



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



41.º CONSEJO DIRECTIVO

51.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

San Juan, Puerto Rico, 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999

CUARTA REUNIÓN FOURTH MEETING

Martes, 28 de septiembre de 1999, a las 2:30 p.m.
Tuesday, 28 September 1999, at 2:30 p.m.

Presidente:

President:

Dr. Hamza Rafeeq

Trinidad and Tobago

Contenido

Contents

Punto 4.2: Control del consumo de tabaco en las Américas (continuación)

Item 4.2: Tobacco Control in the Americas(continued)

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

- Punto 4.6:* Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
Item 3.3: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
- Punto 4.3:* Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Caso de Desastre: Respuesta de la OPS a los Huracanes Georges y Mitch
Item 4.3: Disaster Preparedness and Emergency Relief: PAHO's Response to Hurricanes Georges and Mitch

PUNTO 4.2: CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO EN LAS AMÉRICAS
(*continuación*)

ITEM 4.2: TOBACCO CONTROL IN THE AMERICAS (*continued*)

A Delegada do BRASIL diz que Delegação Brasileira está plenamente de acordo com o documento apresentado pela OPAS e apóia a instituição da Convenção Internacional de Controle do Tabagismo, cuja primeira reunião será realizada em outubro próximo em Genebra, entendendo-a como um passo fundamental para o delineamento de medidas básicas supranacionais de proteção contra los crescentes danos causados pelo uso do tabaco. O Brasil se vem se preparando para esta convenção através da criação de uma comissão nacional que dá subsídios ao Sr. Presidente da República nas negociações internacionais envolvidas neste processo. Essa comissão, presidida pelo Ministro da Saúde e integrada por oito ministérios, constituiu-se no primeiro foro interministerial oficial que permite a discussão intersetorial de aspectos fundamentais ao controle do tabagismo no Brasil, a análise da produção, comercialização e consumo de tabaco, bem como a avaliação de aspectos econômicos e de seu impacto sobre a saúde e o meio ambiente.

Paralelamente a este processo, inúmeros avanços têm sido obtidos no Brasil no controle do tabagismo. Não se pode mais fumar nos aviões, ônibus, e em transportes coletivos em geral. A recém-criada agência de vigilância sanitária tem a prerrogativa de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos de tabaco comercializados no Brasil, sendo obrigatório o cadastramento de todas as marcas com a informação dos produtos nelas contidos. As frases de advertência nas embalagens dos produtos de tabaco e na sua

propaganda tornaram-se mais incisivas. Ao mesmo tempo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, dedicado a ações voltadas para estilos de vida saudáveis vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, de forma descentralizada, através do Instituto Nacional do Câncer (INS). Um convênio foi firmado com todos os estados brasileiros para consolidar núcleos gerenciais e alcançar como ações estruturadas e continuadas as escolas, unidades de saúde, ambientes de trabalho, e a comunidade como um todo no país. O INS, como centro colaborador da OPAS/OMS para o Programa Tabaco e Saúde, começou este ano a oferecer estágios a países interessados, disponibilizando e trocando experiências nesta área. Os desafios do controle do tabagismo têm que ser enfrentados pelos países de forma integrada, como coragem e firmeza. Acredita-se que, assim, estará contribuindo para a construção de uma sociedade mais saudável e justa, livre do tabaco no século XXI.

The representative of the INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) said that the ICN, a federation of national nurses associations in 122 countries, applauded the WHO Regional Committee for the Americas on its activities in tobacco control. They provided an example of health policy designed to promote healthy lifestyles. ICN was delighted to be part of the global effort to combat tobacco use, in partnership with its member associations, WHO, health professional organizations, and other groups.

Owing to their presence in health facilities, factories, schools, homes, and other places where people live and work, nurses had unique opportunities to be a formidable

force in combating the tobacco epidemic and other threats to public health. It was regrettable that the enormous health promotion potential of the nursing work force remained underutilized by governments and policy makers. ICN called on PAHO, the ministers of health, and others to consider qualified nurses for key policy- and -decision-making positions and to ensure that nurses were part of multidisciplinary health teams. To this end, ICN offered to help identify competent nurse leaders in the Americas.

El Dr. MADRIGAL (OPS) dice que los comentarios formulados confirman que la labor en curso está promoviendo sinergias interesantes, y expresa la esperanza de que la acción regional complemente las iniciativas reseñadas. Éstas superan todas las expectativas. Con todo, como no se ha podido ahondar en el tema en esta ocasión, y cabe esperar que cada país envíe varios delegados a la reunión de capacitación, que se celebrará en diciembre. Ésta reunión servirá de marco para un intercambio entre varios sectores, a fin de profundizar en la cuestión de cómo el esfuerzo regional y las directrices de la OMS pueden traducirse en un programa regional que tenga eco en los países.

The DIRECTOR thanked the countries that had provided extrabudgetary funds for the Regional Program on Prevention and Control of Tobacco Use, in particular Canada. He also appreciated the United States offer to support smaller countries' participation in the first working meeting for the global convention on tobacco control.

An important component of the program's multi-pronged strategy was to involve parliaments and other legislative bodies in the Region, perhaps by drafting model

legislation. Another vital component was support for additional research on the effectiveness of interventions. The incompatibility of tobacco use with sports was a promising theme for an operational intensively promoted strategy and deserved to be throughout the Region.

PAHO was spearheading an effort to make World No Tobacco Day 1999 a significant event in the fight against tobacco in the Americas. To do so, it had formed a commission and enlisted the cooperation of Dr. David Kessler, a great anti-tobacco advocate.

The PRESIDENT informed the Council that there was no need to adopt a resolution on the subject.

PUNTO 4.6: ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)
ITEM 4.6: INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS (IMCI)

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el Comité Ejecutivo expresó su apoyo decidido al enfoque holístico de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y recalcó la importancia de la participación comunitaria y la actuación intersectorial, así como la de incorporar la estrategia de AIEPI en la reforma del sector de la salud, a fin de proporcionar atención preventiva y curativa de calidad a los niños. Destacó también los nexos entre dicha estrategia y otros aspectos del trabajo de la Organización, y consideró especialmente

importantes la salud materna y la atención prenatal, pues la práctica de cuidar del embarazo mejora las perspectivas de supervivencia infantil.

Varios delegados señalaron la necesidad de definir un temario de investigación, elaborar indicadores de la eficacia de la estrategia y vigilar sus resultados. Por otra parte, se consideró que era necesario investigar con carácter prioritario la salud de los niños indigentes de la Región y posibles formas de adaptar la estrategia a sus necesidades particulares. El Comité señaló varias funciones para la OPS, como forjar alianzas con otros organismos, incluidas organizaciones no gubernamentales y de la comunidad, para aplicar la estrategia, al tiempo que alentó a la Organización a que siguiera tratando de reforzarla mediante la incorporación de componentes como la prevención de accidentes, a fin de atender mejor a las necesidades de los países con tasas de mortalidad infantil bajas.

En la resolución pertinente aprobada por el Comité se recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución en que inste a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, adopten la estrategia de AIEPI como intervención básica para agilizar la reducción de la mortalidad infantil; tracen planes para asegurar el acceso progresivo de toda la población a la AEIPI, y proporcionen apoyo económico para aplicarla.

El Dr. BENGUIGUI (OPS), acompañando su intervención con diapositivos, dice que más de medio millón de niños menores de cinco años muere cada año en la Región y que más de 200.000 de esas muertes se deben a causas evitables. En algunos países, las enfermedades transmisibles y la desnutrición causan entre seis y siete de cada 10 muertes

de niños menores de cinco años. Estas causas provocan también tres cuartas partes de todas las enfermedades de la infancia y entre el 40 y el 70% de las hospitalizaciones pediátricas.

El análisis de la situación de la atención sanitaria de la infancia en la Región indica que alrededor del 30% de la población de los países americanos no tiene acceso efectivo a los servicios de salud, fenómeno que afecta sobre todo a los grupos más vulnerables, incluidas las poblaciones indígenas, en tanto que entre aquellos que tienen acceso a dichos servicios se observa una saturación de los servicios de salud, lo que redundará en diagnósticos inadecuados y el uso excesivo de medicamentos, y ello en un contexto de casi total ausencia de actividades sanitarias preventivas.

