



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



43rd DIRECTING COUNCIL
53rd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 24-28 September 2001

CD43/SR/7
27 September 2001
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH MEETING
ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SÉPTIMA REUNIÓN

Thursday, 27 September 2001, at 9:00 a.m.
Jueves, 27 de septiembre de 2001, a las 9:00 a.m.

President:

Presidente:

Dra. Sara Ordoñez

Colombia

Contents
Contenido

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

Condolences to the United States of America
Pésame a los Estados Unidos de América

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify in writing, of any changes they wish to have made in the text, may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, fax (1202) 974-3633, by 31 October 2001. The final text will be published in the *Summary Records* of the Council.

Nota: Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, a la Jefa del Servicio de Conferencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, fax (1202) 974-3633 antes del 31 de octubre de 2001. El texto definitivo se publicará en las *Actas resumidas* del Consejo.

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

Item 4.11: Mental Health
Punto 4.11: Salud mental

Item 4.7: International Health Regulations
Punto 4.7: Reglamento Sanitario Internacional

Item 4.9: Framework Convention on Tobacco Control
Punto 4.9: Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica

*The meeting was called to order at 9:10 a.m.
Se abre la reunión a las 9.10 a.m.*

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

CONDOLENCES TO THE UNITED STATES OF AMERICA
PÉSAME A LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

La PRESIDENTA somete a consideración el siguiente proyecto de resolución:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Noting with great sorrow and consternation the tragic loss of life resulting from the terrorist acts perpetrated against the United States of America, one of PAHO's Member States, on 11 September 2001;

Mindful of the fact that citizens of many countries are believed to have been killed or injured in this terrorist attack, including many individuals from the Member States of the Pan American Health Organization;

Considering the remarkable and heroic rescue efforts underway, which also caused the significant loss of lives of firefighters, police, search and rescue volunteers, and health personnel;

Bearing in mind the solidarity that the United States of America has traditionally expressed to all the countries of the world whenever they have found themselves to be victims of natural or man-made disasters; and

Gravely concerned with the escalating levels of terrorist activities and other forms of violence against civil society, and with this armed attack in particular,

RESOLVES:

1. To convey the sympathy and condolences of PAHO's Member States to the Government and people of the United States of America, and offer any assistance that may be requested to aid the health authorities in their relief efforts.

2. To commend the health personnel, fire fighters, and rescue volunteers, and particularly, to honor those who lost their lives in the collapse of the two World Trade Center buildings in New York.
3. To condemn those who perpetrated these acts of terrorism in the United States of America as well as those who harbor terrorists or support terrorist activity.
4. To urge all Member States to strengthen their disaster preparedness programs to be able to respond to acts of violence that threaten national security and the health and well-being of populations.

EL 43.ª CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo observado con gran pesar y consternación la trágica pérdida de vidas resultante de los actos terroristas perpetrados contra los Estados Unidos de América, Estado Miembro de la OPS, el 11 de septiembre de 2001;

Consciente de que se considera que en este ataque terrorista murieron o sufrieron lesiones personas de muchas nacionalidades, incluidos muchos ciudadanos de Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando los esfuerzos de rescate en curso, notables y heroicos, en los que también han perdido la vida bomberos, policías, voluntarios de búsqueda y rescate y personal médico;

Teniendo presente la solidaridad que los Estados Unidos de América siempre han manifestado a todos los países del mundo cuando han sido víctimas de desastres naturales o provocados por el hombre, y

Gravemente preocupado por el creciente nivel de las actividades terroristas y otras formas de violencia contra la sociedad civil y, en particular, con este ataque armado,

RESUELVE:

1. Transmitir la solidaridad y expresar el sincero pésame de los Estados Miembros de la OPS al Gobierno y al pueblo de los Estados Unidos de América, y ofrecer toda la asistencia necesaria para ayudar a las autoridades sanitarias en sus esfuerzos de socorro.

2. Ensalzar al personal de salud, los bomberos y los voluntarios de rescate y, en particular, honrar a quienes perdieron la vida al derrumbarse los dos edificios del Centro Mundial del Comercio en Nueva York.
3. Condenar a quienes perpetraron estos atentados terroristas en los Estados Unidos de América, así como a quienes cobijan a los terroristas o apoyan su actividad.
4. Instar a todos los Estados Miembros a que fortalezcan sus programas de preparativos para casos de desastre, a fin de que puedan responder a los actos de violencia.

La PRESIDENTA se permite proponer un cambio en el segundo párrafo resolutivo: en vez de "...perdieron la vida al derrumbarse los dos edificios del Centro Mundial del Comercio en Nueva York", diría "perdieron su vida para salvar la de otros", y el resto quedaría como está.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

The Delegate of the UNITED STATES expressed the gratitude of his country for the expressions of condolence, both in words and through the actions of endorsing and adopting the resolution. The attack had been against all, with as many as 80 countries having been represented in the two buildings of the World Trade Center, and it was indeed an honor to have PAHO adopt the resolution of condolence for the United States.

APPROPRIATION FOR THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR
2000-2003

ASIGNACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PARA 2002-2003

La PRESIDENTA somete a consideración el siguiente proyecto de resolución:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

RESOLVES:

1. To approve the Program of Work for the Secretariat as outlined in the *Biennial Program Budget, Proposal for 2002-2003, Official Document No. 296.*

2. To appropriate for the financial period 2002-2003 an amount of \$210,074,666 as follows:

Part I	Health in Human Development	31,586,100
Part II	Health Promotion and Protection	15,600,100
Part III	Environmental Protection and Development	14,037,000
Part IV	Health Systems and Services Development	22,934,200
Part V	Disease Prevention and Control	24,389,400
Part VI	Governing Bodies and Coordination	42,918,000
Part VII	General Direction	<u>11,905,000</u>
Part VIII	Administrative Services	<u>23,430,200</u>
	<u>Effective Working Budget for 2002-2003 (Parts I-VIII)</u>	<u>186,800,000</u>
Part IX	Staff Assessment (Transfer to Tax Equalization Fund)	23,274,666
	TOTAL – ALL PARTS	<u>210,074,666</u>

3. That the appropriation shall be financed from:

(a) Assessments in respect to:

Member Governments, Participating Governments and Associate Members assessed under the scale adopted by the Organization of American States in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code or in accordance with Directing Council and Pan American Sanitary Conference resolutions

193,574,666

(b) Miscellaneous Income

16,500,000

TOTAL

210,074,666

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

4. That, in accordance with the Financial Regulations of PAHO, amounts not exceeding the appropriations noted under paragraph 1 shall be available for the payment of obligations incurred during the period 1 January 2002 to 31 December 2003, inclusive. Notwithstanding the provision of this paragraph, obligations during the financial period 2002-2003 shall be limited to the effective working budget, i.e., Parts I-VIII.

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

EL 43.ª CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa de Trabajo para la Secretaría como se presenta en el *Documento Oficial 296, Presupuesto por Programas Bienal, Propuesta 2002-2003.*

2. Asignar la cantidad de \$210,074,666 para el período financiero 2002-2003 de la siguiente manera:

Parte I	Salud en el Desarrollo humano	31,586,100
Parte II	Promoción y Protección de la salud	15,600,100
Parte III	Protección y Desarrollo Ambiental	14,037,000
Parte IV	Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	22,934,200
Parte V	Prevención y Control de Enfermedades	24,389,400

Parte VI	Cuerpos Directivos y Coordinación	42,918,000
Parte VII	Dirección General	<u>11,905,000</u>
Parte VIII	Servicios Administrativos	<u>23,430,200</u>
	<u>Presupuesto efectivo para 2002-2003 (Partes I - VIII)</u>	<u>186,800,000</u>
Parte IX	Impuesto del Personal (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	23,274,666
	TOTAL – TODAS LAS PARTES	<u>210,074,666</u>

3. Que las asignaciones se financien mediante:

(a) Cuotas asignadas correspondientes a:

Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana

193,574,666

(b) Ingresos varios

16,500,000

TOTAL

210,074,666

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

4. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2003, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 2002-2003 se limitarán al total del presupuesto por programa, es decir, a las Partes I-VIII.

