE SAMUDIO (Panamá) felicita al programa de publicaciones de la OPS y elogia la calidad de sus productos, que permiten fortalecer y actualizar los aspectos científicos y técnicos del quehacer sanitario en los países. Señala que en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud se ha creado un centro de información y documentación mediante el cual se pueden difundir las publicaciones de la OPS y facilitar su accesibilidad a los funcionarios del sector de la salud en Panamá.

El Dr. BUSTOS (Uruguay) se suma a las felicitaciones expresadas y afirma que se ha avanzado enormemente hacia una mejor comunicación entre los países desarrollados y en desarrollo para enfrentar los problemas sanitarios.

El Dr. ERAZO (Chile) se suma a las felicitaciones, reconociendo la calidad de la labor descrita por la Dra. Navarro, y afirma que esa labor permitirá hacer frente a nuevos desafíos en un ámbito en que haya cada vez mayor competencia. Sugiere incorporar dos desafíos en el trabajo futuro: la capacidad de incidir en las decisiones gubernamentales, especialmente en los estratos superiores, y la necesidad de incidir en aquellos sectores que dictan las políticas sanitarias, particularmente en el ámbito de los servicios de salud. Reitera la importancia de incorporar iniciativas encaminadas a aportar información y productos técnicos en los sectores involucrados en las actividades del nivel local.

El Dr. PICO (Argentina) también expresa sus felicitaciones a la Dra. Navarro.

La Dra. NAVARRO (OPS) agradece los comentarios de los delegados y añade que se está haciendo un esfuerzo para ampliar la distribución de las publicaciones en todos los países a través de los centros estratégicos de publicaciones. En la feria de libros de Frankfurt, el mes que viene se presentará a varias casas editoriales la lista de publicaciones disponibles para promocionar la idea de que se hagan traducciones al francés. Reitera que el texto completo de la obra *Salud en las Américas* se pondrá en la Internet.

The DIRECTOR pointed out that the usefulness of the program very much depended on the use the countries made of it. The information was there to be used. All the ministries of health had access to the Internet and had the mechanisms for making the information available to individuals, clinics, and peripheral health services. The main

purpose of the publications program was to serve its users. The best tribute it could receive was to know that it was being used.

El PRESIDENTE afirma que todos los comentarios sobre el tema quedarán reflejados en el acta.

The meeting rose at 12:10 p.m.
Se levanta la reunión a las 12.10 p.m.

**EIGHTH MEETING
OCTAVA REUNIÓN**

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

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

El Dr. PIERUZZI (Miembro de la Comisión de Credenciales) informa 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 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 Pertschuk, Co-Director del Advocacy Institute de los Estados Unidos de América, ha participado activamente en la formulación de políticas antitabáquicas por

más de 30 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 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 twentieth century's brown plague—tobacco—before it became the twenty-first 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 nongovernment 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 10 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 el continente ha disminuido solo 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 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 Louisiana (EUA) 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 y los medios de comunicación se comprometieron a su vez a publicarlos en forma gratuita. Desde hace tres años los medios de información están difundiendo una caricatura de una familia 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) ressalta 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 – 10 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. Yunes, 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 promovida 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 uma hora de vôo 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) estabelecer um programa internacional de solidariedade para erigir barreiras alfandegárias e tributárias à importação de folhas de tabaco e de cigarros. 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.

Hon. John 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), 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 morbimortalidad 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 los dos años en que se cuenta con datos estadísticos sobre el consumo de tabaco de la madre, el alto porcentaje de infecciones respiratorias ocurre en aquellas que fuman más de cinco 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: el primero en 1990, que forma parte de estudios de información nacional; el segundo en 1994, que fue realizado por la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes; el tercero en 1995,

hecho por el Ministerio de Salud, en el cual se analizaron las ciudades de mayor consumo del país, como Valparaíso, y el cuarto en 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 y de Educación, la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes y la Fundación Paz Ciudadana. Los objetivos del 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 13.5 años, 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 500 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 al tabaco.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) introduce al ex Ministro de Sanidad, Dr. Manuel Adrianza, líder de este programa en el país, que ha venido especialmente para presentar la posición de Venezuela sobre la lucha contra el tabaco.

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 en el Ministerio de Sanidad no se 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. 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 ministro fumaría en las reuniones de su Gabinete.

En 1980 se dictó un decreto por el que se prohibió hacer publicidad sobre el tabaco por televisión, lo que tuvo un gran costo político, y el año siguiente la misma prohibición se hizo extensiva a la radio. La prohibición fue refrendada por el gobierno siguiente pese a la fuerte presión de las empresas tabacaleras en su contra. 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, recientemente se ha prohibido la venta de 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 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 la prevalencia 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 Director.

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 por el documento en estudio y a los panelistas por sus intervenciones. Su Delegación 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-CALDERÓN (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 had 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. ROSA (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. 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 sobre la factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica.

It was so agreed.

Así se acuerda.

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

Item 4.9: Population and Reproductive Health
Punto 4.9: 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.*

**NINTH MEETING
NOVENA REUNIÓN**

Friday, 25 September 1998, at 9:00 a.m.
Viernes, 25 de septiembre de 1998, a las 9.00 a.m.

President/Presidente:

Dr. Alberto Mazza

Argentina

**ITEM 4.12: REPORT OF THE ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH
PUNTO 4.12: INFORME DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD**

El Dr. PELLEGRINI (OPS) presenta el informe de la XXXIII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la OPS, que se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, en junio de 1998, por invitación del Ministro de Sanidad y Asistencia Social y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de ese país. Se trataron temas relacionados con políticas de investigación en salud de los países de la Región, análisis de la situación de la investigación en Venezuela y actividades de cooperación de la OPS en investigación.

Entre los temas de carácter general se destaca la presentación y discusión de las actividades de fomento de la investigación que realizan los consejos de ciencia y tecnología de Brasil, Costa Rica, México y Venezuela. De las presentaciones de los participantes en la reunión que representaban a esos consejos se identificaron algunas orientaciones comunes, como la importancia de las demandas sociales como eje de referencia para la definición de políticas de investigación; el establecimiento de alianzas entre diversos sectores, entre ellos el privado, para el financiamiento y la ejecución de investigaciones; la creación de redes de colaboración entre investigadores; el establecimiento de sistemas de evaluación de la producción científica individual; la descentralización de las actividades de ciencia y tecnología en salud, y la promoción de acuerdos de cooperación regional.

El Comité destacó los aspectos positivos de estas tendencias y algunas de sus posibles distorsiones y formuló varias recomendaciones al respecto. La recomendación principal fue que se buscara un acercamiento entre la OPS, los consejos nacionales de ciencias y tecnología y los ministerios de salud, por medio de iniciativas conjuntas, como podría ser la elaboración de un programa de investigación sobre problemas de carácter regional, que necesariamente deben enfrentarse colaborativamente en la Región. Se presenta otra oportunidad de realizar actividades conjuntas en materia de capacitación de recursos humanos, particularmente en la creación de un fondo regional de becas para

promover el intercambio de jóvenes investigadores. Tal fondo se constituiría con recursos de los consejos nacionales de ciencia y tecnología.

La situación de la investigación en salud en Venezuela fue presentada por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. José Félix Oletta, y por investigadores expertos en el tema. A pesar de los problemas relacionados con la carencia de investigadores, los sueldos bajos y la inestabilidad del financiamiento de investigaciones, se mencionaron varias tendencias positivas, como la creación de la Dirección de Docencia e Investigación en el Ministerio, dedicada a definir normas y políticas de investigación en salud, al establecimiento de una agenda de investigación con amplia participación de diversos sectores sociales y a la creación de mecanismos de estímulo al investigador. Venezuela cuenta con varios centros de investigación de excelencia, algunos de los cuales están tratando de desarrollar la investigación a ciclo completo, integrando actividades de investigación, desarrollo y producción. No obstante haber reconocido la importancia del concepto de investigación a ciclo completo, el Comité señaló que, por lo general, las universidades no están en condiciones de adoptar la lógica empresarial en actividades productivas, y que más bien debe capacitarse al personal académico en aspectos de propiedad intelectual y gestión tecnológica, con miras a que pueda negociar contratos ventajosos para transferir a la empresa los resultados de las actividades de investigación y desarrollo.