Al mismo tiempo, sin embargo, la Región ha sido testigo de un descenso muy importante de la mortalidad causada por las enfermedades comunes comprendidas en la AIEPI, incluidas las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas de niños menores de un año. Por ejemplo, en el decenio de 1970 las enfermedades diarreicas representaron el 22% del total de la mortalidad, en tanto que para 1995 esta proporción había disminuido a cerca del 10%.

Estos y otros logros se deben al carácter integrado de la AIEPI, que se aplica tanto a nivel de los servicios como de la comunidad y abarca acciones preventivas, de reducción de oportunidades desaprovechadas, detección precoz de casos y educación. Hasta ahora 15 países de la Región han adoptado la estrategia de AIEPI; 13 países ya la

están aplicando a nivel local, y en toda la Región de las Américas hay unos 5.000 funcionarios de salud capacitados para ponerla en práctica.

Habida cuenta de esto, el Director de la OPS se ha fijado una meta de gestión consistente en evitar cada año 25.000 muertes adicionales de niños menores de cinco años gracias a la AIEPI, a fin de que para el año 2002 el número de muertes de esos niños se eleve a un total de 100.000 de forma que para ese año no más de dos países de la Región tengan índices de mortalidad infantil de 40 o más por 1.000 nacidos vivos.

El requisito más importante para llevar la AIEPI a la práctica es incorporarla al proceso de reforma y modernización del sector de salud que se está impulsando en casi toda la Región, en particular con el apoyo del Banco Mundial. En segundo lugar, es preciso garantizar la sostenibilidad del proceso, lo que exige una fuerte movilización de recursos que complemente el esfuerzo ya iniciado por varios organismos de cooperación multilaterales y bilaterales, incluida la OPS. En tercer lugar, es preciso introducir la AIEPI en la formación del personal sanitario, lo que reduciría la carga de los ministerios y demás instituciones de salud. Por último, en vista de que cerca del 30% de la población de la Región no tiene acceso a los establecimientos de salud, reviste también importancia la participación de las organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

En este contexto, la contribución del Consejo Directivo ha de consistir en formular observaciones sobre el documento CD41/11 y contribuir a revisarlo, teniendo en cuenta los desafíos existentes, y en aprobar el proyecto de resolución contenido en él a fin de

respaldar la estrategia de AIEPI y hacer posible alcanzar la meta propuesta por el Director.

El Delegado de BOLIVIA dice que sólo han transcurrido tres años de la aprobación de la declaración de Santa Cruz y que ya son 15 los países que están aplicando o empiezan a aplicar la estrategia de AIEPI. Cabe, pues, felicitar a la OPS y al UNICEF por el esfuerzo que han realizado para conseguir que dicha estrategia figure entre los programas prioritarios para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil en la Región.

Bolivia ha adoptado la estrategia con objeto de ofrecer el conjunto de prestaciones básicas a todos los niños menores de cinco años en el marco de la reforma del sector de la salud, en consonancia con una de las recomendaciones de la OPS. Gracias a los tres componentes centrales de la estrategia, esto es, mejorar la capacidad del personal sanitario, mejorar los sistemas de salud y lograr que la comunidad participe activamente, se están consiguiendo resultados positivos. Por ende Bolivia apoya firmemente el proyecto de resolución que el Consejo Directivo tiene ante y confía en que, en un futuro no muy lejano, se puedan cumplir las metas señaladas por la estrategia hasta el año 2000.

O Delegado do BRASIL diz que a Delegação Brasileira está plenamente de acordo com o documento sobre a atenção integrada às doenças prevalentes na infância, cuja estratégia foi implantada no Brasil em 1996 visando incrementar as ações para a redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade. A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 1998 foi de 36 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Ressalta-se que as afecções perinatais já respondem hoje por mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, o que constitui um grande desafio para o Ministério da Saúde. Se, por um lado, observa-se uma maior proporção de óbitos por afecções originadas no período perinatal, causas de intervenção, mais difícil. Por outro lado, convive-se ainda com uma morbidade elevada por doenças e agravos do subdesenvolvimento, como as pneumonias, as diarreias, a desnutrição, além da malária na região norte do país. Cerca de 60% das hospitalizações de crianças com menos de 5 anos de idade decorrem de problemas respiratórios e diarreias. Tais internações são certamente passíveis de serem reduzidas por meio de medidas de prevenção e de assistência básica, o que contribuiria para diminuir substancialmente os elevados gastos com a hospitalização de leitos para o atendimento de doentes com patologias mais graves. Há necessidade de se dispor de tecnologias mais especializadas no sistema único de saúde, capazes de influir na redução da mortalidade por afecção perinatais e na definição de estratégias que ampliem o acesso aos cuidados básicos de saúde, como é o caso da AIEPI. Considerando as características dessa estratégia, sua implementação está sendo priorizada em alguns municípios que apresentam mortalidade infantil acima de 40 por 1.000 nascidos vivos. Sua aplicação teve início no Brasil nos 915 municípios do Projeto de Redução de Mortalidade na Infância, do Ministério da Saúde, e em outros onde a estratégia de saúde da família já está implantada. A adaptação do material produzido pela OMS e pela OPAS foi feita à luz das normas e diretrizes nacionais e, este ano, está sendo adaptado o material destinado à capacitação dos mais de 1.500 profissionais de nível superior capacitados na

estratégia AIEPI em 19 dos 27 estados da Federação do Brasil. Em 1998 teve início o treinamento de profissionais na área de saúde da família e também realizou-se um seminário de acompanhamento da estratégia AIEPI com o objetivo de definir as ações de monitoramento e avaliação de sua implementação no país. O Ministério da Saúde em conjunto com a OPAS do Brasil e o Instituto da Criança da Universidade de São Paulo promoveu em outubro de 1998, um seminário nacional destinado às escolas de medicina, do qual participaram as principais universidades brasileiras, visando a introdução da AIEPI na formação dos médicos. Após o evento, realizou-se um curso com a participação de professores dessas universidades que estiveram presentes no referido seminário e, há poucos dias atrás, foi realizada uma reunião de acompanhamento e avaliação dessa ação. Para este ano, a primeira proposta de trabalho é a capacitação de todas as 1.685 equipes de saúde da família na região nordeste—a mais pobre do Brasil. A segunda é a atualização dos consultores nacionais na estratégia AIEPI a terceira é a consolidação do trabalho junto às universidades e à Sociedade Brasileira de Pediatria. E, por último, o apoio às atividades de acompanhamento e avaliação da implementação da referida estratégia nas ações dos agentes comunitários de saúde. Portanto, tendo em conta a necessidade de maior envolvimento do Ministério da Saúde com as instituições educadoras, a Delegação enfatizar a importância da inclusão da estratégia AIEPI nas escolas formadoras de profissionais de saúde, não só de medicina, mas também de enfermagem, nutrição e em cursos de saúde pública. Tal medida facilitaria o processo de discussão com essas instituições a incorporação dessa estratégia em seus currículos.

The Delegate of CANADA congratulated the Organization on its efforts to address childhood illnesses and reduce the causes of child morbidity and mortality. He hoped that the Organization and the countries would benefit from the efforts of the 9th Meeting of Spouses of Heads of State and Government of the Americas, which was scheduled to discuss child health at its current meeting in Ottawa.

His Delegation was pleased to note that Document CD41/11 made reference to the fact that infant mortality rates (IMR) were national averages and did not reflect the real rates in special population groups, such as aboriginal people. In Canada the IMR among aboriginal populations was high, and aboriginal children were also at risk for mental health problems because of their social and economic environment. Thirteen per cent of the aboriginal population was under four years old, compared with 7% of Canada's total population. The Federal Government had established several programs for aboriginal and other children at risk, including a head start program for preschoolers; the community-based Brighter Futures Initiative, designed to enhance mental and physical development, and the Community Action Program for Children, which provided long-term funding for community-based services for at-risk children from birth to six years of age. Such programs made good economic sense, as one Canadian study had shown that \$1 spent on early intervention could save \$7 in future health and social expenditures.

The federal, provincial, and territorial governments of Canada were working together to improve the well-being of Canada's children and by many measures their

health status was improving. However, severe asthma was on the rise, and some problems, such as injuries, still caused too many preventable deaths.

Collaboration with other organizations was essential for maximizing the benefits of scarce resources and avoiding duplication of effort. Canada wished to hear more about how the Organization was collaborating with UNICEF on IMCI. Adaptation of the strategy to problems such as child injury and violence against children would be important. His country supported the emphasis on surveillance and epidemiologic studies. The support of academic centers and health professionals involved in national surveillance for the IMCI strategy could be strengthened. Canada had recently published a child health surveillance report entitled "Measuring Up." Which he hoped that other Member States would find useful.