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

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ASSESSMENTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS, PARTICIPATING GOVERNMENTS AND ASSOCIATE MEMBERS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 2002-2003

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 2002-2003

La PRESIDENTA somete a consideración el siguiente proyecto de resolución:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

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

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

RESOLVES:

To establish the assessments of the Member Governments, Participating Countries and Associate Members of the Pan American Health Organization for the financial period 2002-2003 in accordance with the scale of quotas shown below and in the corresponding amounts.

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Scale Adjusted to PAHO Membership		Gross Assessment		Credit from Tax Equalization Fund		Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		Net Assessment	
<u>Membership</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
Antigua and Barbuda	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Argentina	4.897907	4.897907	4,740,556	4,740,556	569,987	569,987			4,170,569	4,170,569
Bahamas	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Barbados	0.079965	0.079965	77,396	77,396	9,306	9,306			68,090	68,090
Belize	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
Bolivia	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Brazil	8.546348	8.546348	8,271,782	8,271,782	994,567	994,567			7,277,215	7,277,215
Canada	12.354723	12.354723	11,957,808	11,957,808	1,437,760	1,437,760	75,000	75,000	10,595,048	10,595,048
Chile	0.539769	0.539769	522,428	522,428	62,815	62,815			459,613	459,613
Colombia	0.939599	0.939599	909,413	909,413	109,344	109,344			800,069	800,069
Costa Rica	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Cuba	0.730372	0.730372	706,908	706,908	84,996	84,996			621,912	621,912
Dominica	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Dominican Republic	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Ecuador	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Scale Adjusted to PAHO Membership		Gross Assessment		Credit from Tax Equalization Fund		Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		Net Assessment	
Membership	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Member Governments:										
El Salvador	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Grenada	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
Guatemala	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Guyana	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Haiti	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Honduras	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Jamaica	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Mexico	6.077403	6.077403	5,882,156	5,882,156	707,247	707,247			5,174,909	5,174,909
Nicaragua	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Panama	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Paraguay	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Peru	0.409825	0.409825	396,659	396,659	47,693	47,693			348,966	348,966
Saint Kitts and Nevis	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Saint Lucia	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
Saint Vincent and the Grenadines	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Suriname	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Trinidad and Tobago	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
United States Of America	59.444615	59.444615	57,534,856	57,534,856	6,917,765	6,917,765	5,250,000	5,250,000	55,867,091	55,867,091
Uruguay	0.259889	0.259889	251,539	251,539	30,244	30,244			221,295	221,295
Venezuela	3.198634	3.198634	3,095,873	3,095,873	372,236	372,236	5,000	5,000	2,728,637	2,728,637
Subtotal	99.448227	99.448227	96,253,287	96,253,287	11,573,122	11,573,122	5,330,000	5,330,000	90,010,165	90,010,165

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
Membership	Scale Adjusted to PAHO Membership		Gross Assessment		Credit from Tax Equalization Fund		Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PASB Staff		Net Assessment	
	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Participating Governments:										
France	0.289876	0.289876	280,563	280,563	33,734	33,734			246,829	246,829
Kingdom of the Netherlands	0.089961	0.089961	87,071	87,071	10,469	10,469			76,602	76,602
United Kingdom	0.059974	0.059974	58,047	58,047	6,979	6,979			51,068	51,068
Subtotal	0.439811	0.439811	425,681	425,681	51,182	51,182			374,499	374,499
Associate Member:										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	108,365	108,365	13,029	13,029			95,336	95,336
Subtotal	0.111962	0.111962	108,365	108,365	13,029	13,029			95,336	95,336
TOTAL	<u>100.000000</u>	<u>100.000000</u>	<u>96,787,333</u>	<u>96,787,333</u>	<u>11,637,333</u>	<u>11,637,333</u>	<u>5,330,000</u>	<u>5,330,000</u>	<u>90,480,000</u>	<u>90,480,000</u>

(5) This column includes estimated amounts to be received by the respective Member Governments in 2002-2003 in respect of taxes levied by them on staff members' emoluments received from PASB, adjusted for the difference between the estimated and the actual for prior years.

EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,

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

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

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003 de conformidad con la escala de cuotas indicadas a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Neta	
Miembros de la OPS	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Miembros:										
Antigua y Barbuda	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Argentina	4.897907	4.897907	4,740,556	4,740,556	569,987	569,987			4,170,569	4,170,569
Bahamas	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Barbados	0.079965	0.079965	77,396	77,396	9,306	9,306			68,090	68,090
Belice	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
Bolivia	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Brasil	8.546348	8.546348	8,271,782	8,271,782	994,567	994,567			7,277,215	7,277,215
Canadá	12.354723	12.354723	11,957,808	11,957,808	1,437,760	1,437,760	75,000	75,000	10,595,048	10,595,048
Chile	0.539769	0.539769	522,428	522,428	62,815	62,815			459,613	459,613
Colombia	0.939599	0.939599	909,413	909,413	109,344	109,344			800,069	800,069
Costa Rica	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Cuba	0.730372	0.730372	706,908	706,908	84,996	84,996			621,912	621,912
Dominica	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
República Dominicana	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Ecuador	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Neta	
Miembros de la OPS	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Miembros:										
El Salvador	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Granada	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
Guatemala	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Guyana	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Haití	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Honduras	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Jamaica	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
México	6.077403	6.077403	5,882,156	5,882,156	707,247	707,247			5,174,909	5,174,909
Nicaragua	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Panamá	0.129945	0.129945	125,770	125,770	15,122	15,122			110,648	110,648
Paraguay	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Perú	0.409825	0.409825	396,659	396,659	47,693	47,693			348,966	348,966
Saint Kitts y Nevis	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Santa Lucia	0.029987	0.029987	29,024	29,024	3,490	3,490			25,534	25,534
San Vicente y las Granadinas	0.019993	0.019993	19,351	19,351	2,327	2,327			17,024	17,024
Suriname	0.069971	0.069971	67,723	67,723	8,143	8,143			59,580	59,580
Trinidad y Tabago	0.179924	0.179924	174,143	174,143	20,938	20,938			153,205	153,205
Estados Unidos de América	59.444615	59.444615	57,534,856	57,534,856	6,917,765	6,917,765	5,250,000	5,250,000	55,867,091	55,867,091
Uruguay	0.259889	0.259889	251,539	251,539	30,244	30,244			221,295	221,295
Venezuela	3.198634	3.198634	3,095,873	3,095,873	372,236	372,236	5,000	5,000	2,728,637	2,728,637
Subtotal	99.448227	99.448227	96,253,287	96,253,287	11,573,122	11,573,122	5,330,000	5,330,000	90,010,165	90,010,165

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Neta	
<u>Miembros de la OPS</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Participantes										
Francia	0.289876	0.289876	280,563	280,563	33,734	33,734			246,829	246,829
Reino de los Países Bajos	0.089961	0.089961	87,071	87,071	10,469	10,469			76,602	76,602
Reino Unido	0.059974	0.059974	58,047	58,047	6,979	6,979			51,068	51,068
Subtotal	0.439811	0.439811	425,681	425,681	51,182	51,182			374,499	374,499
Miembros Asociados										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	108,365	108,365	13,029	13,029			95,336	95,336
Subtotal	0.111962	0.111962	108,365	108,365	13,029	13,029			95,336	95,336
TOTAL	<u>100.000000</u>	<u>100.000000</u>	<u>96,787,333</u>	<u>96,787,333</u>	<u>11,637,333</u>	<u>11,637,333</u>	<u>5,330,000</u>	<u>5,330,000</u>	<u>90,480,000</u>	<u>90,480,000</u>

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los Gobiernos Miembros en 2002-2003 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la OSP los funcionarios de sus nacionalidades respectivas, debidamente reajustadas para tener en cuenta cualquier diferencia entre lo estimado y la cantidad real de los años anteriores.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 4.11: MENTAL HEALTH
PUNTO 4.11: SALUD MENTAL

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que en junio pasado la Oficina informó al Comité de varias iniciativas importantes de la Organización Mundial de la Salud que ponían de relieve la salud mental en el 2001 y brindaban una oportunidad singular para promover una mejor atención mental. Por lo tanto, el Comité instó a los Estados Miembros y a la Organización a aprovechar el impulso creado por esas iniciativas. Por otra parte, expresó su apoyo a la atención comunitaria de la salud mental y a la integración de los servicios de salud mental en los de atención primaria. Se subrayó la necesidad de capacitar a los trabajadores sanitarios para que sepan reconocer el componente de salud mental de problemas como las adicciones y el abuso de sustancias, así como detectar los problemas en los pacientes que acuden a los consultorios de atención primaria por otros motivos. El Comité encomió los esfuerzos de la OPS para aumentar la base de pruebas en materia de salud mental y recalcó la importancia de incorporar el componente de salud mental en las actividades más amplias de promoción de la salud. También destacó la necesidad de abordar los factores socioeconómicos, culturales, personales y familiares determinantes de la mala salud mental.