En relación con las actividades de cooperación técnica de la OPS, se destacó la propuesta de creación de una biblioteca virtual en salud, bajo la dirección de BIREME. Esta propuesta conlleva la adopción de un nuevo paradigma de organización y tratamiento de la información que permite producir y operar de forma descentralizada las fuentes de información en multimedios conectadas en red y con acceso directo y universal, sin limitaciones de tiempo o espacio. La biblioteca virtual responde a las nuevas demandas del personal de salud, investigadores y personal a cargo de tomar decisiones en cuanto a tener acceso en línea a las fuentes de información científico-técnica. Esta iniciativa no solo servirá para disminuir la inequidad y aumentar el acceso a información sobre salud, sino que también permitirá al personal de los países de la Región dominar tecnologías de importancia estratégica en el campo de la informática y las comunicaciones.

Durante la reunión del CAIS también se revisaron las actividades de cooperación en tres campos técnicos de la Organización y las del Programa de Subvenciones de Investigación. Con respecto a este último, el Comité reconoció una vez más la importancia de los cambios introducidos al Programa (por ejemplo, los proyectos multicéntricos y los concursos de investigación), que han permitido concentrar los recursos en proyectos importantes para la salud pública de la Región y aumentar así su impacto. El concurso de investigación más reciente trata de las relaciones entre inversiones en salud y crecimiento económico.

El orador informa que el proyecto multicéntrico sobre violencia y salud ya concluyó y se dispone de los resultados finales de ocho ciudades. Los resultados han permitido adquirir conocimientos más profundos sobre el problema y han demostrado que existe una capacidad de investigación de problemas con repercusiones sociales. En algunos países, como Venezuela, el proyecto ha permitido un acercamiento de los investigadores a otros sectores diversos y ha servido de base para diseñar intervenciones de salud, educación, policiales y de comunicación. En la sesión de clausura de la reunión del CAIS el Director de la OPS manifestó su satisfacción por la riqueza de la discusión y de las recomendaciones, y reiteró la necesidad de contar con un programa de trabajo común sobre problemas regionales que requieren de un esfuerzo colectivo. Asimismo, reafirmó su convicción sobre el concepto de panamericanismo como expresión de lo que es factible lograr con la unión de esfuerzos nacionales.

El Dr. PICO (Argentina) agradece al Dr. Pellegrini su presentación y destaca que en la Argentina se ha creado el Gabinete Científico Tecnológico Nacional por indicación expresa del Presidente de la Nación. Dicho Gabinete depende directamente del Jefe del Gabinete de Ministros, lo cual da mayor jerarquía a la investigación científica y al desarrollo tecnológico en el país. El Ministro de Salud forma parte del Consejo Ejecutivo y del Comité Directivo del Gabinete Científico y Tecnológico, que ya ha elaborado su segundo plan de investigación científica y desarrollo tecnológico para un período de cinco años. La salud fue uno de los primeros componentes aprobados por unanimidad y cuenta con los siguientes elementos: continuar con la investigación aplicada, siempre y cuando no se dupliquen experiencias pasadas para hacer un uso racional de los recursos disponibles, y con la investigación epidemiológica para fortalecer y desarrollar en la comunidad científica este tipo de investigación. También se ha incorporado la investigación en servicios de salud para determinar cómo se organizan, administran y brindan estos servicios; e introducido una línea de investigación sobre modelos de evaluación de calidad en cuanto a la utilización apropiada de la tecnología médica. En la investigación clínica se incluyó un componente ético que, a su criterio, debería ser parte de todo programa de investigación, tanto regional como nacional.

O Dr. YUNES (Brasil) diz que o Ministério da Saúde do Brasil acata as recomendações do Comitê Assessor sobre Pesquisas em Saúde (CAIS) tomadas em sua última reunião em junho deste ano e assinala que algumas das recomendações coincidem com as diretrizes da Primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, promovida pelo Brasil em 1994. O Ministério da Saúde organizou um grupo de especialistas para continuar a estudar o assunto.

Na área de ambiente e saúde, uma das prioridades é a formulação da política de saúde ambiental para o setor, com ampla participação de setores e instituições direta e indiretamente relacionadas com o tema, bem como segmentos da sociedades interessados na questão. As diretrizes a serem estabelecidas na política de saúde ambiental deverá

incluir uma sobre identificação ou reforço de linhas de investigação prioritárias para o país.

No âmbito da informação técnico-científica, ele destaca dois importantes projetos em desenvolvimento no Brasil para criar a rede nacional de informações em saúde e a rede interagencial de informações para a saúde: a rede nacional de informações em saúde é uma rede integrada na Internet para prover o acesso e um intercâmbio de informações para a gestão, planejamento e pesquisa do gestores, bem como para os agentes e usuários do sistema de saúde do país. Esse projeto conta com o financiamento do Banco Mundial e visa a integrar todos os 5.517 municípios do Brasil à Internet em três anos. Já estão sendo interligados 1.101 municípios de todos os 27 Estados brasileiros.

Já a Rede Interagencial de Informações para a Saúde, projeto conjunto do Ministério da Saúde e da Representação da OPS/OMS no Brasil, busca integrar as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados, produtores de informações *strictu sensu*, gestores de sistemas de saúde e unidades de ciência e tecnologia, viabilizando parcerias capazes de tornar disponíveis informações voltadas ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde articula seus participantes em bases condominiais de ação solidária e integrada, reunindo inicialmente um conjunto selecionado de órgãos e instituições que, além de notória vocação para a geração de informações, tenham um interesse no aprofundamento das gestões relacionadas à situação de saúde.

O conceito de rede compreende a mobilização pelas entidades componentes das bases técnico-científicas e da massa crítica de profissionais existentes, bem como a disponibilização informacional dos produtos desenvolvidos em comum. O objetivo é atender às necessidades da informação na área de saúde nos campos de formulação de políticas públicas e programas governamentais, gestão do sistema de saúde nacional, mobilização de recursos, aprimoramento de mecanismos e instrumentos de cooperação técnica, tanto nacional como internacional, difusão de consenso acerca de conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados disponíveis, contribuindo ainda para o melhor cumprimento do mandato da OPS de produzir análises periódicas sobre os avanços realizados no continente na área de saúde para a publicação quadrienal das condições da saúde nas Américas.

O Dr. Yunes apóia a proposta da biblioteca virtual em saúde. O Brasil está firmemente engajado num processo de descentralização das decisões sobre saúde, o que supõe a participação de uma ampla diversidade de atores e do público em geral, que precisam de ter acesso à informação pertinente no momento e local adequados. A biblioteca virtual, além de seguir atendendo de maneira mais eficiente aos usuários tradicionais de BIREME, se propõe justamente a responder a essas novas demandas. A

utilização das mais modernas tecnologias de informação em combinação com tecnologias mais tradicionais permitirá ampliar o acesso à informação e diminuir as inequidades hoje existentes. A construção descentralizada da biblioteca virtual permitirá que todos os participantes do sistema regional de informações e ciências da saúde dominem metodologias e tecnologias estratégicas de informação e comunicação, tal como ocorreu com iniciativas anteriores de BIREME, como CD-ROM LILACS e outros.

O Dr. Yunes conclue expressando confiança de que a capacidade e o compromisso demonstrados por BIREME e o Sistema Regional nos últimos 30 anos serão uma garantia de que em breve a biblioteca virtual será uma realidade, do que é expressão clara o apoio que o Governo Brasileiro vem dando e seguirá dando ao desenvolvimento da BIREME.

Mr. WALLING (United States of America) recalled that in 1997 the Executive Committee had recommended that PAHO promote a more rigorous process for selecting, monitoring, and evaluating the WHO Collaborating Centers located in the Americas, and work closely with them in defining their terms of reference and programs. He urged that PAHO continue its efforts to delineate roles that would result in more effective and focused collaboration. The research agenda should be a dynamic process. With those perspectives in mind, PAHO had convened a meeting of Collaborating Centers, to be held in Washington, D.C., on 10 October 1998.