Canada fully supported the goal of preventing 100,000 deaths in children under 5 by the Year 2002. It saw the training of health workers as key to helping countries achieve that goal.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA recalled that the first global review and coordination meeting on the integrated management of childhood illness (1997) had emphasized the importance of a well-defined research agenda and the need for the IMCI strategy to be based on evidence of efficacy. Research remained critical for developing and applying the strategy, as well as for defining reliable indicators of progress and realistic targets.

The IMCI strategy had benefited from such complementary efforts as those designed to attain the goals of the World Summit for Children and the regional initiative to eliminate measles. Perhaps IMCI could now serve as a catalyst for the massive renewal of commitment that would be needed to reduce childhood mortality and morbidity. The IMCI strategy was a good example of working in partnership to maximize resources, and PAHO's leadership had been essential for bringing the necessary partners together. The Organization could rely on the strongest possible support from the United States in its continuing efforts to help the Member States improve the lives of children.

La Delegada de la REPÚBLICA DOMINICANA dice que, en 1966, la Secretaría de Estado de Salud Pública de su país se planteó como meta la disminución de la gran deuda social acumulada. En su plan de trabajo, el primer objetivo fue reducir la mortalidad infantil y materna. Por ello, existía ya una estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia cuando la OPS, la OMSS y el UNICEF comenzaron a introducirla, lo que ha hecho que no sólo se haya podido disminuir la mortalidad y morbilidad infantil sino que se haya creado también, mediante la capacitación, una nueva cultura de salud de las personas que no intervienen directamente en los servicios. Es decir, se está viviendo la salud como un elemento de desarrollo y un compromiso de la sociedad y del individuo, y ésa es la razón de que en la República Dominicana se celebre el 9 de septiembre como día de la AIEPI.

La introducción de la estrategia de AIEPI en los servicios de salud ha exigido diversos pasos, que se han venido dando y se han reflejado tanto en la mortalidad como en la morbilidad infantil. Según las últimas encuestas del UNICEF, de 46,7 por 1000 nacidos vivos que había en 1995, se ha pasado a unos 29 por 1000 nacidos vivos. La República Dominicana estima que hay que seguir fortaleciendo la estrategia AIEPI, y tiene que agradecer no sólo la ayuda de la OPS, la OMS y el UNICEF, sino también la cooperación española y de la Comunidad Europea, así como de diversos proyectos y organizaciones. Recientemente, los boy scouts dominicanos han participado en un programa llamado Juventud por la Vida, en donde se los entrena y capacita para que se ocupen de niños críticos nacidos en hospitales, y busquen para ellos en las comunidades a personas que puedan apadrinarlos y vigilar su alimentación, crecimiento y desarrollo.

La República Dominicana está muy agradecida a esta estrategia y espera que los demás países la adopten y apliquen, porque es indispensable conservar la vida y la salud de todo niño que nazca.

La Delegada de URUGUAY agradece el informe presentado y manifiesta su completo acuerdo con la resolución, pero desea resaltar también algunos logros alcanzador por Uruguay al comenzar a integrar la AIEPI en su estrategia de salud. Hasta hace cuatro años, Uruguay tenía una tasa de mortalidad del 20 por 1000, pero hoy, gracias a la estrategia de AIEPI, esa tasa es del 16,4 por 1000. La estrategia se está utilizando ya en la Facultad de Medicina a nivel de postgrado, y en el presente año se ha introducido en

el de pregrado. Se trata de una oportunidad única para los médicos, los pediatras y los agentes de salud de tener mayor intercambio con la comunidad y disminuir las enfermedades de la niñez.

El Delegado de ARGENTINA suscribe los elogios de la estrategia de AIEPI que han hecho los colegas que lo han precedido. Hay algunos aspectos relativos a su país que quisiera compartir.

Argentina adoptó la estrategia en el marco de las políticas nacionales de salud aprobadas por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional en 1922, lo que hizo que, a partir del año siguiente, comenzara a realizar una reforma del sector de la salud en la que cada una de las políticas va acompañada de unos ejes de acción prioritaria y, dentro de esos ejes, de un conjunto de programas que se articulan y potencian entre sí. Uno de esos ejes se orienta a la salud de la madre y el niño, con objeto de disminuir la morbi-mortalidad del binomio.

Este sentido, la estrategia de AIEPI se articula y potencia con las acciones que realiza el programa nacional maternoinfantil y nutricional que desarrolla el Ministerio de Salud con la aportación del Banco Mundial y, fundamentalmente, con la Asociación de Facultades de Medicina de Argentina y la colaboración de la Sociedad Argentina de Pediatría. En términos generales, la implementación y el desarrollo se encuentran en una etapa avanzada, fundamentalmente porque se ha logrado el primer paso, que es dar a conocer la estrategia y buscar el consenso necesario para lograr la viabilidad de cualquier

propuesta. Se puede decir que Argentina tiene capacidad suficiente para poder avanzar en esa estrategia. Se están visualizando ya algunos progresos, que alienten a continuar y profundizar en los logros alcanzados, especialmente en lo que se refiere a la participación de los distintos actores. Argentina tiene hoy las tasas de morbimortalidad más bajas de toda la historia sanitaria del país, tasas que disminuyen sin cesar desde hace nueve años.

En 1997 se creó una comisión asesora a nivel ministerial que inició el proceso de adaptación de los materiales genéricos de capacitación de la estrategia, diseñados por la OMS y el UNICEF con el apoyo de la OPS. Es muy importante la colaboración de los distintos actores, y realmente éste es el éxito fundamental conseguido, que garantiza el resultado esperado por todos. En agosto de 1997 se celebró la primera reunión de adaptación, en la que se presentó una versión preliminar y a la que asistieron representantes de organismos universitarios, académicos y científicos, profesionales de la sociedad Argentina de Pediatría, las facultades de medicina y las cátedras, y un conjunto de pediatras extranjeros especialmente invitados, que aportaron su valiosa experiencia. Se corrigieron los materiales y, después de los dos primeros cursos clínicos experimentales, se elaboró un conjunto de publicaciones. La Argentina es un país de tres millones de kilómetros cuadrados y 24 jurisdicciones, y cada jurisdicción tiene sus propias autoridades sanitarias, con más de 3.000 municipios. Hoy, todas esas autoridades trabajan al nivel Consejo Federal de Salud (COFESA), y persiguen el mismo objetivo.

Su país comparte fundamentalmente los componentes del documento presentado, agradece el informe y entiende que se trata de una estrategia muy útil, que debiera proporcionarse a todos los países de la Región. Por ello, apoya la resolución propuesta y agradece una vez más el apoyo permanente brindado a su país por la OPS.

La Delegada de Puerto Rico opina que la implantación de la estrategia de AIEPI puede reducir eficazmente la morbimortalidad de los niños menores de cinco años en la Región. Si bien las causas de muerte durante la primera infancia en Puerto Rico son diferentes a las de los países en desarrollo, los principios de integración de los servicios delineados en la estrategia propuesta por la OMS, la OPS y el UNICEF son aplicables en cualquier país.

En Puerto Rico, más del 50% de las muertes de menores de cinco años están asociadas con trastornos relacionados con el bajo peso al nacer, la prematuridad, las anomalías congénitas, los accidente, el SIDA y tumores malignos, que se derivan de diversos factores respecto de los cuales se han trazado o se están trazando planes de acción.

Entre tales factores figura el consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como la actividad sexual sin protección y una nutrición inadecuada entre las embarazadas. Para encarar este fenómeno se ha instituido un programa de visitas al hogar por enfermeras, dirigido a las embarazadas y los menores de tres años expuestos a riesgos médicos y sociales, así como el Programa WIC de alimentación suplementaria. Es más en 1994 se

implantó una política de promoción del consumo de 0,4 miligramos de ácido fólico por todas las mujeres de 10 a 50 años de edad y en 1995 se estableció un registro de defectos del tubo neural que permite evaluar la efectividad de dicha política.