Los delegados subrayaron que era preciso prestar más atención a los problemas de salud mental de los niños y adolescentes para prevenir dificultades a largo plazo e

insistieron en la importancia de sensibilizar y educar a los padres y profesores para que detecten los problemas de salud mental en los menores. Asimismo, varios delegados destacaron las necesidades especiales en materia de salud mental de las víctimas de desastres y de desórdenes políticos. La resolución sobre este punto aprobada por el Comité Ejecutivo se somete ahora a la consideración del Consejo Directivo.

O Dr. CALDAS DE ALMEIDA (Coordinador, Saúde Mental, OPAS) disse que as iniciativas da OMS em 2001 em saúde mental ensejaram uma oportunidade única para melhorar os cuidados de saúde mental e promover a saúde mental nas Américas e em todo o mundo. É uma excelente oportunidade de reflexão sobre algumas das questões mais relevantes na área da saúde mental para a região: Qual é a real magnitude e a carga real dos problemas de saúde mental? Qual a eficácia das atividades empreendidas para enfrentar esses problemas? Quais os principais desafios no princípio deste milênio? Como podem a OPAS e os Estados Membros aproveitar essa oportunidade para enfrentar os problemas de saúde mental?

Dados recentes mostram que essa magnitude e essa carga são muito maiores do que se pensava há poucos anos. Mostram que as perturbações mentais têm uma alta prevalência, causam enorme sofrimento e incapacidade — 28% da incapacidade causada por doenças— e são responsáveis por parte significativa da carga global das doenças — 21% nas Américas em 1999. Esses números tendem a aumentar, dadas as mudanças sociais e demográficas. Estima-se que, entre 1990 e 2010, o número de

peças que sofrem de depressão ou esquizofrenia na América Latina e no Caribe aumentará exponencialmente, de 20 para 35 milhões e de 3,3 para 5,5 milhões, enquanto a carga das doenças mentais nos países em desenvolvimento também aumentará significativamente, de 9% para 14% da carga global das doenças.

Faltam, ainda, os conhecimentos necessários sobre as conseqüências econômicas das doenças mentais, mas já há dados sobre os países mais desenvolvidos. Os Estados Unidos têm um custo agregado de US\$148 bilhões por ano, a preços de 1990, com todas as perturbações psiquiátricas. Mais da metade representa custos relacionados com a perda de produtividade. Os estudos econômicos mostram que a incapacidade para o trabalho é responsável por parte significativa do impacto global dos problemas de saúde mental. A depressão causa maior duração da incapacidade e maior queda de produtividade do que outras doenças. Os estudos mostram também os ganhos de produtividade após tratamento efetivo da depressão. O impacto econômico da esquizofrenia também é alto — entre 1½ % e 3% dos custos nacionais de saúde dos países desenvolvidos. E os custos indiretos da esquizofrenia são até sete vezes maiores do que seus custos diretos.

Antes de 1990, poucos países da região tinham políticas de saúde mental. Na década de 90, muitos as adotaram. Quanto a legislação de saúde mental, o quadro é parecido. Antes de 90, poucos países tinham legislação específica sobre saúde mental. Apesar do avanço recente, ainda há muito a fazer em matéria de políticas e planos de saúde mental.

O quadro é menos otimista no que respeita à prestação de cuidados de saúde mental. Em termos de integração da saúde mental nos cuidados e na atenção primária, — uma estratégia prioritária — apenas uma pequena parte da população é coberta por esses serviços e poucos países podem atender a casos mais severos. Poucos profissionais de atenção primária têm algum treinamento em saúde mental e o serviço de saúde mental na maioria dos países continua a ser prestado predominantemente nos antigos hospitais psiquiátricos.

Nas Americas, 47% dos leitos psiquiátricos estão em hospitais psiquiátrico; apenas 16,8% estão em hospitais gerais. Mas na maioria dos países, o número de leitos em hospitais gerais e de serviços na comunidade é extremamente reduzido e grande parte dos recursos continuam concentrados nos hospitais psiquiátricos. Isso tem a ver com o orçamento de saúde mental, que deveria ser de 11-12%; na maioria dos países, porém, os números são muito baixos: 30% dos países dedicam menos de 2% do orçamento à saúde mental; 46% , dedicam entre 2% e 5% e apenas 23,1% dedicam mais de 5%, que seria o mínimo aceitável, dada a carga das doenças mentais no conjunto de todas as doenças. Novas intervenções efetivas, novos modelos de serviço comunitário são necessários. Mesmo nos países mais desenvolvidos, mais de 50% da população não tem acesso a cuidados de saúde em caso de problemas de saúde mental . A exclusão e a violação dos direitos humanos continuam estreitamente associados aos problemas de saúde mental.

A situação lança alguns desafios: 1) Como valorizar a saúde mental e combater o estigma associado aos problemas de saúde mental? Como implementar políticas de saúde

mental? Como rever ou criar legislação sobre saúde mental? Como reduzir a inequidade, assegurando a crianças, mulheres, idosos, vítimas de desastres e populações indígenas os cuidados específicos de que necessitam? Como assegurar o treinamento adequado e melhorar a avaliação e a monitoração dos planos de saúde mental? Como assegurar a participação das famílias e dos usuários nos planos de saúde mental? Cabe chamar a atenção para a importância dos problema de implementação de políticas de saúde mental. Tem havido progresso na formulação de políticas; o problema está na implementação.

O grande desafio dos próximos anos será conseguir implementar políticas de saúde mental, numa situação de transição no terreno operacional, nos serviços e programas, nos cuidados de saúde mental e em prevenção. É especialmente importante a disseminação de diretrizes baseadas em evidências. Há estudos que mostram quais os modelos mais eficazes. É também importante melhorar a capacidade dos países para desenvolver e administrar seus planos de saúde mental e integrar a saúde mental nos cuidados primários e transferir, pouco a pouco, os cuidados de saúde mental dos hospitais psiquiátricos para a comunidade. É preciso não só desenvolver serviços na comunidade, mas incorporar nas atividades desses serviços todos os agentes da comunidade que podem e devem intervir em saúde mental.

Há recursos a serem aproveitados, que podem ter um papel decisivo: a família, a escola, o município e os próprios usuários. Será necessário um grande esforço nacional e regional para responder a todos esses desafios. Esse esforço terá que incluir grande

número de agentes e e protagonistas, políticos, profissionais, representantes da sociedade civil, membros da comunidade familiar, usuários.

Aproveitando a dinâmica gerada este ano e as iniciativas da OMS, bem como as conquistas da ciência e das intervenções eficazes dos últimos anos, o Conselho Diretor pode contribuir muito para mudar significativamente a situação da saúde mental na região nos próximos anos, reduzindo o estigma e a exclusão, melhorando os cuidados e desenvolvendo as intervenções da promoção da saúde mental.

O Delegado do BRASIL disse que seu país aprova os documentos CD43/15 e CE128/18 apresentados pela Secretaria e a proposta de resolução do Comitê Executivo. O Brasil foi signatário da declaração de Caracas e tem concentrado esforços na reestruturação da assistência em saúde mental, buscando redirecionar o eixo da atenção para um modelo de base comunitária mais equânime e eficiente.