El Dr. ANRÍQUEZ (Chile) felicita al Dr. Pellegrini por el informe presentado, que es muy completo y contiene los elementos conceptuales principales de la investigación de salud en el ámbito y realidad de los países de la Región. Considera que la investigación es clave para el conocimiento humano, para el desarrollo de la ciencia y de la salud pública y las iniciativas planteadas en el documento servirán de orientación en ese sentido. Agrega que la acción de la OPS ha sido fundamental para el desarrollo de este tema en la Región y comparte la forma en que el documento la describe. Sin embargo, señala que será necesario debatir más a fondo cuatro temas. El primero tiene que ver con la fuga de profesionales y la necesidad de lograr la reinserción de los investigadores en sus propios países luego de completar su adiestramiento en el extranjero. Considera que la respuesta de México es interesante, ya que no bastan los concursos de beca ni los fondos de investigación; cabe tomar decisiones de política que faciliten el regreso de los becarios al país y su permanencia posterior en él. Esta situación no depende solo del becario; depende de las políticas vigentes de desarrollo institucional y de recursos humanos en el país de origen. Los investigadores nacionales están dispuestos a regresar, a transferir el conocimiento y las habilidades adquiridas y a multiplicar el efecto de ambos. No obstante, tienen que enfrentar una realidad nacional muy distinta a la del centro formador, que además les ofrece incentivos económicos y profesionales para retenerlos.

El orador se refiere al segundo tema que quiere tratar, que guarda relación con las ciencias sociales y la investigación. Menciona que por varias razones, ideológicas e históricas, las ciencias sociales suelen no recibir el mismo reconocimiento ni enseñanza sistemática en los programas de salud, tanto de pregrado como de posgrado. La cultura de las universidades de la Región concede mayor importancia a las ciencias básicas, considerándolas como la investigación por excelencia, en detrimento de las ciencias sociales, entre las cuales se encuentran la salud pública. No es raro encontrar que la salud pública se excluye en los requisitos de acceso al financiamiento para investigación. Considera necesario insertar las ciencias sociales y la epidemiología en los currículos y fomentar la práctica de la investigación en todos los niveles del sector salud, del nacional al local, e incluir las políticas públicas y las sanitarias, la definición de problemas prioritarios y la evaluación de intervenciones.

El tercer tema que somete para discusión se refiere a la asignación de recursos para la investigación y asegura que este es un asunto que reviste dificultades mayores. Para validar un equipo de investigadores, para aceptar un proyecto de investigación y que su línea de pensamiento sea razonable, suele requerirse experiencia acumulada, formación de posgrado y demostración de investigaciones anteriores. Agrega que esta puede ser una forma eficiente y eficaz de asignar los recursos en el corto plazo, pero no lo es a largo plazo ya que impide que los grupos más jóvenes o sin acceso a las áreas de influencia tradicionales tengan acceso a los fondos. A su juicio, es necesario identificar líneas de investigación y perfiles de investigadores jóvenes que puedan tener acceso a los fondos con el objetivo final de crear una masa crítica de investigadores y dar sostenibilidad a las investigaciones. Señala que el cuarto y último elemento que quiere exponer se refiere a la difusión del conocimiento. Comparte el concepto de una biblioteca virtual y reconoce sus beneficios actuales y futuros. Sin embargo, sugiere que el proyecto LILACS puede aún mejorar significativamente si se le incorpora a la Internet, ya que esto simplificaría y multiplicaría su efecto.

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) suma sus felicitaciones por el aporte de la Organización y el CAIS a la búsqueda de nuevos conocimientos. Dice que esto no se trata solamente de pensar de otra manera, sino de producir nuevas formas de acción y proyectos sociales y de vida, que es sin duda un desafío para las universidades, los consejos de ciencia y tecnología y los institutos de investigaciones de los países. En la medida en que el sector salud asuma el liderazgo, los lineamientos y los presupuestos, la conformación de equipos de investigación podrá tener mayor impacto y conseguir la solución de los problemas de salud. Sugiere que los consejos nacionales de ciencia y tecnología u otros organismos de investigación nacionales incorporen las recomendaciones emanadas de la reunión del CAIS y reflejadas en el informe. Dice que en Venezuela se ha logrado establecer acuerdos entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que ya cuenta con fondos para llevar adelante la llamada agenda de salud de los estados fronterizos. Agrega

que será necesario hacer cambios en los programas de pregrado de modo que incluya la investigación como instrumento de formación.

El Dr. PELLEGRINI (OPS) agradece el interés de los delegados en el tema y destaca que de la participación se deduce el compromiso de los ministerios de salud de definir un programa y políticas de investigación y de colaborar con los consejos nacionales de ciencia y tecnología para orientar la actividad científica. Ofrece la colaboración de la OPS en apoyo a los países. Agradece al Delegado de Chile por los puntos que ha contribuido a la discusión y se refiere en particular al de recursos para la investigación. Este tema se está estudiando en varios países (proyectos piloto en Brasil, Chile, Cuba y México), incluso nuevas fuentes y modalidades de financiamiento y servicios de apoyo al investigador para ayudarlo a captar fondos.

En cuanto a la biblioteca virtual, dice que esta atenderá a la clientela tradicional de BIREME, es decir, docentes, investigadores y profesionales de la salud, y además funcionará como puente entre el producto y el usuario del conocimiento, incluso el público general.

The DIRECTOR stated that efforts were under way to change the approach to Collaborating Centers. Based on the important areas identified, the Organization would be actively soliciting centers with which to cooperate.

ITEM 5.3: SALARY OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU

PUNTO 5.3: SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. LAVERTU (PAHO) recalled that Resolution CD20.R20 had requested the Executive Committee to recommend the appropriate salary level of the Director of the Pan American Sanitary Bureau to the Pan American Sanitary Conference. The practice of the PAHO Governing Bodies had been to maintain the salary of the Director of PASB at the same level as that of the Deputy Director-General of WHO.

The International Civil Service Commission had conducted a review of the base/floor salary scale for professional and higher categories throughout the UN system. The review had resulted in the recommendation of a 3.1% salary increase, which had become effective as of 1 March 1998. Accordingly, the Fifty-first World Health Assembly, in its Resolution WHA51.25, had established the annual salary of the Deputy Director-General of WHO at US\$ 102,130 (dependency rate) or \$91,883 (single rate). In the proposed resolution, the Executive Committee had recommended the same level of salary for the Director of PASB.

A solicitud del Presidente, el RELATOR se refiere al proyecto de resolución contenido en el documento CSP25/21 y que dice así:

THE 25th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering the revision made to the base/floor salary scale for the professional and higher-graded categories of staff, effective 1 March 1998;

Taking into account the decision by the Executive Committee at its 122nd Session to adjust the salaries of the Deputy Director and Assistant Director (Resolution CE122.R8);

Having noted the recommendation of the Executive Committee concerning the salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Resolution CE122.R8); 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 US\$ 102,130 (dependency rate) and \$91,883 (single rate), effective 1 March 1998.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la revisión efectuada en la escala de sueldos básicos/mínimos para los titulares de puestos de la categoría profesional y superior, con efecto desde el 1 de marzo de 1998;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 122.ª sesión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector (resolución CE122.R8);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE122.R8); 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 US\$ 102.130 (con familiares a cargo) y en \$91.883 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de marzo de 1998.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

- ITEM 8.2: RESOLUTIONS OF THE FIFTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE
PUNTO 8.2: RESOLUCIONES DE LA 51.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL COMITÉ REGIONAL

Dr. DAHL-REGIS (Representative of the Executive Committee) said that the Fifty-first World Health Assembly held in May 1998 had adopted 31 resolutions and in June the 122nd Session of the Executive Committee had reviewed those that were of particular relevance to the Region. The resolutions concerned such areas as program, finances, and other issues recently discussed by the PAHO Governing Bodies, including regional budgetary allocations and reform of the WHO Constitution. Other topics had been the new health-for-all policy for the twenty-first century, health promotion, tuberculosis, Chagas' disease, emerging and other communicable diseases, prevention and control of noncommunicable diseases, the International Decade of the World's Indigenous People, technical cooperation between countries, health sector reform, health of children and adolescents, and environmental matters.

With regard to matters not considered recently by the PAHO Governing Bodies, the following resolutions were of interest: WHA51.8, on the public health consequences of land mines; WHA51.9, on the validity of health information in cross-border advertising, promotion, and sale of medical products via the Internet; WHA51.11, on the surveillance and global elimination of trachoma; and WHA51.15, on the elimination of leprosy as a public health problem, a goal which the Region was striving to achieve by 1999.

The Secretary had also drawn the Committee's attention to two other matters discussed at the 102nd Session of the Executive Board which were of direct relevance to the PAHO Governing Bodies. One was the formation of a subgroup to study the WHO Revised Drug Strategy (considered at the present Conference under Agenda Item 4.1). The other was Resolution EB102.R1, which requested the Regional Director for the Americas to discuss with the PAHO Governing Bodies the possibility of changing the rules for the appointment of the Director of the Pan American Sanitary Bureau.