En lo que se refiere a los accidentes de vehículos de motor desprovistos de asientos protectores o cinturones de seguridad para los niños, se ha revisado la ley que reglamenta el uso de esos asientos y cinturones y se han impulsado campañas de promoción del asiento protector en colaboración con empresas privadas y el capítulo de pediatría de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Por lo que respecta a otros riesgos, como caídas, ahogamientos, envenenamientos y quemaduras, se enfatiza el programa citado de visitas al hogar. Al respecto, cabe señalar también la creación de la coalición puertorriqueña que lleva a cabo una campaña permanente de prevención de lesiones no intencionales entre los niños.

Por último, en lo referente a los factores biológicos y a las condiciones médicas, gracias a la reforma del sector de la salud todos los puertorriqueños pueden elegir hoy su médico primario, incluido el obstetra y el pediatra, quienes deben ceñirse a los protocolos de establecidos por el Departamento de Salud. En este sentido, revisten asimismo importancia las campañas de promoción del cuidado prenatal temprano.

Como resultado de estas medidas, se ha logrado reducir la mortalidad infantil de 55,1 por 1.000 nacidos vivos en 1955 a 10,5 por 1.000 en 1998, es decir, 85% en cuatro decenios, en tanto que las muertes prevenibles mediante inmunizaciones se han reducido prácticamente a cero en los últimos años.

El Delegado de CHILE dice que la adopción por su país de estrategias afines a la AIEPI permitió reducir la mortalidad infantil a 10 por 1000 en 1997. Por ejemplo, la identificación de un componente apreciable en las cifras de mortalidad infantil atribuible a infecciones respiratorias bajas motivó la elaboración de una estrategia integral que hizo posible reducirlas a la mitad, en pocos años, en los niños menores de un año.

Chile atribuye especial importancia al énfasis puesto en la incorporación de estas estrategias en la forma del sector de la salud y a la necesidad de capacitar recursos humanos. Por otra parte, sugiere que se reconozca explícitamente —en el marco de esta estrategia— la necesidad de analizar sistemática y críticamente la evidencia científica relativa a la eficiencia de las prestaciones así como la necesidad de establecer alianzas con organizaciones capaces de proveer apoyo e información de buena calidad, como la red internacional de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y *The Cochrane Collaboration*, para evitar la duplicación de esfuerzos y de potencial de investigación. En cualquier caso, Chile se compromete a participar activamente en esta iniciativa, particularmente en su adaptación a los países con una mortalidad infantil baja, integrándose en los grupos ad hoc que se creen a tal efecto.

La Delegada de VENEZUELA dice que en abril del año en curso Venezuela inició un trascendente e histórico proceso de reforma de la reforma del sector de la salud que ha incorporado el modelo de atención integral. Venezuela valora la estrategia de AIEPI, pero desea puntualizar que, si bien en los últimos años se han hecho esfuerzos en el país,

los resultados han sido pobres. Esto se refleja en el aumento de la mortalidad infantil y materna, en el hecho de que la cobertura de atenciones como la prenatal no llega al 40% y en la fragmentación de la oferta de atención, que es sinónima de baja accesibilidad a los servicios y de desaprovechamiento muchas oportunidades.

Venezuela opina que es necesario enriquecer la estrategia de AIEPI con algún tipo de vigilancia de la atención al niño maltratado y de los abusos sexuales. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social considera su deber promover un mecanismo de atención integral a la infancia que vaya más allá de las enfermedades prevalentes. En abril del año 2000 entrará en vigor una nueva ley de protección no sólo del niño, si no también del adolescente, que ha de incluirse en una estrategia de atención integral, en particular por vía de la promoción y la prevención. Por último, Venezuela exhorta a que se busquen mecanismos de integración de distintas modalidades de cooperación para evitar la duplicación de esfuerzos.

El Delegado de COLOMBIA dice que su país ha adoptado la estrategia de AIEPI como medio de promover una atención integral para la población infantil. El programa pertinente, dirigido por la primera dama de la nación, comprende el plan y ley cuatrienales que obligan a las Cajas de Aseguramiento a invertir todos sus excedentes financieros con objeto de dar cobertura a los menores de seis años, para lo cual les otorga incentivos especiales. Además de ley del plan contempla un programa de bonificaciones,

albergues, alimentos y capacitación que beneficia a cien mil madres que se encargan del cuidado de grupos de 15 a 20 niños.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ha sido reforzado con programas de lucha contra la violencia el maltrato infantil y de apoyo a los desplazados en tanto que el Presidente de Colombia ha dirigido un llamamiento a los grupos al margen de la ley para que no involucren en la violencia de la guerra a los niños.

El Delegado de PERÚ se suma a las felicitaciones anteriores por la calidad del documento presentado y la propuesta de la Secretaría. Sin embargo, desea hacer algunas reflexiones, en el sentido de que la estrategia no debe tener problemas de distorsión al comunicar sus mensajes fundamentales.

El diagnóstico hecho por la Secretaría señala con claridad que los problemas que generan las tasas todavía elevadas de mortalidad infantil se refieren principalmente a las dificultades de acceso, es decir, se explican sobre todo por razones económicas, por las barreras geográficas y por la falta de adecuación de los servicios a grupos de población con características particulares. Otro elemento de ese diagnóstico se refiere a la saturación de los servicios, y la respuesta de la estrategia de AIEPI como integración, como lo ha señalado la Delegada de Venezuela, para superar la fragmentación. Ahora bien, si es cierto que la fragmentación es causa de ineficiencia y que la integración puede vencerla, el aumento de la eficiencia no bastará para eliminar las barreras económicas. Por lo tanto, harán falta también de recursos adicionales que supriman esas barreras, sobre todo en el caso de los grupos de ingresos más vulnerables.

Además, la fragmentación de los que utilizan los servicios genera también saturación, evaluaciones inadecuadas y uso excesivo de medicamentos, por lo que la integración por medio de la AIEPI debería resolver tanto los aspectos asociados a la eficacia como los asociados a la calidad del servicio. La integración, tal como lo plantea la estrategia, no supone sólo integrar las distintas respuestas curativas, sino que apunta también a incorporar acciones preventivas, promocionales y curativas y, más aún llegar hasta la comunidad, la familia y los hogares. Por ello, no se debe plantear la AIEPI como una estrategia que resolverá todos los problemas, y conviene precisar que la superación de los aspectos de fragmentación que logrará deberá complementarse con recursos específicos destinados a eliminar las barreras económicas. En este sentido, el Ministerio de Salud y el Gobierno del Perú vienen desarrollando acciones complementarias de la estrategia, para la atención de poblaciones con características especiales y estrategias orientadas a eliminar las barreras económicas que, en el caso de Perú, pueden explicar retrospectivamente gran parte de los problemas que aún persisten en materia de salud infantil.

La Déléguée d'HAÏTI remercie le Conseil pour les résolutions prises en faveur des enfants de moins de 5 ans par l'adoption et l'application de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Fout en notant que l'OPS a fixé l'objectif régional de réduire à deux le nombre de pays où le taux de mortalité infantile serait á plus de 40 pour mille en l'an 2002, et qu'Haïti était l'un de cedeux pays, le informe

l'Assemblée qu' Haïti s'est fixé l'objectif de réduire la mortalité infantile à 35 pour mille par le renforcement et l'extension de la stratégie susmentionnée qui a été adoptée depuis 1995.

En 1997, le matériel de formation a été adapté au profit de l'épidémiologie du pays. En 1998, deux séances de formation a été adapté au profit de l'épidémiologie du pays. En 1998, deux séances de formation des formateurs ont été effectuées au profit de 61 formateurs. Depuis mars 1998, se tient une formation à l'intention du personnel du niveau local dans trois départements sanitaires. A ce jour, 70 prestataires de soins ont été déjà formés dans ces départements. Avec la collaboration agissante du Gouvernement du Japon et d'autres partenaires, Haïti dispose actuellement de médicaments permettant de fournir les traitements appropriés et de qualité aux enfants, et un accord sera signé dans deux semaines avec le Japon pour une couverture en médicaments pour les deux prochaines années.

Grace à Cuba, le personnel médical d'Haïti sera renforcé par 800 médecins, infirmiers, et autres professionnels de la santé cubains qui seront déployés dans les zones les plus reculées et les plus inaccessibles d'Haïti. Plus de 400 Cubains sont déjà sur le terrain en train de dispenser des soins aux enfants et aux adultes. Remercie le Ministre Dotres pour la solidarité de son pays et informe l'Assemblée que la santé a été déclarée comme étant une priorité pour le Gouvernement haïtien dans son intégralité. Le Président de la République, appuie lui-même les deux objectifs majeurs du Ministère de la santé publique et de la population qui sont de réduire la mortalité infantile à 35 pour mille et la

mortalité manternelle à 100 pour cent mille naissances vivantes. La Délégation haïtienne adhère totalement aux résolutions prises par l'OPS et l'OMS en faveur de l'amélioration de la santé de tous les peuples du monde.