Na última década, reduziu-se o parque hospitalar psiquiátrico e ampliou-se a oferta de serviços e atenção diária. Mesmo assim, cerca de 90% dos recursos gastos este ano nesta área de saúde mental são para pagamento de diárias hospitalares, havendo, pois, um longo caminho a ser percorrido para alcançar o novo modelo proposto.

Eis alguns dados significativos: 1) Aprovação recente de uma nova lei nacional de saúde mental. 2) Continuação do financiamento da abertura de novas unidades de atenção extra-hospitalar, em quase todo o território nacional. 3) Aprovação de mecanismos de moradias, inclusive residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais com longa trajetória de institucionalização. 4) Manutenção da supervisão e vistoria da rede

hospitalar psiquiátrica, a fim de a reduzir as possibilidades de violação dos direitos humanos e de cidadania dos usuários. 5) Implantação gradual de ações de saúde mental no âmbito do programa de saúde da família, ou seja, no atendimento básico de saúde. 6) Aumento contínuo da participação de entidades representativas dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares nos conselhos de saúde. 7) Amplo debate, por ocasião das comemorações do Dia Mundial de Saúde, do tema “Cuidar, sim; excluir, não”, uma oportunidade exemplar para redução do estigma da doença mental em nosso meio.

Culminando as atividades, o Ministério da Saúde convocou a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, para dezembro deste ano, com etapas municipais e estaduais, quando o tema será mais uma vez objeto da mais ampla atenção nacional.

The Delegate of the UNITED STATES said that there was no doubt that mental health was fundamental to overall health and productivity for all, and the basis for successful contributions to family, community, and society. The President of the United States had established the National Commission on Mental Health Services as part of his new Freedom Initiative, believing that while there were many federal agencies overseeing mental health policies, the competitive advantage of each agency could be better leveraged to address mental health needs. That Commission had made recommendations for improving America’s mental health services delivery system, including the availability and delivery of new treatments and technologies, both at the institution and

community levels. Additionally, the US Surgeon General's report on mental health, culture, race, and ethnicity had recently been published and brought focus to the fact that mental health problems and illnesses were real and disabling conditions which were experienced by one in five Americans, regardless of race or ethnicity. It further noted that the majority of people with diagnosable disorders, regardless of race or ethnicity, did not receive treatment.

The stigma surrounding mental illness was one of the strongest barriers to receiving appropriate treatment. Despite increasing sensitivity in the Americas regarding most disabilities, mental illness all too often remained a target for ridicule and misrepresentation, and although the public health sector did not have formal responsibility for anti-stigma and anti-discrimination efforts, it had both the knowledge and the opportunity substantially to reduce the barriers to mental health.

Under PAHO's leadership, Member States could collectively begin to tackle the burden of mental health. Areas of particular concern included the need for better research and data, improved evaluation of the efficacy of prevention and treatment services, and the development of policies and actions that would reduce and eventually eliminate the stigma attached to mental illness. Member States had to be willing to use their country level allocations to support PAHO technical cooperation in the area of mental health. The United States was coordinating with WHO and PAHO to highlight the release of WHO's Annual Report on Mental Health, in particular through the holding of an

Americas' Conference on Mental Health Research Challenges, to be held in Washington, D.C., on 5-6 November 2001.

The Delegate of CANADA said that it was encouraging to see that some countries had progressed in their implementation of mental health programs and policies since the Caracas Declaration. The document did an excellent job of highlighting such achievements and also of identifying some of the challenges that remained. Two challenges which Canada considered to be of great importance and in need of concerted action were, firstly, the need for countries to commit resources for mental health strategies, and secondly, the protection of the rights of people living with mental illnesses and the elimination of stigma and neglect.

The document rightly pointed out that research and monitoring of mental illnesses among children were inadequate. Furthermore, when mental health was not integrated as part of the delivery of primary health care services, often other illnesses, such as addictions and substance use, were treated without consideration of their relevance to mental health. All were well aware of the linkages between mental and physical health, but it was not always ensured that mental health was an integral component of wider health promotion policies and strategies. In addressing mental health, there was a need also to focus on building healthy relationships and support systems in and across families and communities. That would help ease the burden of care, as well as the development of social support systems, which would ensure mental health among the population and could be hoped to reduce and prevent illnesses.

That was specially important, in order to provide services and treatment that were accessible and relevant to all segments of the population, including racial and ethnic minorities, refugees, indigenous populations, and victims of disasters. Examining risks and protective factors for mental health would be important considerations in the Canadian Strategy for Mental Health Promotion currently being developed by Health Canada. That initiative would involve key organizations in health and other related sectors and would be designed to address the determinants of mental health. Within Health Canada there was also a Children's Mental Health and Youth Unit which addressed issues relating to the mental health of children, from the prevention and early intervention perspective. Emphasis was placed on those most at risk of developing mental health problems due to social, economic, cultural, personal, family, and environmental factors.

The actual delivery of mental health programs in Canada was the responsibility of the provinces and the territories. Mental health services at that level were provided through a variety of means: primary care, general hospital psychiatric units, community mental health units, specialized treatment facilities and psychiatric hospitals, and community providers and a number of community-based organizations. Meeting the challenges of developing national and regional responses to mental health necessitated the sharing of best practices and collaborative partnerships with various actors, including businesses, social and legal services, and education systems, as well as between countries.

Canada was very supportive of the actions proposed in the resolution, encouraging Member States to integrate mental health care into primary health services. By integrating such services and programs into various levels and sectors, and involving community participation, education, and awareness about mental health were improved, and the stigma and discrimination encountered by many of those living with mental health disorders were reduced.

Canada looked forward to continued dialogue and collaboration with PAHO's Member States to improve the mental health of the population of the Americas.

The Delegate of BARBADOS, speaking on behalf of the countries of the Caribbean Community, congratulated the Organization in taking a proactive position to promote good mental health. Mental health was indeed an issue requiring special attention at country, regional, and global levels. Both in the regional and in the international arena, attention was now being given to mental health as a major public health problem, as shown by the dedication of World Health Day 2001 to mental health.

Mental health had been recognized by the Caribbean countries as one of the eight priorities for action, as outlined in the second phase of the Caribbean Cooperation in Health Initiative. The Caribbean countries had recognized the need to demystify mental health care, and were already on a path of de-emphasizing the management of mental illness in psychiatric hospitals in favor of integrated holistic care at the primary level.

At the subregional level PAHO was supporting the development of a mental health strategy, which aimed to incorporate the TCC modality for sharing the gains already existing among the countries in the subregion. A major aspect of the regional plan was human resource development, which included the training of non-psychiatric personnel and community workers, such as the police, in mental health issues. The strategic plan would also incorporate a wide range of issues not traditionally deemed as important, including suicides, depression, violence, and alcoholism. Incorporation of those issues would ensure that linkages would be established with the Drug Demand Reduction program.

Stigma remained a formidable impediment for persons needing care and support. It was to be hoped that the education components of the plan would cause the population's attitude to mental illness to change. The Caribbean countries also recognized that was important to reform the legislative framework for dealing with mental illness and the mentally ill.

They therefore called on the Director to continue to support the development of the subregional plan and reform initiatives embodied in the plan. The CARICOM community endorsed and supported the Resolution contained in document CD43/15, feeling that it would go a long way in demonstrating commitment to the provision of adequate mental services and the formulation of national strategies to address discrimination against persons with mental disabilities.

El Delegado de CUBA está convencido de la gran importancia del tema y señala que los trastornos mentales aumentan considerablemente la carga de morbilidad y perjudican el desarrollo y la productividad de la sociedad. La salud mental debe concebirse como la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrarle un sentido a la vida. Es decir, representa mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales y tiene importantes connotaciones sociales y comunitarias.

A continuación da a conocer una serie de estadísticas acerca de la situación de la salud mental en su país, destacando la existencia de un plan nacional desde 1990 y el desplazamiento de la atención de los trastornos mentales del segundo nivel de atención al nivel de la comunidad. Se están redefiniendo las funciones de los hospitales psiquiátricos, y una parte de sus actividades se han transferido a los hospitales generales y a la comunidad.