The Director had explained that under the new arrangement the Regional Directors were to serve for five years, as was the Director-General of WHO, and they could be re-elected only once. For PAHO to conform to the change would require an amendment to the PAHO Constitution to alter the frequency of Pan American Sanitary Conferences. The Executive Committee had decided that the matter should be delayed for consideration until after the 25th Pan American Sanitary Conference and that no change would be made in the scheduled date for the 26th Pan American Sanitary Conference, to be held in 2002—the 100th anniversary of PAHO.

El PRESIDENTE afirma que no hace falta una resolución sobre el tema y las intervenciones quedarán reflejadas en las actas.

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

Regional Convention against Tobacco Use
Convención regional para la lucha antitabáquica

El PRESIDENTE pide al Relator que lea el proyecto de resolución correspondiente (PR/3):

El RELATOR lee el siguiente proyecto de resolución:

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 CSP25.R12; and

Mindful of the concerns expressed by the Member States about the impact at all levels of the cultivation of tobacco and the manufacture and marketing of tobacco products,

RESOLVES:

To request the Director to:

- (a) begin a study of the feasibility of preparing a regional convention against tobacco use;
- (b) submit a progress report to the Governing Bodies in 1999.

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

Teniendo en cuenta las inquietudes expresadas por los Estados Miembros en cuanto a las repercusiones a todo nivel del cultivo, producción, comercialización y consumo del tabaco,

RESUELVE:

Solicitar al Director:

- a) que inicie un proceso de estudio sobre la factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica;
- b) que informe sobre el progreso de este estudio a los Cuerpos Directivos en 1999.

El RELATOR, en su calidad de Delegado del Perú, propone algunas enmiendas al proyecto de resolución. Recomienda hacer una solicitud más amplia que incluya algunos mecanismos, además de las mencionadas, y no necesariamente un instrumento específico, sino más bien un proceso que coloque a los principales actores políticos y sociales de los países de la Región en posición de efectuar una lucha antitabáquica eficaz. Propone también modificar el proyecto de resolución cambiando su contenido de convención regional a iniciativa regional para la lucha antitabáquica. También sugiere, en la parte resolutive, inciso a), reemplazar la solicitud de formular una convención por la de dar inicio a un proceso de estudio sobre la factibilidad de formular una iniciativa regional en el más alto nivel político para la lucha antitabáquica. La sugerencia se sustenta en el temor de que, al hacerse la solicitud al Director en relación con un instrumento jurídico específico, se pierdan la oportunidad y el tiempo necesarios para abarcar otras posibilidades conducentes a resultados y compromisos en el corto plazo.

The DIRECTOR said that while he appreciated the point made by the Delegate of Peru, he recommended that the resolution be adopted without amendment. The Organization had already established a plan of action against tobacco. Many of the considerations put forward by the Delegate of Peru could be included in that plan. If the Conference agreed to the feasibility study on a regional convention against tobacco use, that would be a step forward and would in no way invalidate the suggestions made by the Delegate of Peru.

Mr. WALLING (United States of America) agreed with the Director's recommendation, as well as with his comment that a "feasibility study" meant "looking at" whether something was possible or not. As the Delegate of Peru had pointed out, the

question of time constraints needed to be addressed. Aspects such as time frames would be clarified in a feasibility study.

Mr. PREVISICH (Canada) said that the discussion of the item on prevention and control of tobacco use had raised the issue of a convention in the context of regional support. His Delegation therefore urged the Region and PAHO to take on a leadership role in the development of a convention. He suggested the proposed resolution be adopted without amendment.

El RELATOR, en calidad de Delegado del Perú, dice que, ante las afirmaciones del Director y otras intervenciones, considera innecesarias las enmiendas y las retira.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 9: OTHER MATTERS

PUNTO 9: OTROS ASUNTOS

El Dr. BURGOS-CALDERÓN (Puerto Rico) propone oficialmente a su país como anfitrión de la 41.º Consejo Directivo, que tendrá lugar en septiembre de 1999. Recuerda a los presentes que la 15.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1958, también se llevó a cabo en Puerto Rico y destaca algunos de sus principales logros, entre ellos la elección del Dr. Abraham Horwitz como Director de la OSP. Explica que durante esa década Puerto Rico fue el primer país en establecer un sistema de salud regional basado en distintos niveles de atención y que su Escuela de Salud Pública contribuyó a la educación de un gran número de salubristas, algunos de los cuales se encuentran entre los presentes. Reconoce la cooperación técnica brindada por la OPS y por otros países de la Región al proceso de transición del sistema de salud de su país, que se ha beneficiado de haber integrado las orientaciones estratégicas y programáticas a su plan de trabajo. Manifiesta el respaldo de Puerto Rico al Director de la OSP y a los delegados de la Conferencia en su tarea de integrar las ciencias sociales a la gestión de la salud pública en el siglo XXI. Expresa, por último, el deseo de que Puerto Rico sea el lugar donde comience el diálogo conducente a una convención panamericana donde se examine si de hecho se está efectuando la transición hacia la época moderna y se discutan las posibles causas de la falta de dirección cultural, apatía política, creciente complejidad de la sociedad moderna y persistencia de hábitos nocivos, como el tabaquismo.

El PRESIDENTE, en nombre de la Conferencia, agradece la generosa invitación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y declara que, por unanimidad, la ciudad de San Juan será anfitriona del 41.º Consejo Directivo en septiembre de 1999.

It was so decided.

Así se decide.

La Dra. FRUTOS DE ALMADA (Paraguay) recuerda a los presentes que la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia es un instrumento útil para mejorar la calidad de la atención en su país y que, habiéndose suscrito a ella 12 países, propone que el tema se incluya en la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

O Dr. YUNES (Brasil) diz que, considerando as múltiplas vantagens potenciais da Estratégia EPIS para a Região das Américas e o fato de que vários países estão começando a adotá-la, apóia o Paraguai para propor a inclusão da mesma, bem como o seu avanço na Região das Américas, na agenda da próxima reunião do Comitê.

El PRESIDENTE declara que el Comité Ejecutivo está próximo a reunirse y que el tema podría examinarse en esa reunión.

CLOSING OF THE CONFERENCE CLAUSURA DE LA CONFERENCIA

The DIRECTOR expressed his sympathy on behalf of the Secretariat to the countries in the Caribbean affected by Hurricane Georges. He noted the generous support that Canada had already contributed to the peoples of those countries. Other agencies were also considering additional support.

The Director thanked the President, the Rapporteur, and the Representatives of the Executive Committee for their capable, skillful, and diplomatic administration of the Session. He also thanked the delegates for their conduct of the Session, the quality of their debate and their remarkable level of understanding and collegiality. One of the functions of the Governing Bodies was to serve as a forum for discussion and exchange of experiences for the benefit of the countries. The Conference had been rich in such exchanges.

The week of the Directing Council or Pan American Sanitary Conference was usually the high point in the annual work of the Secretariat. But this 25th Pan American Sanitary Conference had been a particularly special week because of the appreciation shown by the delegations for the work of the Organization over the previous four years and because of their confidence that the directions PAHO had set for its Strategic and Programmatic Orientations were the directions the Member States wished to take. The Organization would be answerable to the countries for fulfilling its commitments.

Some of the goals, such as a common agenda and a feasibility study for a regional tobacco convention were major undertakings—they were lofty and audacious goals. It was gratifying that the Conference should “aim so high.” The enthusiasm for the

convention would certainly inspire other sister agencies in the system. It was to be hoped that PAHO would be equal to the task ahead of it.

In conclusion, the Director quoted the battle cry of Shakespeare's King Henry V beginning: "Once more unto the breach, dear friends . . ." The Organization's task was the gap between the haves and the have-nots—between those who had health and those who did not, but should have health.

El PRESIDENTE agradece al Director y a todos los delegados sus aportes a la Conferencia y felicita a los presentes por sus muestras de solidaridad con los países afectados por el huracán Georges en marcha. Considera que la Conferencia ha sido fructífera y que en ella se han cumplido las expectativas de los participantes y de quienes fundaron la OPS en 1902. Señala algunos de los principales logros de la Conferencia, particularmente la reelección del Director en la persona del Dr. Alleyne y la reafirmación de que las características particulares que confieren a la OPS su carácter de organismo especial y destacado. Apunta al énfasis que se dio en la Conferencia a temas vinculados con la epidemiología y la prevención de las enfermedades, lo cual pone de manifiesto la tendencia a darles prioridad a estos campos. Destaca el tema del tabaquismo y añade que en todos los países el sector de la salud debe asumir la tarea de concienciar a los gobiernos en torno a la importancia de la calidad de vida.