The representative of the INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES said that her organization looked forward to working more closely with PAHO to address issues related to women, children, and midwives. health for all in the new millenium could only be achieved by ensuring the health of families today, which meant ensuring quality of care for mothers and babies. Midwives had a crucial role to play as key health care providers to the maternal and child population.

Midwives from Argentina, Bahamas, Brazil, Honduras, and Jamaica had attended the 25th Triennial Congress of the International Confederation in Manila, Philippines, in May 1999. The knowledge they had gained would enable them to work at both the national and international levels toward prevention of debilitating and life-threatening conditions and contribute to better overall health in their countries. Nevertheless, in many countries the need for midwives to be involved in health care development was greater than the opportunities to do so. Vital financial and operational support was needed from governments and international agencies.

The Confederation supported collaboration and partnerships in which midwives worked with other health professionals to achieve reproductive health goals and stressed the need to establish such partnerships throughout the Region. Coordination of those

collaborative activities by a midwifery advisor in the PAHO office could prove very valuable to the health of families and care providers.

El Dr. BENGUIGUI (OPS) expresa su satisfacción por los avances logrados por todos los países en la puesta en marcha de la estrategia de AIEPI, tanto en relación con los servicios de salud como con la aplicación de las acciones emprendidas a nivel comunitario. Entre estas acciones, en las que están participando sociedades de pediatría, neumología pediátrica y universidades, destaca la capacitación de facilitadores que se está llevando a cabo en hospitales universitarios.

Agradece al Delegado de Bolivia su mención de la Declaración de Santa Cruz de 1996, que fue refrendada por representantes de los países de América Latina y el Caribe y por medio de la cual se ha adoptado la estrategia de AIEPI a nivel de toda la Región.

En cuanto a la intervención del Delegado de Canadá, señala que no han de tenerse en cuenta solamente los promedios nacionales sino que se debe prestar atención a los datos locales. Con este propósito, se está realizando un mapeo de todas las áreas en riesgo real. Los últimos resultados a este respecto indican que existen, cuando menos, 2,500 municipios o distritos cuya mortalidad infantil es mayor de 40 por 1000 nacidos vivos. En estas zonas es donde han de intensificarse los esfuerzos por aplicar dicha estrategia.

Suscribe la propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América, según la cual la estrategia de la AIEPI debe basarse en evidencias. Además, se están elaborando

modelos de evaluación cualitativa merced al apoyo prestado por la USAID y preparando 60 protocolos de estudios para decidir dónde han de ejecutarse las acciones a nivel local.

En la República Dominicana la estrategia AIEPI se adoptó hace dos años y los resultados obtenidos hasta la fecha se difundirán próximamente. Por último, es fundamental propiciar el intercambio experiencias entre los países cuyo perfil de mortalidad infantil es similar.

The DIRECTOR said he wished to highlight several of the points raised by the delegates. The first was the idea of advocacy in order to heighten the visibility of the IMCI strategy in the Member countries. For that purpose, in addition to the discussion at the Conference of Spouses of heads of State and Government in Canada, PAHO was proposing to hold a conference of the major agencies involved in implementation of the IMCI initiative to promote the strategy and underscore its importance for the Organization and the other agencies.

The second was the issue of verticality. The whole point of the IMCI strategy was to avoid verticality and address the major causes of high infant mortality through and integrated approach. In order to do so, incorporation of the strategy into regular health services was essential. The extent to which the Americas would be successful in avoiding another 100,000 deaths would depend in large measure on the efficiency of services at the local level.

Finally, as the Delegate of Peru had noted, infant mortality was invariably higher among marginalized populations. The question was: What could be done to reduce infant deaths in those populations? One answer was the application of effective interventions. But equally important was the incorporation of such populations into mainstream health services. PAHO was working with the International Labor Organization to explore ways of extending health care coverage to marginalized populations through micro-insurance schemes and other means. Effectively extending coverage to workers in the informal sector and others who faced economic barriers to health care access would be a major challenge, but one which he believed could be overcome.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution contained in Document CD41/11.

La RELATORA dice que el proyecto de resolución se encuentra en el documento CD 41/11.

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento CD41/11 y la solicitud que en el mismo se formula de acelerar el proceso de implementación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que esta estrategia es considerada la principal contribución para reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años debida a enfermedades infecciosas, y

Tomando en consideración que el acceso universal de la población de la Región de las Américas a la estrategia AIEPI, y en particular de aquella viviendo en condiciones de mayor vulnerabilidad, contribuirá a lograr la meta de evitar 100.000 muertes de niños menores de 5 años para el año 2002,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que adopten la estrategia AIEPI como intervención fundamental para acelerar la disminución de la mortalidad en la infancia y lograr la meta de reducir 100.000 muertes de niños menores de 5 años entre 1999 y 2002;
 - b) a que incorporen explícitamente a la estrategia AIEPI entre las acciones básicas de salud a las cuales debe tener acceso toda la población a través de la red de servicios y personal de salud, incluyendo el sector público, la seguridad social y los proyectos de reforma del sector salud;
 - c) a que elaboren planes y metas en el nivel nacional y subnacional, dirigidos a lograr el progresivo acceso de toda la población a los elementos operacionales que constituyen la estrategia AIEPI a través de los servicios y personal de salud, y en las comunidades, y a fomentar la utilización de la misma por parte de la familia y la comunidad;
 - d) a que den los pasos necesarios para garantizar el apoyo económico y movilizar todos los recursos posibles en apoyo a la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI;
 - e) a que introduzcan la enseñanza de la estrategia AIEPI en la formación del personal de salud, así como de otros profesionales, auxiliares, técnicos y agentes comunitarios de salud que trabajan en contacto con niños menores de 5 años y que pueden contribuir a la promoción de su salud y prevención de enfermedades, tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
2. Pedir al Director:
 - a) que incremente los esfuerzos para obtener financiamiento extrapresupuestario para las actividades de implementación de la estrategia AIEPI en los países de la

- Región y apoye a los países en los procesos nacionales y locales de implementación;
- b) que promueva la ejecución de las actividades necesarias para la adaptación de la estrategia AIEPI a las diferentes realidades epidemiológicas y operativas de los países, ampliando sus componentes e intervenciones para fortalecer su rol integrador de la atención del niño;
 - c) que invite a otros organismos internacionales multilaterales, bilaterales y no gubernamentales a ofrecer su apoyo al proceso de implementación de la estrategia AIEPI en el nivel regional, subregional y de país.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having seen Document CD41/11 and its request to accelerate implementation of the strategy for integrated management of childhood illness (IMCI) in the Region of the Americas;

Taking into account that this strategy is considered the principal contribution for reducing mortality from infectious diseases in children under 5 years; and

Bearing in mind that universal access to the IMCI strategy by the population of the Region of the Americas, particularly the most vulnerable groups, will help to achieve the goal of preventing 100,000 deaths in children under 5 years by the year 2002,

RESOLVES:

1. To recommend that the Member States:
 - (a) adopt the IMCI strategy as the basic intervention for accelerating the reduction of infant mortality and achieving the goal of reducing the number of deaths in children under 5 years by 100,000 between 1999 and 2002;
 - (b) explicitly include the IMCI strategy among the basic health interventions to which the entire population should have access through the network of health services and health personnel, including the public sector and social security;
 - (c) draft national and subnational plans and goals aimed at securing progressive access by the entire population to the operational elements of the IMCI strategy

- through the health services and health workers, and in communities, and promote utilization of these services and personnel by families and communities;
- (d) take the necessary steps to guarantee economic support and mobilize all possible resources in support of effective implementation of the IMCI strategy;
 - (e) introduce teaching of the IMCI strategy into the training of health workers, other professionals, auxiliaries, technical personnel, and community health agents who work with children under 5 years and can contribute to health promotion and disease prevention in the health services and the community.
2. To request the Director:
- (a) to increase efforts to obtain extrabudgetary financing for activities connected with the implementation of the IMCI strategy in the countries of the Region and to support the countries in their national and local implementation processes;
 - (b) to promote execution of the necessary activities for adapting the IMCI strategy to the different epidemiological and operational realities of the countries, expanding its components and interventions to enhance its role in promoting the integrated management of childhood illness;
 - (c) to invite other international multilateral, bilateral, and nongovernmental organizations to offer support for implementing the IMCI strategy at the regional, subregional, and country level.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Decisión: The proposed resolution was adopted.