El modelo cubano de atención a la salud mental se apoya en una serie de leyes y códigos que protegen a los pacientes psiquiátricos de la discriminación y la segregación social. A ello se suman las intervenciones de educación sanitaria y las actividades de organizaciones no gubernamentales que velan por evitar la estigmatización de las personas aquejadas de trastornos mentales.

Finalmente, el orador sugiere a la OPS y a los Estados Miembros la adopción de estrategias integrales para abordar la salud mental, basadas en la atención primaria, de

carácter multisectorial y con participación de la comunidad, y pone a la disposición de ellos la experiencia cubana en la materia.

The Delegate of UNITED KINGDOM said that her country very much welcomed the emphasis placed on mental health at the World Health Assembly, during World Health Day, and in the forthcoming World Health Report. Her delegation would be interested to hear of any plans at regional level for additional support to countries, whether technical or financial.

El Delegado de PARAGUAY dice que su país no cuenta con estudios que permitan describir con precisión la situación de la salud mental y la atención psiquiátrica; además, no existe una legislación al respecto y la falta de recursos agrava los problemas. Por estas razones, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha dispuesto la reorganización de la atención de la salud mental. El Gobierno reconoce la necesidad de elaborar políticas y planes para desarrollar la atención comunitaria, formular una legislación adecuada y contar con servicios más adecuados.

El Delegado de URUGUAY dice que en 1981 su país implantó un plan nacional de salud mental que marcó la transición del hospital a la comunidad y el remplazo de la enfermedad por la salud como eje central. Como resultado, se ha producido una gran disminución del número de pacientes psiquiátricos internados en nosocomios y colonias,

así como una tendencia cada vez mayor a tratar a estos pacientes en hospitales generales y en la comunidad.

El plan nacional de salud mental, en el marco del programa de salud del Uruguay para 2010, se propone emprender actividades interinstitucionales concertadas para hacer frente a problemas graves como el suicidio, la farmacodependencia, la discapacidad y la violencia. La tasa de suicidios del país, que en el año 2000 fue de 18 por 100.000 habitantes está entre las más altas de América Latina. La farmacodependencia también está aumentando y se vincula con otros problemas, como el SIDA. Asimismo, se calcula que la discapacidad afecta a 10% de la población; actualmente, un grupo multidisciplinario y multiinstitucional está realizando un estudio epidemiológico de este problema a escala nacional. La violencia doméstica y familiar alcanza niveles preocupantes y es otro de los problemas de salud mental sumamente complejos a los que debe hacer frente la sociedad uruguaya.

El Delegado de CHILE considera que el informe y el proyecto de resolución coinciden con los objetivos y las estrategias del plan nacional de salud mental vigente en su país desde el año 2000. Señala que las acciones encaminadas a promover la participación comunitaria y familiar en la atención de personas con trastornos mentales atañe a todos, y que es preciso no sólo promover esta participación, sino brindar apoyo técnico y financiero para el desarrollo de organizaciones para usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, a manera de lograr que éstos puedan defender sus derechos

en el campo de la salud y así combatir la discriminación. También es necesario disponer de un abastecimiento de medicamentos esenciales para el tratamiento de personas con enfermedades mentales, sobre todo las de mayor cronicidad.

La Delegada de ARGENTINA felicita a la OPS por su oportuna presentación sobre este tema en este año dedicado a la salud mental. Afirma que es poco el espacio concedido a la salud mental dentro del campo de la salud y escasa la participación de este sector en el presupuesto asignado a salud. En el Ministerio de Salud de Argentina se ha creado, a partir de 2001 con el nuevo gobierno, una unidad coordinadora-ejecutora de salud mental y comportamientos saludables, cuyo objetivo es integrar las políticas en estas áreas en el marco de las políticas generales de salud propuestas por el Ministerio: promover la salud mental y los estilos de vida saludables; prevenir las enfermedades y contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos; promover la investigación científica y la capacitación continua; impulsar la investigación epidemiológica; prestar asesoramiento a todos los organismos que lo soliciten; coordinar y asesorar a los programas y actividades orientados a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables, y coordinar y organizar el funcionamiento del Consejo.

Se reconocen como acciones: promover el modelo de atención primaria de la salud en el marco de la salud mental; desarrollar conductas saludables; tomar medidas para prevenir el uso y abuso de sustancias; impulsar acciones para prevenir y controlar las adicciones; desarrollar conductas saludables; tomar medidas para prevenir y controlar las

adiciones; desarrollar un programa nacional para prevenir la depresión y el suicidio; procurar el diagnóstico precoz de la depresión; normatizar los modelos de tratamiento psicofarmacológicos y psicoterapéutico y los registros de casos de suicidio; crear servicios de asistencia para personas en riesgo de suicidarse; unificar los criterios vinculados con la transformación de los sistemas de atención psiquiátrica, promoviendo el desarrollo de nuevas modalidades de atención ambulatoria; fomentar acciones de comunicación social tendientes a promover estilos de vida saludables y la salud mental, y finalmente, impulsar actividades de educación para la salud con profundo contenido de participación social.

Paralelamente, es real el incremento de los problemas de salud mental vinculados con el agravamiento de las condiciones sociales, económicas y políticas. Explica que el concepto de años de vida útil perdidos por incapacidad ha ayudado a comprender la importancia de la salud mental y de los temas vinculados con el desarrollo de hábitos salubres, puesto que las enfermedades mentales no contribuyen a los índices de mortalidad, pero sí a los de discapacidad.

Si bien es cierto que cada vez más países tienen planes y programas de salud mental, ello no garantiza la obtención de los resultados deseados. Su país, por ejemplo, cuenta desde 1998 con un plan de salud mental, pero como no había recibido el presupuesto necesario no había podido realizar las actividades de promoción y asistencia pertinentes para lograr una transformación real de la situación. Actualmente Argentina se encuentra dentro de 23% de los países que asignan más de 5% de su presupuesto a la

salud mental, pero eso tampoco garantiza que se obtengan resultados si no se acompaña de gestiones adecuadas para lograr determinados objetivos y de una firme voluntad política.

Finalmente, dice que su país está de acuerdo con los términos del proyecto de resolución propuesto.

El Dr. DE ALMEIDA (OPS) agradece los comentarios de los delegados y afirma que en los últimos años se alcanzaron logros muy importantes en el campo de la salud mental, pero que tener una política o un presupuesto no significa que se obtengan resultados. Es necesario luchar por llevar a la práctica las políticas y utilizar bien los recursos que existen.

Como la salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, toda la estrategia debe orientarse hacia el ofrecimiento de servicios a la comunidad en conexión con muchos agentes de la comunidad. Es preciso investigar mucho más y desarrollar nuevos programas en esta área.

Continuing in English, he said that the remarks made by Canada had summarized very well the key challenges, of which the first was integration. There was a need to integrate many things that at present were not integrated. Children had been forgotten, women had been forgotten, it had been forgotten that mental disorders were connected with physical disorders, and mental health services had been separated from the service of general health. Now there was a need to make connections at the different levels, not

keeping the people with mental health problems separate from the people with other problems, and putting the mental health professionals together with other health professionals. The main result of the lack of integration was the stigma attaching to mental health problems. There was a need to overcome that stigma and the exclusion of people with mental health problems, and a need to integrate them and to recognize that a high percentage of people now mentally healthy might quite soon be in the group of those with mental health problems.

Another problem was that of resources. There was a need for a commitment by countries to assign more resources to mental health, because those already allocated were too low by comparison with the needs.

He thanked the Delegates for all the excellent efforts made by their countries to celebrate World Health Day. In all countries, the initiatives by ministries of health, by professional, scientific associations, and so on, had been amazing.

Additionally, the preparation of the World Health Report had given a large amount of data that could now be used for the future to build better policies and to evaluate what was being done. The conference to be held on 5-6 November 2001 with the support of the United States National Institute of Mental Health, and the participation of all the countries of the Americas, would be an opportunity to explore together how partnerships could be established and to work together to improve mental health care and promote mental health.