Alude a las presentaciones sobre temas relacionados con la tecnología, que avanza continuamente en todos los campos y particularmente en el de la salud, pero que a la vez plantea un desafío por su complejidad y rápida evolución. Reitera su convicción de que si la OPS sigue profundizando en las líneas planteadas, el futuro traerá una mejor situación para los sectores de la salud y mayores posibilidades de mejorar la calidad de la vida de las comunidades de la Región.

Agradece al Secretario, al personal técnico y administrativo y a todas las personas que han contribuido al éxito de la Conferencia.

*The President declared the 25th Pan American Sanitary Conference closed.
El Presidente declara clausurada la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.*

*The meeting rose at 10:30 a.m.
Se levanta la reunión a las 10.30 a.m.*

ANNEX
ANEXO

ANNEX
ANEXO

Country Reports (Item 3.2)
Informes de países (Punto 3.2)

Reports of the Member States of Antigua and Barbuda, Mexico, and Venezuela
Informe de los Estados Miembros de Antigua y Barbuda, México y Venezuela

ANTIGUA AND BARBUDA

INTRODUCTION

The state of Antigua and Barbuda consists of three (3) islands, Antigua, Barbuda and the uninhabited Redonda. The total area is 440 square kilometers.

Having achieved independence in 1981, Antigua and Barbuda has maintained a parliamentary democracy, with an elected House of Representatives and an appointed Senate. The ten (10) member Cabinet is headed by a Prime Minister.

At the beginning of the period under review the portfolio of Health was joined with that of Home Affairs, which included Social Services, Disaster Services and the Alliance for Social Well-being.

In May, 1996 there was a revision of ministerial portfolios and since then the Minister responsible for Health also covers Civil Service Affairs, Home Affairs being assigned to another Ministry.

The country was devastated in September 1995 by Hurricane Luis. There was extensive damage to the health, education and other infrastructure, most of which has since been restored. Antigua continues to depend heavily on tourism, which accounts for about 65% of the GDP, although the finance and insurance sectors are expanding. Agriculture is carried out mainly by small farmers, while fishing is gaining increasing emphasis.

The country experiences relatively low rainfall, averaging 40 inches annually, and there are occasional periods of severe drought. Fortunately over the past four (4) years rainfall has been fairly good and there has also been a significant increase in the water supply to consumers. Electricity generation has also improved considerably, and the telephone system now reaches virtually all communities. The road system is undergoing marked improvement, facilitating travel to most parts of Antigua. The airport is undergoing further expansion, to provide better accommodation for the passengers who travel by large jet aircraft from the United States, Canada and Europe.

POPULATION

The last census was undertaken in 1991, and projections estimated the 1996 mid year population to be 68,600, with a male to female ratio of 1: 1. 1. Persons under the age of 15 years make up 31 percent of the population, while 8 percent are 65 years and over. There is a continuing influx of immigrants from other English-speaking Caribbean

countries, notably Dominica, St. Vincent, Guyana and Jamaica, as well as the Dominican Republic, whose Spanish language poses a special problem. These immigrants place a great strain on the education, health and social services.

Life expectancy at birth is estimated at 70 years for males and 74 years for females. More than 90 percent of the population are of African origin, mixed and white constituting the majority of the remainder.

Following the volcanic eruptions on the nearby island of Montserrat there was large scale exodus from that island. Many persons relocated to Antigua to stay with friends or relatives. Emergency shelters were being considered at one time. Many other persons had to transit through Antigua en route to other Caribbean territories, U.K., U.S.A. or Canada. Contingency plans had to be made in the event of mass evacuation of Montserrat.

At peak it was estimated that as many as four thousand (4000) Montserratians were residing in Antigua.

This has created considerable strain on schools and the health service.

MORTALITY

The trend towards the chronic non-communicable diseases has continued, with malignant neoplasms, hypertensive disease, heart disease, cerebrovascular disease and diabetes mellitus being the leading causes of death. Conditions arising in the perinatal period also features prominently. There is an ongoing effort to reduce the perinatal mortality.

The leading cancer sites are prostate, digestive tract, respiratory tract and breast.

The infant mortality has fluctuated over the period, although there is a declining trend. In 1996 the rate was recorded as 25.36.

MORBIDITY

Information obtained from the reports of the community clinics indicates that the main conditions for which adults visited were hypertension, diabetes mellitus, arthritis, injuries, heart disease and acute respiratory infections.

There has been an increasing trend in visits for antenatal, postnatal and child health services.

Injuries resulting from road traffic accidents are responsible for a high proportion of admissions to the Holberton Hospital. Laws have recently been enacted to require the use of seat belts and child restraining devices for motor vehicles, and helmets for motor cyclists.

Bronchial asthma is an increasing problem, especially among children.

COMMUNICABLE DISEASES

In 1995 and 1996 there was a significant increase in the number of cases of **acute respiratory infections**.

In 1997 there was an outbreak of **gastroenteritis**, which affected more than 2000 persons, more than 50 percent of whom were under the age of ten (10) years.

There is the ever-present risk of **dengue fever**, particularly since cases have been reported in several Caribbean countries.

There have been a few cases of **pulmonary tuberculosis** and this is an important development in the absence of B.C.G. vaccine.

There are periodic imported cases of **malaria**, usually of the order of 1-2 per year.

In 1996 and 1997 there were two episodes of **Legionnaires' Disease** identified at two resorts. These resulted in extensive epidemiological investigation, involving the Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) in Trinidad, and the Communicable Disease Surveillance Laboratory in the United Kingdom. The disease was traced to defective water heating systems.

In March 1997 there was an outbreak of **food poisoning** among persons who travelled to Antigua on board a jet aircraft from Canada.

These instances highlight the possible health implications of a large scale tourism industry, and the resultant vulnerability of the nation's economy.

HIV/AIDS

Since the first case was identified in 1985 a cumulative total of 209 persons (to June 1998) have tested positive for HIV infection. There is a declining male to female ratio, which now stands at just under 2:1. A total of 15 children have been involved.

A total of 94 persons are known to have developed HIV related illness (AIDS), of whom 74 have died.

There is a very active AIDS Secretariat. Among the activities are:

- (a) **School Intervention Project** - also known as Project Smart Choice, targeting students 10-12 years in two secondary schools. The goal was to delay the onset of sexual intercourse, to reduce the level of unprotected sexual contact. The Project funded by CIDA, with technical assistance from CAREC was conducted over a 3-year period.
- (b) **HIV Seroprevalence Study** - This was conducted among post delivery women in 1997, and revealed a prevalence rate of 0.9 percent. There was no correlation between HIV, Hepatitis B, and Syphilis positivity.
- (c) **Sexual Behaviour Study** - This was carried out among women attending public antenatal clinic, private family planning clinic and women with symptoms of STD at public and private clinics. The results are not yet available.
- (d) **A National Policy** on HIV/AIDS and other STDs has been approved by Government in 1997. A strategic plan is being developed.
- (e) **The National Advisory Committee** meets regularly. This is a multisectoral group including health workers in public and private sectors, educators, the police, the church and several NGOs.
- (f) **World AIDS Day** is observed annually, with increased publicity and distribution of literature and condoms.
- (g) **Seminars** are conducted for various groups, e.g. church, education, media and health workers.
- (h) **Public Education** is carried out on an ongoing basis, using Radio and TV programmes and messages; pamphlets; and distribution of condoms. Programmes are intensified at special times such as Independence, Carnival, Sailing Week, and Test Match Cricket.
- (i) **Support Groups** have been formed to assist P.W.A. and their families.
- (j) Staff Members have attended several **Regional and International Meetings** including the Theme Group Meeting for the OECS and Barbados.

OTHER STDS

The STDs continue to pose a problem, with Syphilis, Gonococcal infection, non-specific urethritis and candidiasis being the leading conditions.

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION (E.P.I.)

Over the years Antigua and Barbuda has developed a very vibrant EPI programme. Our coverage for Polio and DPT is virtually 100 percent.

MMR was introduced in 1986, and a coverage of about 90 percent has been achieved. A mass campaign is planned for 1999 targeting those persons who had been missed, including males, as well as postnatal women and other women of childbearing age. This is part of the programme for **elimination of the Rubella Syndrome**.

Hepatitis B vaccine is now offered to high-risk health workers, and consideration is being given to including this vaccine in the regular EPI schedule in 1999.