PUNTO 4.3: PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y COORDINACIÓN DEL SOCORRO EN CASO DE DESASTRE: RESPUESTA DE LA OPS A LOS HURACANES GEORGES Y MITCH
ITEM 4.3: DISASTER PREPAREDNESS AND EMERGENCY RELIEF: PAHO'S RESPONSE TO HURRICANES GEORGES AND MITCH

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que, en su 124^a sesión, el Comité Ejecutivo recibió un informe sobre las medidas adoptadas por la OPS en respuesta a los

huracanes George y Mitch. El Comité elogió la función de la OPS como punto focal para la información y coordinación de la respuesta a los huracanes, tanto a largo como a corto plazo, e instó a la Organización a que siguiera haciendo que la respuesta a los desastres fuese una actividad multisectorial que incluyera a todos los programas de la OPS. Se señaló que el huracán Mitch en particular había demostrado la importancia de establecer un marco jurídico para los preparativos y la respuesta a los desastres, a los niveles nacional y local. También se consideró esencial poner en práctica programas de adiestramiento en preparativos y mitigación de desastres, tanto en el sector de la salud como en el de agua y saneamiento; aumentar la conciencia del público con respecto a los preparativos para situaciones de emergencia mediante campañas de comunicación de masas, y seguir creando mecanismos eficaces de coordinación entre las instituciones del sector de la salud, así como alianzas estratégicas con universidades, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Con respecto al documento presentado, el Comité propuso que se agregaran dos recomendaciones: 1) que los gobiernos deben elaborar planes multisectoriales para preparativos, prevención y mitigación de desastres, y 2) que cada institución de salud debe tener un plan para resistir los desastres, proteger y adiestrar a su personal y garantizar la continuidad de los servicios. La resolución aprobada por el Comité recomienda que el Consejo Directivo considere la conveniencia de aprobar una resolución por la cual se alentaría a los ministros de salud a que incluyan medidas para la prevención, mitigación y preparación frente a los desastres en sus políticas sobre el

desarrollo social y la reforma del sector de la salud; reconocer el sistema de manejo de suministros; considerar a la OPS como el estándar regional que debe usarse en las emergencias; solicitar a la comunidad donante internacional que aumente su asistencia financiera para fortalecer los programas de prevención, mitigación y preparación frente a los desastres en los países, y adoptar como normas oficiales de la OPS/OMS las recomendaciones de la reunión celebrada en la República Dominicana en febrero para evaluar la respuesta a los huracanes Georges y Mitch.

El Dr. DE VILLE (OPS) dice que los países de la región pueden estar orgullosos de la capacidad de actuación y la eficiencia mostradas por sus ministerios de salud en este desastre. Por primera vez, todos los programas de la OPS han trabajado de manera conjunta y coordinada para responder a una emergencia. La naturaleza de la cooperación de la OPS ha sido eminentemente técnica. Cada vez la Organización se aleja más de las donaciones de suministros, de la compra de material y ofrece lo que puede ofrecer mucho mejor que cualquier otra organización: experiencia, asesoramiento y cooperación técnica. Más de 60 personas de la OPS se han trasladado a las zonas afectadas durante tres semanas. Toda esta respuesta no habría sido posible sin el esfuerzo realizado durante 20 años por los países de la Región, el apoyo de Canadá, los Estados Unidos de América e Inglaterra y la generosidad y asistencia de Irlanda, Noruega y Suecia en la fase de emergencia.

La OPS ha emprendido actividades de capacitación de las misiones diplomáticas a raíz de la solicitud de las misiones ante la OEA y ha organizado una sesión de información para la OMS y el Organismo de las Naciones Unidas para Asuntos Humanitarios. Asimismo, se han llevado a cabo actividades similares en Nueva York, que se repetirán próximamente en Ginebra. Con este acercamiento a las misiones diplomáticas se ha aprendido que en el sector salud se puede trabajar aislado y que las cancillerías todos los sectores tienen que conocer el punto de vista del sector de la salud. El caso del huracán Mitch, particularmente, el tema principal ahora es la reconstrucción, lo cual es responsabilidad de los ministerios de salud. La OPS ha de asegurar que esta reconstrucción haga a los países menos vulnerables a los desastres. Debe destacarse que el sector de la salud todavía no se ha incluido en Plan Regional de Mitigación de Desastres en Centroamérica y los ministros de salud tienen que intensificar sus relaciones con las cancillerías para asegurar que este tema se presente en la Cumbre. La OPS ha coordinado sus acciones con el Sistema de Integración de Centroamérica (SICA) y se ha asegurado de que el sector de la salud sea una parte visible en la reconstrucción y la prevención en situaciones de desastre. Se ha propuesto a los donantes un proyecto de tres años para incluir la prevención y mitigación de desastres en las actividades de reconstrucción.

A nivel interno, se ha puesto de manifiesto que la Internet está cambiando la manera de coordinar las actividades sobre los desastres y de intercambiar información. Por ello se han revisado las guías que ofrece la OPS por la Internet a varias agencias a la

comunidad internacional y al público en general sobre lo que hay que hacer lo que no han que hacer en situaciones de desastre. Además, se ha indicado a los representantes cómo tienen que actuar administrativa y técnicamente con los donantes en caso de emergencias.

A nivel científico, se ha cumplido el compromiso de desarrollar un CD rom que contiene más de 200 publicaciones de la OPS y de otras agencias, y más de 250.000 páginas de información sobre desastres. La próxima etapa consistirá en incluir las publicaciones pertinentes en español y en inglés de la OMS.

En su reunión de junio de este año, la Asamblea General de la OEA creó el Comité Interamericano sobre la Reducción de los Desastres Naturales que se va a reunir la próxima semana. Dicha reunión ofrece una oportunidad a la OPS para buscar el respaldo político internacional necesario.

En esta tarea, los banco las fuerzas armadas, la Agencia Federal de Gerencia en Caso de Emergencia (FEMA) y otras organizaciones empenan un papel esencial. Por último cabe destacar la cooperación prestada por la OPS a la Oficina Regional de la OMS para Europa en relación con Kosovo y con el terremoto de Turquía y Timor occidental, donde se han asignado cuatro funcionarios.

El Delegado de HONDURAS dice que en su país el huracán Mitch causó 6000 muertes y que hasta la fecha se han contabilizado 3000 desaparecidos. La destrucción de la infraestructura sanitaria fue de gran magnitud: pérdida del 80% del alcantarillado rural y destrucción de acueductos en áreas urbanas y rurales. No obstante, la participación comunitaria, la cooperación internacional prestada por todos los países de la Región, así

como por países de Europa, Asia y África, y el respaldo técnico ofrecido por la OPS y otros organismos internacionales impidieron el desarrollo de epidemias. La experiencia vivida en Centroamérica, y especialmente en Honduras, subraya la imperiosa necesidad de preparar con antelación a los países de la Región para hacer frente adecuadamente a este tipo de desastres naturales.

La Delegada de PUERTO RICO dice que en informe de la OPS relativo a las consecuencias de los huracanes se presentan los daños ocasionados a los mecanismos disponibles para mitigarlos las medidas para lidiar con futuras situaciones de emergencia. Durante la última década, Puerto Rico ha sufrido los efectos de nueve huracanes. De ellos, el más poderoso fue el huracán Georges que devastó la isla de punta a punta durante seis horas, hace justamente un año. El fenómeno afectó a toda la infraestructura del país. El 99% de la población quedó sin electricidad, el 80% sin agua potable, 30.425 personas tuvieron que guarecerse en los 497 refugios habilitados en todo el país, y 217.000 viviendas sufrieron algún daño. Sin embargo, no hubo muertes relacionadas directamente con el huracán. El impacto se dejó sentir en todos los sectores económicos. El total de pérdidas estimadas tanto del sector público como del privado ascendió a \$4.287 millones. La recuperación fue muy rápida, ya que se habían planificado estrategias que han ayudado a enfrentar las emergencia, aminorar los daños y mitigar sus consecuencias. Entre estas estrategias cabe mencionar las siguientes: La Oficina de Epidemiología del Departamento de Salud de Puerto Rico ha elaborado un sistema de vigilancia

epidemiológica continua mediante la cual se mantuvo el control de brotes y epidemias. La Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental ha establecido para estas situaciones de emergencia un programa de distribución de agua potable por medio de cisterna móviles o envases de tamaños variables. El Instituto de Laboratorios del Departamento de Salud inspecciona y realiza análisis a todo suministro de agua potable, alimentos perecederos y leche para evitar epidemias. La Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias, el Departamento de Bomberos de Puerto Rico y el Departamento de Salud trabajan en coordinación todo el año y establecen un programa de adiestramiento continuo en la escena del desastres al igual que en técnicas de coordinación de escaladas de respuesta. Caba señalar que uno de los problemas en todo desastre consiste en las deficiencias de comunicación. Por ello, se recomienda usar la Internet para disseminar información.