Regarding the questions from the Delegate of the United Kingdom, he explained that PAHO was working together with WHO in Geneva, and was aware of the plans being made in Geneva for follow-up to the World Health Report. One of the aims of the forthcoming conference in Washington would be to establish projects that could fit in with those being developed at the local level in Geneva. With the support of its Member States, PAHO would be able to do that.

La PRESIDENTA pide al Relator que lea el proyecto de resolución sobre el tema.

El RELATOR lee el siguiente proyecto de resolución:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Acknowledging the increasing contribution of mental disorders to the global burden of disease and the social and economic costs associated with mental health problems in the Americas;

Taking into account that, despite all efforts made in the Region to highlight and reduce the negative impact of mental health problems, in many places mental health services continue to be poorly funded and organized and people who suffer from mental disorders still have no access to proper treatment;

Cognizant of the new alternatives available in mental health care as a result of the development of new procedures and interventions that have proven to be effective in the treatment and rehabilitation of most mental disorders; and

Considering the significant opportunity for the improvement of mental health care and the promotion of mental health in the Region provided by the awareness and enthusiasm generated by the celebration of World Health Day 2001,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) capitalize on the momentum created by the celebration of World Health Day 2001, the discussion of mental health topics at the World Health Assembly, and the focus of the World Health Report 2001 to highlight the importance of including mental health among public health priorities;

- (b) intensify actions to reduce stigma and discrimination against people with mental health problems by providing adequate information and education and addressing issues of parity;
 - (c) consolidate national efforts to implement mental health policies and plans within the framework of health sector reform by strengthening mental health units in the ministries of health and mobilizing needed resources;
 - (d) continue to develop strategies aimed at shifting mental health care from psychiatric hospitals to community-based care integrating mental health in primary care and transferring inpatient units for acute patients to general hospitals;
 - (e) actively promote and support the implementation of psychosocial rehabilitation programs, including areas such as housing, vocational training, and employment;
 - (f) make efforts to develop and update legal provisions protecting human rights of people with mental disabilities and promote the participation of consumers and families in mental health care;
 - (g) strengthen the development of services and programs to meet the specific needs of women, children, the elderly, refugees, victims of disasters, and indigenous populations;
 - (h) reinforce multisectoral approaches to mental health, thereby reinforcing collaboration with all other sectors involved in mental health care and promotion, such as education, social welfare, labor, nongovernmental organizations (NGOs), and the private sector;
 - (i) promote community and family participation in the care of individuals suffering from mental disorders and actions to promote mental health.
2. To request the Director to:
- (a) strengthen regional technical cooperation capacities, especially in taking action against stigma and discrimination, enhancing the capacities of countries to manage mental health plans, and mobilizing resources for mental health programs;
 - (b) encourage Member States to collaborate in producing and disseminating information on cost-effective mental health interventions and in designing and evaluating demonstration projects;
 - (c) assist Member States to work toward the provision of essential treatment for the most prevalent mental disorders;

- (d) continue supporting the inclusion of mental health in all health forums and activities and facilitating the establishment of partnerships with other institutions and agencies that can make a significant contribution to the promotion of mental health in the Americas;
- (e) disseminate information about advances made in the Region in recent years.

EL 43.ª CONSEJO DIRECTIVO,

Reconociendo la contribución cada vez mayor de los trastornos mentales a la carga global de morbilidad y los costos sociales y económicos vinculados con los problemas de salud mental en las Américas;

Teniendo en cuenta que, a pesar de los esfuerzos realizados en la Región para dar a conocer y reducir la repercusión negativa de los problemas de salud mental, en muchos lugares los servicios de salud mental siguen careciendo de financiamiento suficiente y están mal organizados, y las personas aquejadas de trastornos mentales aún no tienen acceso al tratamiento adecuado;

Consciente de que las nuevas opciones con que se cuenta en la atención de salud mental como resultado de los nuevos procedimientos e intervenciones que son eficaces en el tratamiento y la rehabilitación de la mayoría de los trastornos mentales, y

Considerando la extraordinaria oportunidad para el mejoramiento de la atención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en la Región que proporciona la sensibilización de la gente y el entusiasmo generado por la celebración del Día Mundial de la Salud 2001,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que aprovechen el impulso creado por la celebración del Día Mundial de la Salud 2001, el debate de los temas de salud mental en la Asamblea Mundial de la Salud y la dedicación del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 a este tema para destacar la importancia de incluir la salud mental entre las prioridades de salud pública;
 - b) a que intensifiquen las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales, proporcionando información y educación adecuada y abordando los temas de la paridad;
 - c) a que unifiquen los esfuerzos nacionales para ejecutar las políticas y los planes de salud mental en el marco de la reforma del sector de la salud mediante el fortalecimiento de las unidades de salud mental en los ministerios de salud y la movilización de los recursos necesarios;

- d) a que sigan preparando estrategias encaminadas a lograr que la atención mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad a objeto de integrar la salud mental en la atención primaria y trasladar las unidades de hospitalización para pacientes agudos a los hospitales generales;
- e) a que promuevan y apoyen activamente la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial, haciendo hincapié en aspectos como la vivienda, la formación profesional y el empleo;
- f) a que desplieguen esfuerzos para crear y actualizar las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y promover la participación de los consumidores y las familias en la atención de salud mental;
- g) a que fortalezcan el desarrollo de servicios y programas para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres, los niños, los ancianos, los refugiados, las víctimas de los desastres y las poblaciones indígenas;
- h) a que refuercen los enfoques multisectoriales a la salud mental, a objeto de fortalecer la colaboración con todos los otros sectores interesados en la atención mental y la promoción de la salud mental, como son el de la educación, el de bienestar social, el de trabajo, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado;
- i) a que promuevan la participación comunitaria y familiar en la atención a las personas que padecen de trastornos mentales y las acciones de promoción de la salud mental.

2. Solicitar al Director:

- a) que fortalezca la capacidad regional de cooperación técnica, especialmente en lo relativo a las medidas dirigidas contra el estigma y la discriminación, y ayude a mejorar la capacidad de los países para administrar los planes de salud mental y a movilizar recursos para los programas de salud mental;
- b) que aliente a los Estados Miembros a colaborar en la generación y difusión de información acerca de las intervenciones de salud mental que son eficaces en función de los costos, y a elaborar y evaluar proyectos de demostración;
- c) que ayude a los Estados Miembros a lograr que se brinde tratamiento esencial adecuado para los trastornos mentales más prevalentes;

- d) que siga respaldando la inclusión de la salud mental en todos los foros y actividades de salud, y que favorezca la forja de alianzas con otras instituciones y organismos que pueden efectuar una contribución significativa a la promoción de la salud mental en las Américas;
- e) que difunda la información acerca de los adelantos logrados en la Región en años recientes.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 4.7: INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS

PUNTO 4.7: REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO da a conocer que en la reunión de junio el Comité examinó las modificaciones propuestas al Reglamento Sanitario Internacional y explica que en aquel momento el Dr. Marlo Libel, Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles de la OPS, explicó que en 1995 la Asamblea Mundial de la Salud había recomendado revisar el Reglamento para abordar los nuevos retos relacionados con el aumento de los viajes y el comercio internacional, que contribuyen a la rápida propagación de las enfermedades infecciosas. El Reglamento vigente, adoptado en 1969, solamente abarcaba el cólera, la peste y la fiebre amarilla; dependía de la notificación de los países; carecía de mecanismos para la colaboración entre los países afectados y la OMS, y no daba ningún incentivo eficaz para estimular su cumplimiento por los Estados Miembros. Los retos en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional eran: conseguir la notificación de los riesgos de la salud pública de

importancia internacional urgente; evitar repercusiones negativas innecesarias sobre los viajes y el comercio internacional como resultado de notificaciones no confirmadas, y lograr que el sistema tuviese suficiente sensibilidad para detectar peligros para la salud pública, ya fuesen nuevos o reemergentes.

A diferencia del Reglamento vigente, el nuevo no contendría una lista de enfermedades de notificación obligatoria, sino que exigiría la notificación de cualquier brote de enfermedad u otro incidente de salud que planteara una amenaza internacional urgente para la salud pública. La urgencia se determinaría según un algoritmo proporcionado a las autoridades sanitarias y se incluirían medidas aplicables para prevenir la propagación internacional de enfermedades.