Haemophilus Influenza B (HIB) vaccine is given by some private physicians, but this is not available in the Government service. However, there are plans to introduce this vaccine as part of the EPI programme in 1999.

HOLDERTON HOSPITAL

This is an acute hospital offering emergency medicine; paediatrics; obstetrics/gynaecology; internal medicine; radiology; pathology; and general, orthopaedic, E.N.T. and limited Ophthalmological surgery.

The plant was severely damaged by Hurricane Luis in 1995 and the bed complement was reduced to 135.

This provides referral services for some patients from neighbouring Montserrat, St. Kitts, Nevis, Anguilla and Dominica.

A renal dialysis unit with three (3) machines was commissioned in July, 1997. Several nurses have been trained abroad as well as locally.

A new 200-bed hospital is presently under construction to replace Holberton Hospital. This will provide a wider range of medical care services, reducing the need for overseas referral.

MENTAL HEALTH

There is a mental hospital, which currently houses about 90 patients, some of whom have come from other islands.

The Community Mental Health programme, which was commenced about 20 years ago, has been maintained, thus caring for clients through the community clinics. Several nurses have undergone psychiatric training in Jamaica. The hospital is being upgraded and a new High Risk and Administration Building was recently commissioned. There is increasing involvement of individuals and community groups in the activities of the mental hospital.

An Evaluation of the Mental Health Services was carried out with the assistance of PAHO/WHO in 1996. Efforts are being made to implement the recommendations, starting with the revision of the Laws governing Mental Health.

CARE OF THE ELDERLY

There is a 100 bed, long-term geriatric care facility. With assistance of some citizens and groups the buildings and furnishings have been considerably improved.

A programme for home care for the elderly is carried out by the Citizens Welfare Division of the Ministry of Home Affairs.

There are four (4) privately operated Homes for the Aged, and the St. Vincent de Paul Society also has a Day Care Programme. Following the Forum on the Elderly which was held in the Bahamas, Antigua and Barbuda will be holding a National Consultation later in the year.

COMMUNITY CLINICS

Over the years Antigua and Barbuda has constructed an extensive network of clinics. There are now nine (9) health centres and eighteen (18) satellite clinics. Several of these were damaged by the Hurricane in 1995, but have since been restored. These offer general medical, antenatal, postnatal, family planning, and child health services.

The island of Antigua is subdivided into six (6) Medical Districts, each served by a District Medical Officer, who visits the clinics in the area according to a schedule. There are also Public Health Nurses, Family Nurse Practitioners, District Nurse Midwives, Registered Nurses and Community Health Aides.

The Springview Hospital on the island of Barbuda is a small hospital, which serves as the clinic facility for the residents. The local Barbuda Council is responsible for health services on the island.

Plans are underway for the construction of five (5) replacement clinics in Antigua. These are designed according to a standard plan, and will also provide pharmacy services, which are not now available.

ENVIRONMENTAL HEALTH DIVISION

This division includes the general health inspectorate, vector control and solid waste management. It is also responsible for monitoring general sanitation, water quality and liquid waste.

Antigua and Barbuda recently set up a Solid Waste Management Authority, as part of an OECS Project, to assume responsibility for the collection and disposal of solid waste. This is funded by an increase in the airport departure tax and the head tax paid by cruise ship passengers.

The *Aedes aegypti* index fluctuates with the level of rainfall and ranges between 9 and 15 percent. There is a very active surveillance team, and there is need for periodic fogging. Apart from a few cases of dengue fever, there has been no mosquito borne local transmission of disease.

Rodent infestation is widespread because of the prevalence of overgrown areas and littering. There have been no reported cases of leptospirosis over the period.

Under the Litter Act persons found littering have been prosecuted and convicted.

There is no municipal sewerage system on the island. Disposal is mainly by private plants, septic tanks and pit latrines. It is proposed to phase out the system of "night soil" buckets, which still exists in two peri-urban areas for a few premises.

There is increasing public awareness of the need to protect the environment. Some community groups assist in public information and beautification programmes. There is an Occupational Health and Safety Officer who is responsible for promotion of healthy conditions at the workplace.

HEALTH INFORMATION DIVISION (H.I.D.)

With considerable technical assistance from PAHO the information system has been considerably expanded and is now a division. Under the OECS Community Health

Information System (CHIS) project computers and software programmes have been provided. A National Instructor has also been appointed.

Modules in nutrition, communicable diseases, maternal and child health, chronic non communicable diseases, human resources and environmental health have been implemented.

This unit was destroyed in 1995 and has now been set up in improved quarters. Their work is however hampered by shortages or malfunctioning of equipment. As a result the extent of training of staff of other departments has been considerably below projections.

The Police Traffic Department has resumed close collaboration with H.I.D., and provides regular reports on traffic accidents, including types of vehicles, likely causes, times, persons injured and fatalities. H.I.D. also works closely with the Statistics Division of the Ministry of Finance.

H.I.D. has been made the local coordinating centre for the MEDCARIB network, which provides a database for health literature in the region.

One Statistical Officer completed the Health Informatics course at Barbados Community College in 1997, while other staff of the Division as well as other health personnel have been trained in the use of the C.H.I.S. between 1995 and 1997.

The Statistician received training in project Preparation, Appraisal, Implementation and Management.

A PAHO sponsored workshop on Health Information System, Human Resource Training and Development was held in April, 1998.

The H.I.D. published its first Annual Statistical Digest in 1996 and another in 1997. A report on Community Health Services for 1994 and 1995 has also been published.

An Adolescent Health Survey was conducted in 1996-1997 in collaboration with Health Education Division, and H.I.D. is completing the analysis. H.I.D. also participated in the Adolescent Health Situation Analysis Workshop in November 1997.

It is projected that H.I.D. will be further expanded to provide more support for other departments of the Ministry of Health.

HEALTH PROMOTION

Antigua and Barbuda has adopted the Caribbean Charter for Health Promotion. The Health Education Division in collaboration with Community Health Services, and with funding from UNFPA, conducted a very successful Adolescent Health Project since 1992. Although external funding has now expired, the programme, which targets out of school youths, is continuing.

Family Life Education sessions are being conducted in eleven (11) schools on a weekly basis, reaching about nine hundred (900) students between the ages of 8 and 18 years. Plans are for expansion of the programme in the coming academic year.

Special seminars are conducted twice yearly for adolescent parents and parent of adolescents.

The peer counselling programme trains youngsters to provide factual information on health and family life to individuals and groups.

The Division conducts educational activities at diabetic, hypertensive, ante and postnatal, and child health clinics. Assistance is also provided to school dropouts, adult women, prison officers and other groups, such as youth and church organizations.

An annual health fair provides health information, health screening, food demonstrations and talks on topical health subjects.

Three members of Staff successfully completed local courses in Basic Nutrition and in Family Planning and Reproductive Health in Korea respectively.

The Division also assists in planning observances such as World Health Day, World TB Day and World AIDS Day.

SUBSTANCE ABUSE DIVISION

Each year this Division joins in Caribbean Drug Awareness Day, World No Tobacco Day, International Day Against Drug Abuse and Drug Trafficking and other Special regional and international activities.

Various staff members have attended seminars and training courses in Social Marketing, Drug Prevention and Treatment, and other aspects of Substance Abuse Control.

The Division, which is headed by the Substance Abuse Control Officer operates a Drug Information Centre. There are programmes for the education of the general public, and counselling and support for families of alcoholics and other addicts.

A National Drug Council (NDC) is responsible for the development of policies and plans for substance abuse control.

Each year a National Drug Awareness Week is held in October with a particular theme. This usually features addresses by the Minister of Health; the Chairman of N.D.C., as well as Radio and TV shows, discussions in schools and with groups and dissemination of information through pamphlets, posters etc.

In collaboration with the Police Department there has been a very successful schools campaign known as the EDGE - the Drug-Free Advantage.

PHARMACEUTICAL SERVICES

In the last four years there have been several important developments in the Pharmaceutical Services. With the passage of the Pharmacy Act of 1995 a Pharmacy Council has assumed responsibility for the regulation of pharmacy - formerly within the portfolio of the Medical Registration Board. Emphasis is also being placed on the regulation of the sale of pharmaceuticals.

The Service has been reorganized with the appointment of a Director of Pharmaceutical Services. With assistance from the ECDS the procurement system has been upgraded and computerized, and the staff given appropriate training. This has resulted in considerable cost savings. A formulary has been published. This is to be expanded to include the Medical Benefits Scheme.