En 1994, el Gobierno de Puerto Rico desarrolló un plan estatal que convierte las agencias de respuesta a desastres en lideres de un sistema de funciones de emergencia conocidas como ESFS. De las 15 establecidas la ESF8 es la agencia líder del Departamento de Salud. La ESF10, dependiente del Departamento de Familia, está encargada de los servicios sociales y coordina todas las donaciones en casos de emergencia. Además el Departamento de Salud está creando una subagencia de la ESF8 para mejorar las actividades de donación y distribución de medicamentos y equipos médicos.

Un elemento fundamental en el campo de la recuperación y de los programas de mitigación ha sido la reforma del sector de la salud de Puerto Rico instituida por el

presente gobierno, que proporciona a toda persona indigente un seguro de salud que le permite recibir servicios sin costo alguno, en cualquier institución de salud pública o privada. Es preciso mencionar además que la ley faculta a la Secretaria de Salud para que asuma la dirección de todas las instituciones de Puerto Rico médicas tanto públicas quanto privadas en este tipo de desastre. En enero de 1996 se creó la Oficina de Manejo de Emergencias del Departamento de Salud (OMED) y se establecieron oficinas en las 11 zonas de la defensa civil de Puerto Rico. Los coordinadores de cada oficina de la OMED son empleados regulares del Departamento de Salud y están disponibles las 24 horas para coordinar actividades ante emergencias regionales o municipales.

Gracias a la excelente organización gubernamental, comenzó a trabajar en la mitigación de daños desde el instante en que las condiciones atmosféricas lo permitieron y la recuperación de la isla se logró en menos de doce meses. Hoy un año más tarde, las cicatrices causadas por el huracán George en Puerto Rico son casi imperceptibles.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that his Delegation wished to commend PAHO on its effective response to hurricanes Georges and Mitch. The data and information that the Organization had made available had provided governments with a clear picture of what had happened, what was needed, and how they could best respond. The meeting held in February 1999 to assess the response to the hurricanes had also been useful and timely. It had afforded Member States an opportunity

to evaluate successful interventions and, more importantly, identify the deficiencies that must be corrected to enable them to respond to future disasters.

The United States relied on PAHO as a critical point of contact for countries in the donor community and would continue to work closely with the Organization to address long-term rehabilitation and reconstruction needs need rebuild public health capacity in the affected countries.

La Delegada de ECUADOR cree importante asimilar las lecciones aprendidas en estos desastres de manera que día a día los países estén mejor preparados para responder con mayor eficiencia desde el sector de la salud. Coincide en que es preciso fortalecer la red de organismos nacionales, subregionales y regionales que mantienen programas especializados para casos de desastre. Además, hay que profundizar en acciones de preparación y educación de la población, así como en las de capacitación del personal de salud para enfrentar situaciones de desastres. En Ecuador se están desarrollando acciones conjuntas con otras insituciones públicas y privadas, municipios, ONG, Defensa Civil y Fuerzas Armadas, para responder ante erupciones de volcanes. En el día de ayer se declaró la alerta naranja en la ciudad de Quito y en la providencia de Pichincha, ante el aumento de la actividad volcánica del volcán Guagua Pichincha, y está declarada la alerta amarilla en las provincias de Tunguragua, Pastas y Chimborazo frente al riesgo de erupción del volcán Tunguragua. Por añadidura, se está avanzando en la institucionalización de acciones preventivas y de respuesta frente a los desastres y este

contexto insta a la Organización y a sus Estados Miembros a emprender programas conjuntos que permitan diseñar y aplicar estrategias adecuadas de respuesta, así como a establecer canales de comunicación que ofrezcan la oportunidad de aprender de las experiencias mutuas y hacer cada vez más efectivas las intervenciones.

El Delegado de la REPÚBLICA DOMINICANA dice que en su país el huracán Georges provocó 283 muertes, dejó a 171 familias sin hogar y afectó a ocho millones de habitantes, sobre todo en las zonas este y sur de la isla. Agradece al Gobierno de la República de Cuba su solidaridad y la ayuda humanitaria prestada mediante el envío de numerosos profesionales de la salud, que aún siguen trabajando en la República Dominicana de forma desinteresada y altruista. Por último, subraya la necesidad de reforzar los programas de preparación para desastres, máxime en lo que atañe a la capacitación de recursos humanos y a la disponibilidad de reservas materiales y financieras.

El Delegado de CUBA dice que numerosos países han aportado recursos humanos y financieros para mitigar los daños causados por esos huracanes y añade que pone a disposición de los países de la Región, de forma desinteresada, la experiencia acumulada por Cuba en situaciones de emergencia, así como los profesionales de la salud cubanos que puedan precisar los países afectados.

La Delegada de VENEZUELA dice que los ministerios de salud han de dirigir la toma de decisiones en casos de emergencia y desastres, coordinar a los organismos y entidades que desarrollen acciones en estas situaciones, elaborar planes de preparativos

para emergencias y desastres, y promover la capacitación de recursos humanos, sobre todo de especialistas locales. Asimismo, deben elaborar normas y procedimientos para diseñar y evaluar planes de contingencia en la red de centros de salud, así como promover y desarrollar sistemas de alerta y de reducción de daños.

The Delegate of CANADA said that his Delegation wished to extend its condolences to the Bahamas and the United States, which had recently sustained severe damage as a result of hurricane Floyd. The Canadian Government would be discussing with the Ministry of Health of the Bahamas ways in which Canada might be helpful in the aftermath of that disaster. His Delegation also acknowledged the thanks expressed by the Delegate of Honduras for Canada's assistance to the countries affected by hurricane Mitch. Canada regarded that assistance as an expression of its solidarity with the peoples of the hemisphere and was confident that the same response would be forthcoming if Canada were at the receiving end of a disaster.

His Government relied extensively on organization like PAHO to help it understand how and when assistance could most effectively be provided. Dissemination of such information was an essential service that PAHO provided to the Member States. Canada supported the proposed resolution contained in Document CD41/8, in particular the provisions concerning adoption of the recommendations of the February 1999 meeting to evaluate the response to hurricanes Georges and Mitch, which had made a significant contribution toward preparing countries future disasters.

The Delegate of BAHAMAS said that his Delegation also supported the resolution. As everyone was aware, hurricane Floyd had recently affected virtually every island in the Bahamas, but three had suffered particularly severe damage: Eleuthera, Cat Island, and Abaco. Fortunately, despite the extent of the damage, no human lives had been lost. Although the Bahamas had well-organized interministerial disaster systems and had been prepared for the hurricane, Floyd had challenged the Governments's interministerial and intersectoral cooperation efforts. In addition, damage to communication systems initially had made it extremely difficult to identify health problems and allocate resources.

The Bahamas wished to thank PAHO for the supply management (SUMA) training provided to national personnel prior to the disaster. That training had proved extremely useful. His Government was also grateful to the Organization for the technical support it had provided, especially in assessing damages to health facilities and water quality and in organizing disease surveillance after the hurricane. Finally, he wished to thank the delegates who had expressed solidarity and provided support for this country, particularly Canada, Jamaica, and the United States of America.

La Déléguée d'HAÏTÍ remercie l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le soutien qu'elle a apporté à son pays pendant et après le passage ravageur de l'ouragan Georges. En effet, plus de deux cents décès ont été enregistrés et des milliers de maisons ont été détruites. A ce jour trente personnes sont encore portées disparues.