La nueva versión del Reglamento deberá presentarse a la Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación en 2004, y en 2002 se preparará un borrador del Reglamento revisado. Entre tanto, se llevará a cabo un proceso de consulta con miras a obtener todas las aportaciones posibles y lograr que la siguiente versión preliminar del Reglamento incorpore las sugerencias de los Estados Miembros y responda a sus necesidades. También se pedirá a los países que participen en las pruebas sobre el terreno de diversos aspectos del Reglamento para determinar si un evento de salud pública es de importancia internacional urgente.

Es motivo de preocupación que el proceso de revisar el Reglamento haya sido tan demorado. El Comité Ejecutivo instó a la OMS a dedicar más recursos y acelerar el ritmo de la revisión para que se logre cumplir el plazo de 2004. Todos los delegados resaltaron

la voluntad de sus países de colaborar para que la revisión avance lo más rápidamente posible. El Comité también subrayó que el Reglamento revisado debía seguir asignando prioridad a la protección de la salud pública y a la prevención de enfermedades, aunque también reconoció la necesidad de evitar medidas innecesarias que pudiesen tener consecuencias económicas indeseables o infringir el derecho de los países a participar en el comercio internacional.

Asimismo, el Comité destacó la necesidad de colaborar con otras partes directamente interesadas en el proceso de revisión, en particular las organizaciones de sanidad animal y las industrias de elaboración y control de la calidad de los alimentos. Por otra parte, alentó a la OPS a orientar su cooperación técnica hacia mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas nacionales de vigilancia que se consideraron cruciales para la revisión adecuada del Reglamento y su buen funcionamiento. Además, recalcó la necesidad de vincular la vigilancia nacional con la internacional y señaló que la revisión del Reglamento podría requerir una revisión del Código Sanitario Panamericano. Ante esto último, el Director explicó que la modificación requeriría la ratificación por el Poder Legislativo de todos los Estados Miembros, procedimiento que sería demasiado complejo y dilatado. Más factible sería modificar las prescripciones anexas al Código según fuese necesario, a fin de armonizarlas con el Reglamento Sanitario Internacional revisado. Una vez elaborada la revisión de este último, la Oficina examinaría las prescripciones del Código y recomendaría modificaciones a los Cuerpos Directivos.

El Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo aprobara una resolución sobre este tema instando a los Estados Miembros a participar activamente en la revisión y a examinar los criterios para definir un evento de salud pública de posible importancia internacional. También solicita al Director que preste cooperación técnica a los países en sus actividades destinadas a poner a prueba la revisión propuesta del Reglamento Sanitario Internacional, y recomienda que se celebren reuniones al respecto convocadas por la OMS.

O Delegado do BRASIL explicou que o ministério da saúde de seu país, por intermédio da sua Agência Nacional de Vigilância Sanitária, participa intensamente dos esforços da OMS e da OPAS na revisão do regulamento sanitário internacional. Segundo ele, a resolução CE128.R1 contém avanços significativos.

O regulamento em vigor, de 1969, prevê medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para três doenças: cólera, peste e febre amarela. É limitado, pois considera apenas as doenças transmissíveis, mas nem todas, como objeto de preocupação; tampouco propõe medidas de controle sanitário do transporte internacional de mercadorias. Se considerar as novas tendências e perfis epidemiológicos das doenças e os riscos envolvidos no comércio mundial, devido à velocidade de circulação de pessoas, bens e produtos, essa revisão do regulamento sanitário internacional será plenamente justificada. Dela deverão constar parâmetros e procedimentos eficazes de prevenção e monitoramento de riscos à saúde.

As antigas preocupações com a transmissão de doenças, com a infestação dos meios de transportes, cargas e instalações de fronteiras, devem ser somadas às novas preocupações com a fraude, as más práticas de fabricação e as doenças não infecciosas, decorrentes da eventual contaminação de produtos por causas microbiológicas, físicas e químicas que são de grande interesse sanitário, pelo seu impacto na saúde humana e ambiental.

Feitas essas considerações, expressou a visão crítica do Brasil sobre o documento e fez as seguintes sugestões para o seu aperfeiçoamento:

- 1) A revisão deverá ampliar seu espectro de atuação para o controle de doenças não infecciosas.
- 2) O intenso e diversificado comércio internacional e seus riscos sanitários não estão claramente incorporados ao conjunto de preocupações contidas no documento. Por isso, no item 2.6 do documento, o Brasil propõe a inclusão da expressão “e de riscos sanitários advindos do comércio mundial de produtos”, após a expressão, “resposta a epidemias”.
- 3) As ações de promoção da saúde e de prevenção de fatores de risco foram sugeridas exaustivamente nesta reunião, mas não estão asseguradas na proposta de revisão. O regulamento parece ocupar-se apenas das ações de notificação e controle de eventos mórbidos já ocorridos, em vez de estabelecer medidas para prevenção de suas ocorrências. A exigência de que as administrações de portos, aeroportos e fronteiras executem planos de gerenciamento da água para consumo

- humano, resíduos sólidos, efluentes sanitários, água de lastro (Ballast Water), controle de vetores e *catering* seria uma importante tomada de posição a se esperar do novo regulamento.
- 4) O monitoramento do perfil epidemiológico mundial por meio de uma vigilância de sinais e sintomas e não de doenças precisa ser melhor definido, para que sua implementação seja bem executada. Deverá estar vinculado à construção de sistemas de informação e divulgação do perfil epidemiológico de cada Estado Membro e, para isso, a OMS tem papel fundamental na orientação e acompanhamento da aplicação das medidas e formalidades propostas pelo novo regulamento sanitário internacional.
 - 5) A utilização de um sistema de notificação confidencial e o uso de informações de fontes oficiosas, necessitam ser melhor discutidos e suas implicações políticas, econômicas, sociais e sanitárias devem ser avaliadas à luz do direito internacional e da soberania dos Estados Membros.
 - 6) A elaboração de propostas para a criação de um sistema internacional de notificação de fraudes e desvios de qualidade de bens de interesse sanitário, a adoção de boas práticas no transporte internacional e no armazenamento de produtos importados e exportados, seriam medidas que harmonizariam e facilitariam o tráfego e o comércio internacional.

O Delegado do Brasil informou também que seu país enviará a cada Estado Membro uma proposição detalhada e, nela fundamentado, pretende sugerir a criação, na estrutura organizacional da OPAS, de uma comissão técnica permanente de vigilância sanitária, que teria a atribuição de cuidar dos assuntos relacionados à regulamentação sanitária dos produtos de interesse da saúde, das tecnologias em saúde e da vigilância internacional dos portos, aeroportos e fronteiras.

The Delegate of the UNITED STATES welcomed the comprehensive progress report. Being in agreement with the need to revise the international health regulations, particularly stressing the need for capacity building at the national level, the United States supported the resolution with its emphasis on Member State participation in the revision process. It endorsed the development of a surveillance and response strategy to identify public health risks of urgent international importance and provide the basis for deciding which public health measures should be applied. Surveillance data, collected by national regional health authorities, could be used not only to detect outbreaks but also to guide decision-making and capacity building in national public health programs.

The current regulations were obviously insufficient in view of the present day's rapid high-volume international migration, trade in goods, emerging infections and the threats of viral terrorism. The revised regulations would need to be flexible and clarify for the authorities the conditions under which it was appropriate to restrict movement of humans, animals, and cargo in order to contain the spread of disease.

The United States did have some concerns, however, about the revision process as currently described. It would be preferable for some of the activities detailed in the WHO plan of work for the revisions to take the form of voluntary guidelines or templates rather than binding internationally negotiated regulations. A careful balance was needed among international disease containment efforts, the infringement of individual liberties, a nation's right to engage in international trade and national determination of the proper measures to protect domestic public health.

The United States strongly encouraged collaboration and cooperation with animal health organizations on the international, regional, and national levels to establish early warning systems for public health threats that could have serious repercussions on public health or the economy of animal production and thus on food security. It was to be hoped that the regional animal health organizations in the Americas were being included in the IHR revision process.