It is expected that the National Formulary Committee will be better able to streamline the usage of pharmaceuticals.

Three pharmacists have successfully completed the Advanced Diploma course at the University of Technology in Jamaica.

The local training programme is being upgraded and will be transferred to the Antigua State College, with reciprocity with other regional training institutions.

Written policies and procedures for the Hospital and Community services are being prepared.

ORAL HEALTH

Following the devastation of 1995 the Dental Clinic at St. John's Health Centre was closed for several months. It is back in operation, with three (3) dentists, one auxiliary, one hygienist and support staff.

The Schools Fluoride Rinse Programme has not been fully operational, partly because of difficulties with supplies. Some assistance was provided by the New York Chapter of Partners of the Americas, particularly on the island of Barbuda, where a marked improvement in oral health has been demonstrated.

A dental unit will be included in one of the new community clinics currently under construction.

HEALTH POLICY/PLAN

A Health Planner has been appointed within the Ministry. He will eventually be the head of a Planning Unit, which includes the Research and Projects Officer.

A Health Policy was approved by Cabinet in February, 1997, and the document has been widely distributed. This policy reaffirms Government's commitment to universal accessibility to health care as a right and indicates new approaches to health financing. It also underscores the importance of illness and health promotion.

A working group, comprising representatives from various sectors has developed a strategic plan with specific goals, targets and indicators.

HEALTH FINANCING

The Ministry of Health has, over the past few years, been allocated 12 to 14 percent the national budget, and, with so many competing priorities, this is not likely to be increased. The Ministry must therefore seek alternative means of financing health care, and also maximize the benefits from expenditure.

The contribution to the Medical Benefits Scheme has been increased by two percent, to seven (7) percent of salary, shared equally between employer and employee. Beneficiaries include persons under the age of 16 years and 60 years and over. Coverage is provided for medications for the scheduled diseases - asthma, diabetes, glaucoma, cardiovascular disease, hypertension, heart disease, sickle cell anaemia and lunacy. In-patient care in general ward and out patient laboratory x-ray and other investigations are also covered.

The additional two (2) percent has been earmarked for support for the health services. Assistance is provided for overseas medical treatment which is not available locally by the MBS as well as by the Ministry of Health. It is estimated that this amounts to in excess of three million Eastern Caribbean Dollars annually.

The Ministry is undertaking a study of the MBS, with a view to expanding it to provide a broader base of health insurance.

PAHO TECHNICAL COOPERATION

Through the office of **PAHO Caribbean Programme Coordinator (CPC)** in Barbados, the Programme of Technical Cooperation with the Antigua and Barbuda has taken many forms. These include:

- The Annual discussions on the Programme Budget
- Evaluation of the Technical Cooperation in 1996
- Review of Health Education Services
- Evaluation of Mental Health Programme
- Human Resource Development Programme
- Community Health Information System (CHIS)
- Development of National Food and Nutrition Policy
- Programme for Shared Radiology Services
- Evaluation of Post basic Midwifery Programme
- Hospital Legislation
- Environmental Health Legislation
- Registration of Medical Practitioners
- Hospital Maintenance Software
- Occupational Surveillance System

PAHO was in the forefront of assistance with our national rehabilitation following the devastation by hurricane in 1995 through its various Agencies.

PAHO has also facilitated numerous local seminars/workshops in:

- Health Informatics
- HIV/AIDS
- Reduction of Perinatal Mortality

CONCLUSION

Antigua and Barbuda remains committed to cooperation with PAHO and its member states.

We are indeed grateful for the many avenues through which the technical assistance has been received.

We wish to convey our expression of highest regard to the Director, Sir George Alleyne and his staff at PAHO Headquarters; Special mention must also be made of the Caribbean Programme Coordinator, Dr. Karen Sealey, Dr. Carol Boyd-Scobie, Programme Officer for the Eastern Caribbean and other members of staff of the Barbados Office for all the support and assistance over these four years.

MÉXICO

México, habiendo sido escucha del Informe presentado por el Dr. George A. O. Alleyne a los estados miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana, desea externar sus comentarios al documento.

La cooperación siempre ha fungido como uno de los pilares fundamentales en la agenda internacional de nuestro país. Prueba de ello, son las acciones que México ha desempeñado en materia de salud, dentro del marco de la Región de las Américas. Con el paso del tiempo, nuestra Región poco a poco ha ido desarrollando una conciencia relativa a dicho accionar. La enseñanza que nos ha dejado una historia compartida de logros y fracasos, es más que valiosa. Solo el trabajo en conjunto podrá erguirnos como naciones, que busquemos en nuestros pueblos, una salud perene, basada en el esfuerzo panamericano que encuentra sus cimientos más palpables en la equidad y la igualdad.

México ha cosechado logros e importantes avances en dicho marco de cooperación. Prueba de ello, son los programas que se han trabajado no solo con países que comparten una frontera con nosotros, sino con aquellos con los que podemos intercambiar experiencias para combatir a un enemigo que no respeta fronteras, edades, ni sexos.

La cooperación México-Estados Unidos reviste una importancia fundamental para el avance en materia de salud de nuestro país. Con nuestros vecinos del norte, compartimos una de las fronteras que, en extensión, es una de las más largas y complejas del mundo en todos los sentidos, y más en el marco que hoy ofrece el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. A la luz de este nuevo contexto, han aumentado significativamente las actividades socioeconómicas y el tráfico entre ambos países. Sin embargo, para hacer frente de una forma integral a todos los problemas que podrían suscitarse en un territorio tan grande, hemos convenido con los Estados Unidos una serie de programas relativos a los conflictos comunes que se dan en ambos lados de la frontera. Fue así como nació el proyecto de ciudades hermanas. Dicho proyecto se ocupa de enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud de la mujer, la promoción de la salud, control del abuso de sustancias, salud ambiental y la elaboración de perfiles de salud y mortalidad.

Pero más allá de las áreas limítrofes de nuestro país, la cooperación también ha encontrado un lugar preferencial. Los trabajos conjuntos con la república de Bolivia en materia del adiestramiento de parteras tradicionales, y los avances que se han obtenido en la búsqueda de un mejor y más eficaz programa de Salud Reproductiva en nuestro país, nos hablan de la importancia de los esfuerzos realizados interna y externamente para hacer llegar salud a nuestras poblaciones. Solo los esfuerzos integrales, es decir, aquellos

que en su seno entiendan que la cooperación internacional debe darse a la par que el trabajo interno de cada uno de los países miembros, podrán dar a luz nuevos horizontes y alternativas para los avances que se gestarán a futuro. En este sentido, México reitera su compromiso de continuar trabajando interna y externamente, cumpliendo con las dos máximas de Organización Panamericana de la Salud. La salud depende de nuestra gente, de nuestra sociedad y de su desarrollo humano. En la medida en que participe organizadamente a la luz de nuestros frutos, podremos cimentar un futuro cada vez más firme, más seguro, y más saludable.

En este sentido, la globalización nos impone nuevos desafíos. Aquel de una buena gestión económica y financiera, es un buen ejemplo de lo que se persigue. Con motivo de ello, tiene su sede en México la Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS), auspiciada por el Banco Mundial, así como por el Centro Interamericano de Seguridad Social.

En el rubro de las vacunas, México participa en las redes regionales de laboratorios, mismas que han demostrado avances palpables en la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, como le es el caso de la resistencia antimicrobiana de serotipos de *Streptococcus Pneumoniae*. Así, se incluye poco a poco a nuevos agentes patógenos en la esfera de trabajo de la Red.

A su vez, nuestro país participa abiertamente en la lucha contra la oncocercosis apoyando la coalición regional de países, organismos y donantes. Como resultado de esta lucha, las autoridades se encuentran elaborando normas internacionalmente aceptadas para certificar la eliminación de dicha enfermedad.

Otros esfuerzos que en nuestro país se han cristalizado de forma concreta en diversas áreas son los siguientes:

- Organización de análisis sectoriales
- Becas
- Los sistemas de Información de los Servicios de Salud
- Las metas casi alcanzadas por México en el rubro de Salud Oral
- Las campañas de Comunicación lanzadas para reducir la mortalidad materna
- La creación de las Guías de Alimentación para beneficio de la población
- Los esfuerzos en contra del tabaco, las drogas y el alcohol

Con ello, México subraya los beneficios de la cooperación promovida a través de la Organización, misma que ahora disfruta nuestro pueblo.