L'OPS a immédiatement mis à la disposition d'Haïti à travers son programme de médicaments essentiels, plusieurs tonnes de médicaments et matériels qui ont permis de venir en aide à la population sinistrée.

Toujours avec l'assistance technique de l'OPS et de l'OMS, le Ministère a pu mettre sur pied un système de surveillance épidémiologique spécifiquement pour suivre l'impact de cet ouragan et il publiquement les ministères des pays amis de l'Amérique latine et de la Caraïbe, des Etats-Unis, du Canada et de la France pour la solidarité manifestée envers le peuple haïtien à l'occasion de cet ouragan. Le Ministère de la santé publique et de la population assure l'OPS de son adhésion totale à la résolution prise lors de la cinquième séance tenue le 23 juin 1999.

El Delegado de COLOMBIA dice que una tragedia seguida de otra y un desastre tras otro llevan a quienes no los han vivido a hacer de ellos parte de su pasado. La OPS conoce mejor que nadie la experiencia de los ciclones y de los terremotos como el registrado en la zona cafetera de Colombia el 21 de enero de 1999, con el que, como siempre, los más afectados fueron los más pobres. Todo desastre plantea problemas inmediatos de salud y supervivencia. Sin embargo, es después del desastre cuando se aprecia la importancia de la disponibilidad de recursos financieros, porque se inician los procesos de reconstrucción y reubicación de las personas desplazadas, a las que se han de proporcionar viviendas y alimentos mientras se reincorporan a la sociedad. De ahí la necesidad de que los países en el período posterior al desastre, que es muy importante.

El representante de la ASOCIACIÓN INTERAMERICANA DE INGENIERÍA SANITARIA Y AMBIENTAL (AIDIS) dice que la Asociación, integrada por más de 30.000 miembros en 32 países de las Américas, reafirma su disposición, anunciada en la 124a. sesión del Comité Ejecutivo, de apoyar a la OPS en sus programas de preparativos para situaciones de emergencia y coordinación en casos de desastre en consonancia con las recomendaciones del 26º Congreso Latinoamericano celebrado en el Perú en noviembre de 1998. En este Congreso se exhortó a las secciones nacionales de la AIDIS a contribuir con su capacidad técnica, y a otras instituciones a aportar recursos financieros para restablecer los servicios básicos en los países afectados por los huracanes George y Mitch. La División Internacional de Salud Ambiental e Ingeniería Sanitaria para Emergencias de la AIDIS está cooperando con la OPS en un programa conjunto encaminado a fomentar la incorporación de la prevención y la mitigación en casos de desastres en los planes del sector del agua potable y el saneamiento.

COLOMBIA

AIDIS

Dr. DE VILLE (PAHO) said that, as the delegates' comments had made apparent, poor and marginalized populations were disproportionately affected by disasters. Hence the pattern of damages caused by disaster were yet another manifestation of the inequities which PAHO was striving to reduce. The real problem was not the immediate medical assistance needed in the first few days following a disaster, but rehabilitation and

reconstruction in the medium and long terms. PAHO congratulated the countries that were providing assistance for that purpose.

He had been very impressed with the description of Puerto Rico's response to hurricane Georges. Its establishment of a definite plan for disaster preparedness and especially its creation of a specific emergency response office with the Department of Health had enabled it to respond very effectively. He hoped Puerto Rico would share its experience with the Caribbean and Latin American countries.

The DIRECTOR expressed hope that the spirit of sharing generated in the Region by disasters would continue post-disaster. He suggested that the proposed resolution, which had been prepared before hurricane Floyd struck be amended to include mention of that hurricane. The second preambular paragraph would read as follows: "Noting with deepest regret the damages caused by hurricanes Georges and Mitch to the countries of the Caribbean and Central America and Floyd to the Caribbean and the continental United States". The first operative paragraph would also be amended, as follows: "1. To express its deepest regret for the thousands of lives lost and damage caused by hurricanes Georges and Mitch in the countries of the Caribbean and Central America and Floyd in the Caribbean and the continental United States."

The PRESIDENT asked the Rapporteur to read the proposed resolution with the amendments suggested by the Director.

La RELATORA dice que el texto original del proyecto de resolución es el siguiente:

EL 41^{er} CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director acerca de los daños causados por los huracanes Georges y Mitch (documento CD41/8);

Tomando nota con la más profunda pena de los daños causados por los huracanes Georges, Mitch y Floyd en los países del Caribe y Centroamérica y en la parte continental de Estados Unidos;

Consciente de los esfuerzos emprendidos por los países afectados y el apoyo dado por la comunidad internacional y por la Organización Panamericana de la Salud;

Convencido de la necesidad de que haya transparencia en el manejo de los suministros para ayuda humanitaria, usando métodos que ayuden a administrar estos recursos;

Interesado en que las medidas necesarias de preparación y de mitigación sean incluidas en la fase de reconstrucción posterior a los huracanes a fin de disminuir la vulnerabilidad del sector de la salud en el futuro, y

Tomando nota de las recomendaciones emanadas de la reunión de evaluación de los preparativos y la respuesta a los huracanes Georges y Mitch, celebrada en la República Dominicana (16 al 19 de febrero de 1999),

RESUELVE:

1. Expresar su más profundo pesar por los millares de vidas perdidas y los daños causados por los huracanes Georges, Mitch y Floyd en los países del Caribe y Centroamérica y en la parte continental de Estados Unidos.
2. Solicitar a los ministros de salud de los Estados Miembros que en sus políticas sobre el desarrollo social y la reforma del sector sanitario incluyan medidas para la prevención, mitigación y preparación para casos de desastre, y en los países donde estas aún no existan, que se establezcan oficinas dedicadas a este campo.

3. Reconocer el sistema SUMA (manejo de suministros) como la norma regional que deberá usarse en las emergencias y solicitar que el personal correspondiente reciba el nivel más alto de adiestramiento en el uso de este método.
4. Solicitar a la comunidad donante internacional que aumente su asistencia financiera para fortalecer los programas de prevención, mitigación y preparación para casos de desastre de los países, especialmente en la fase de reconstrucción posterior a los huracanes, disminuyendo por lo tanto la vulnerabilidad del sector de la salud, y para incluir estas prácticas en la reforma sectorial.
5. Adoptar el documento sobre las enseñanzas aprendidas, preparado en la reunión de evaluación sobre los huracanes Georges y Mitch, como normas oficiales de la OPS/OMS, y sugerir que cada Estado Miembro las adopte para formular sus normas en materia de prevención, mitigación y preparación para casos de desastre.

THE 41st DIRECTING COUNCIL,

Having seen the report presented by the Director on the damages caused by hurricanes Georges and Mitch (Document CD41/8);

Noting with deepest regret the damages caused by hurricanes Georges, Mitch, and Floyd in the countries of the Caribbean and Central America and in the continental United States;

Aware of the efforts undertaken by the affected countries and the support given by the international community and by the Pan American Health Organization;

Convinced of the need for transparency in humanitarian supply management, using methods that help manage these resources;

Interested in including the necessary preparedness and mitigation measures in the post-hurricane reconstruction phase to guarantee a reduction in the health sector's vulnerability in the future; and

Noting the recommendations that emanated from the Meeting to Evaluate the Preparedness and Response to Hurricanes Georges and Mitch held in the Dominican Republic (16-19 February 1999),

RESOLVES:

1. To express its deepest regret for the thousands of lives lost and damage caused by hurricanes Georges, Mitch, and Floyd in the countries of the Caribbean and Central America in the continental United States.
2. To request the health ministers from the Member States to include disaster prevention, mitigation and preparedness issues in their policies on social development and health sector reform and, in the countries where they do not already exist, that offices be organized dedicated to this field.
3. To recognize the SUMA system (supply management) as the regional standard to be used in emergencies and to request the highest level of training for personnel in this methodology.
4. To request the international donor community to increase its financial assistance to strengthen the countries' disaster prevention, mitigation, and preparedness programs, especially in the post-hurricane reconstruction phase, thus decreasing the health sector's vulnerability, and to include these practices in the sector's reform.
5. To adopt the document on lessons learned, prepared at the evaluation meeting on hurricanes Georges and Mitch, as official PAHO/WHO guidelines, and to suggest that each Member State adopt these in the development of disaster prevention, mitigation and preparedness policies.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

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

Se levanta la reunión a las 5:50 p.m.

The session rose at 5:50 p.m.