VENEZUELA

Introducción

Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 Km², está integrada por 23 Estados, un Distrito Federal, y las dependencias federales, las cuales están formadas por un grupo de islas en el mar Caribe al norte del territorio venezolano. Los Estados, el Distrito Federal están divididos en 334 Municipios.

El período de 1993 al primer semestre de 1998 se ha caracterizado por un proceso de reforma del Estado, con la continuación de la descentralización del mismo y en particular del Sector Salud.

Este período está marcado por un proceso de ajuste económico, reestructuración de la deuda externa y programas de compensación para disminuir el impacto del ajuste sobre los grupos poblacionales más vulnerables.

En 1996, se producen transformaciones contenidas en la “Agenda Venezuela”, que significa un plan de acción que plantea:

1. Reestructuración productiva
2. Programa de estabilización
3. Reformas Institucionales
4. Desarrollo Social

El proceso de descentralización está permitiendo una mejor focalización de grupos de riesgo por situación de pobreza que orienta y facilita las intervenciones del plan social de la Agenda Venezuela, unido a los esfuerzos presupuestarios de los gobiernos estatales y municipales.

En la actualidad el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), adelanta un proceso de reestructuración asumiendo su papel rector de la política de salud y continuando con el proceso de descentralización. Para los próximos cinco años está prevista la reforma orgánica, normativa, funcional y financiera del M.S.A.S.

Según la reforma orgánica, el nivel central constituye el espacio normativo, de supervisión y de inteligencia del sistema de salud, el nivel estatal se encarga de la coordinación de los servicios prestados por el sector público, incluyendo los provenientes de la seguridad social, y el nivel municipal de la operación de los servicios.

Normativamente, se está actualizando la Legislación Sanitaria en Salud, seguridad social y hospitales. Para esta fecha el Congreso de la República aprobó la Ley Orgánica de la Seguridad Social Integral, la Ley Orgánica de Salud y por Ley Habilitante el Presidente le pondrá el ejecútese a la Ley Especial del Subsistema de Salud de la Seguridad Social. Funcionalmente, se estudia la instrumentación de una nueva estructura de cargos. Financieramente, se plantea modificar la estructura presupuestaria con la intención de reducir la proporción de gastos de personal y de administración a favor de la adquisición de bienes y la prestación de servicios. Asimismo, se evalúan modalidades de cogestión y autogestión de los servicios.

Indicadores demográficos

La población de Venezuela estimada para 1997 es de 22.777.154 habitantes, con una densidad demográfica de 25 habitantes/Km². La población indígena venezolana representa el 1,5% de la población total y reside predominantemente en la región fronteriza del país. La tasa de crecimiento poblacional (1995-2000) es de 2,0%. La tasa de natalidad es de 21,76 por 1.000 habitantes, con una media para el quinquenio 1995-2000 de 572.000 nacimientos; la tasa global de fecundidad es de 3 hijos por mujer. La esperanza de vida al nacer presenta un ascenso progresivo, para 1997 es de 72,8 años, 70 para los hombres y 75,7 para las mujeres.

Según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), el porcentaje de población urbana es de 86, para el año 1996.

Indicadores socioeconómicos

En 1996, la tasa de alfabetismo se registró en 92,8%, para los hombres 93,6% y para mujeres 92,2% (OCEI-Ministerio de la Familia). Para el primer semestre de 1996, según el método de línea de pobreza, el porcentaje total de población pobre es de 23,5% y de pobres extremos de 20,6%. El desempleo registrado para el primer semestre de 1998 es de 11,3% (OCEI) y el porcentaje acumulado de inflación hasta agosto de 1998 es de 20,6%.

La población del país con servicios de abastecimiento de agua potable es del 79%, el porcentaje de la población con servicios de alcantarillado y disposición de excretas es del 72 (1995).

Indicadores de mortalidad

La tasa de mortalidad general se mantiene estable, 4,27 por 1.000 habitantes (cifra provisional 1997). La tasa de mortalidad infantil se ubicó para el año 1996 en 23,6 por 1.000 nacimientos vivos registrados (NVR), con una tendencia estable. La tasa de

mortalidad materna es de 61,6 por 100.000 NVR (1996), con un promedio para el trienio 94-96 de 65,5 por 100.000 NVR:

El análisis de las diez primeras causas de muerte (1995) ubica a las enfermedades no transmisibles como primeras causas; enfermedades del corazón, cáncer, accidentes, enfermedades cerebrovasculares y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, representan el 57,6% de la mortalidad diagnosticada.

Las neumonías y las enteritis y otras enfermedades diarreicas, ocupan el octavo y noveno lugar y representan el 6,6% de la mortalidad diagnosticada.

Las principales causas de mortalidad infantil diagnosticadas son las debidas a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (45,9%), seguida de enteritis y otras enfermedades diarreicas (16,1%) y anomalías congénitas (11,3).

Enfermedades transmisibles

Malaria: en 1997 se registraron 27.876 casos. Hasta mediados de agosto de 1998, se han notificado 15.516 casos, lo cual representa una reducción del 16,3% comparado con igual período de 1997. Los Estados que presentan la mayor morbilidad son: Bolívar (48,7%), Sucre (20,3%), Apure (6,9%) y Amazonas (6,3%). La fórmula parasitaria es de: 76,8% a *Plasmodium vivax*, 22,4% *Plasmodium falciparum*, 0,7% a infecciones mixtas y 0,1% *Plasmodium malariae*.

Dengue: en 1997 se notificaron 33.717 casos. Hasta agosto de 1998 se han registrado 25.958 casos, 3.948 hemorrágicos (15,2%), con 23 fallecidos. El número de casos de dengue continua ubicado en la zona de epidemia, con una casuística 3,4 veces mayor al promedio de casos esperados. Los Estados más afectados son: Mérida (522,5 por 100.000 hab.), el Distrito Federal (277,7 por 100.000 hab.), Trujillo (164,6 por 100.000 hab.) y Monagas (164,2 por 100.000 hab.).

Rabia Humana: durante 1997 se notificaron 4 casos, en 1998 no se han notificado casos.

Encefalitis Equina Venezolana: se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica, no se han confirmado casos en animales ni en humanos.

Cólera: en 1997 se notificaron 2.289 casos con 50 fallecidos. Durante 1998 sólo se han reportado 13 casos, se mantiene la vigilancia epidemiológica.

Sarampión: en 1997 se confirmaron por laboratorio 27 casos de 875 sospechosos. Durante 1998 se han notificado 459 sospechosos y 3 casos confirmados por clínica. No se han reportado fallecidos durante éstos años.

Tuberculosis: durante 1997 se reportaron 5.674 casos nuevos, lo que representa una tasa de 24,9 por 100.000 habitantes, con un incremento del 3,8% en relación a 1996. En el último quinquenio la tasa de tuberculosis pulmonar se mantiene en 21,5 por 100.000 habitantes (excepto 1994), la tasa máxima corresponde al Estado Delta Amacuro (68,8 por 100.000 habitantes).

SIDA: en 1996 se notificaron 669 casos y 265 fallecidos, en 1997 ocurre una reducción en el reporte de casos que fue de 194 y 63 fallecidos. Esta reducción puede atribuirse a sub-registro. La tasa de incidencia anual de SIDA para 1997 fue de 0,8 por 100.000 habitantes, siendo la razón hombre/mujer de 6,8 casos masculino por caso femenino.

Indicadores de recursos, acceso y cobertura

El país cuenta con 583 hospitales, 184 perteneciente al MSAS, 31 al Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), 9 del Ministerio de la Defensa, 15 municipales y 344 privados. La cifra de ambulatorios es de 4.027, de éstos, 3.365 son rurales y 662 son urbanos.

Con relación a los recursos humanos, se registraron 19,4 médicos por 10.000 habitantes, 7,7 enfermeros profesionales por 10.000 habitantes y 4,0 odontólogos por 10.000 habitantes. Además, se registraron 2,3 camas por 1.000 habitantes.

El gasto nacional en salud fue de 206 US\$ per cápita; asimismo, el gasto en salud (público y privado) con proporción del PIB fue de 7,8%

La atención a la salud prenatal y al parto por personal médico capacitado fue del 74% y 95%, respectivamente.

La cobertura de inmunización en menores de 1 año según la Dirección de Vigilancia Epidemiológica-MSAS (1997) fue para la DPT de 59,5%; OPV de 76,1%, BCG de 89,1% y anti-sarampionosa de 68,0%.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.