The Delegate of CANADA said that while being very supportive of the intentions underlying the revision of the International Health regulations, Canada felt that the international process driving the globalization of international public health risks was not fully addressed in the proposed approach to the revisions. That shortcoming applied specifically to the international supporting roles of PAHO and WHO. There was a need to recognize the importance of non-Member States in the global control of international threats and to create workable strategies to address the needs of other sectors in

international threats to public health. In addition, projections of magnitudes of movements of people, products and conveyances, including the phases of pre-departure, transition and post-arrival, were important predictors which would significantly impact the results of the revisions. Those two issues needed to be more clearly addressed in the deliberations leading to effective recommendations for the revisions of the International Health Regulations.

The report did not address the significance of information technologies and the globalization of information transfer as an alternative mechanism of communicating public health concerns. Public response at both the local and the international levels to rumors and unconfirmed reports of public health significance required WHO and PAHO actively to address their reporting, notification, and confirmation strategies in an instantaneously informed world. Strategies to address an instantaneously misinformed world were also required.

In addition there was a need to examine the context of how much benefit existed in the previous version of the regulations, whether the revisions represented true benefits or whether there were also any deteriorations in the IHR. For example, proposals for standards of performance or requirements on capacity, reporting or responsiveness to a potential event of global public health significance needed to be managed in a collaborative manner by the Member States. That would promote international efforts in the management of global public health threats. In the modern context of international

public health management, the use of the best available information or evidence-based medical management was an attainable goal.

La Déléguée de la FRANCE souligne que les épidémies deviennent aujourd'hui des urgences sanitaires de portée internationale. Lors de l'Assemblée mondiale en mai 2001, une résolution avait été adoptée visant à renforcer les mécanismes de coopération internationaux dans le cadre de la sécurité sanitaire mondiale, en particulier pour ce qui concerne l'alerte et l'action en cas d'épidémie. Ces mécanismes concernent les systèmes de surveillance épidémiologiques nationaux des laboratoires de santé publique, des réseaux régionaux et internationaux d'alerte qui se mettent en place. Ce dispositif est amené à jouer un rôle de plus en plus important dans le futur Règlement sanitaire international qui couvrira à terme tout événement urgent relatif à la santé publique pouvant avoir un impact international et non seulement les maladies infectieuses.

Depuis une dizaine d'années, la France a considérablement structuré son dispositif national de sécurité sanitaire, tout en jouant un rôle prépondérant dans la création d'un réseau européen de surveillance des maladies. C'est pourquoi elle a répondu favorablement à la demande de participation active de l'OMS en mettant en place un comité d'experts interministériel qui réunit à la fois les experts de la santé et de l'agriculture, des services des douanes, du tourisme et d'autres services, et qui implique les services spécifiques des départements français d'outre-mer. Elle a également apporté

son soutien financier à l'organisation pour lui permettre d'organiser les travaux nécessaire au processus de révision.

En conclusion, la France souhaite, apporter son appui à la région, via les DFA dans la conduite des travaux qui seront développés de la révision du règlement sanitaire international.

El Delegado de URUGUAY dice que su país ha desarrollado un proceso continuo de estudio, análisis y consulta a nivel nacional integrando a los diferentes sectores y actores vinculados con el tráfico internacional de productos y desplazamientos de personas. De esta forma se ha podido elaborar una propuesta práctica multisectorial que tiene en cuenta la nueva realidad epidemiológica mundial y que reduce a un mínimo la interferencia con los procesos de intercambio. En este momento, Uruguay desempeña la presidencia *pro tempore* en el MERCOSUR y el 1, 2 y 3 de octubre próximo se ha convocado a un seminario para la revisión del Reglamento Sanitario Internacional en el que participarán los cuatro países del MERCOSUR —Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay— así como Chile y Bolivia, con el apoyo directo de la OPS y de la OMS. En el seminario habrán talleres sobre la revisión del Reglamento y se tratarán aspectos tales como los eventos de importancia internacional, el manejo de la información y los mecanismos de notificación, las medidas permanentes y de rutina del servicio de salud pública en las fronteras, las medidas que se deben aplicar a viajeros, bienes y medios de transporte en situaciones de riesgo.

El Dr. MARLO LIBEL (Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS) agradece los comentarios sobre el proceso de revisión del Reglamento. Es necesario tener siempre presente que el objeto principal de la revisión es mantener un máximo de seguridad contra la propagación de enfermedades con un mínimo de interferencia con el movimiento internacional de personas y productos. Cualquier revisión del Reglamento que se establezca tiene que sopesar los riesgos para la salud pública y las consecuencias para la entrada y la salida de productos por las fronteras. El Reglamento actual se refiere solamente a enfermedades transmisibles, y aún no se sabe si el nuevo Reglamento abarcará riesgos físicos o químicos porque no hay ninguna propuesta específica al respecto. El aporte de Brasil se tomará como una sugerencia para la próxima revisión.

La notificación mediante síndromes ya no se usará como modalidad para la notificación en el Reglamento revisado, ya que este sistema no ha funcionado. Sin embargo, varias de las áreas técnicas de la OPS la siguen promoviendo y usando dentro de los países como mecanismo para mejorar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia de problemas nuevos, pero no como sistema de notificación internacional.

En relación con el uso de notificaciones por fuentes informales, es decir, que no provienen de los Estados Miembros, la OPS y la OMS deberán reaccionar entre ellas de manera inmediata mediante su confirmación en consulta con los Estados Miembros.

Sería conveniente seguir el ejemplo de Francia creando comités nacionales institucionales integrados por representantes de las áreas de salud, inocuidad de los

alimentos, medio ambiente y productos farmacéuticos y, como se mencionó en la reunión del Comité Ejecutivo, representantes de los países miembros de la Organización Mundial del Comercio. Este organismo se ocupa de todo lo que se refiere al comercio de productos, y la OMS y la OPS procuran que se establezcan puentes y alianzas con sus representantes en los países a fin de reducir toda posibilidad de interferencia injustificada desde el punto de vista sanitario con el comercio de productos y el movimiento de personas.

Agradece la oportunidad brindada por MERCOSUR al convocar el seminario mencionado para la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. En los próximos meses se celebrará un taller semejante en el área andina en colaboración con el Organismo Regional Andino de Salud y la OPS y también talleres subregionales para América del Norte, Caribe y Centroamérica, con el fin de dar a los países la oportunidad de expresar sus inquietudes y propuestas antes del borrador que deberá presentarse en el año 2002.

The DIRECTOR said that the topic was a very difficult one. When the original regulations were proposed, as all would agree, the world had been very different. But those original regulations, too, had depended a lot on the trust between countries. Whatever new system was established, there still had to be a considerable amount of trust both among countries and between countries and the World Health Organization. Trust in terms of confidentiality, and in terms of respect for the interests of countries.

It had to be expected that the revision process was going to take a long time. He was not terribly sanguine that by the year 2002 there would be a definitive version that everyone would be able to adopt. And one of the reasons for that was the point made by Canada, the availability of information in real time from sources under no obligation to be reliable. That was in fact a major problem. Anyone could get onto the Internet and publish anything about any particular country, without any need to be credible or give a source. That was an issue that was never contemplated when the international health regulations were first drawn up. In order to take account of that phenomenon, there was going to have to be trust that an organization like PAHO would get in touch rapidly with countries to verify whether such sources were in fact present or not. That in turn had implications for the level of agility in the country itself to be able to give a response for WHO or PAHO, in order for the Organizations to reach a particular judgement.

He also had some points to make in regard to the World Trade Organization. There had been considerable concern that international sanitary regulations could be used as impediments to trade, rather than facilitating trade. That was a point of great concern for the World Health Organization, which had already begun discussions with the present leadership of the World Trade Organization as well as with its future president, to examine what kinds of joint approaches there might be between the two organizations, to ensure that possible threats of disease did not hamper trade. There was a lot of enthusiasm in both organizations for the idea that they should have some common approach to that particular area. However, it was not enough for the discussions to take

place at the level of Geneva; they also had to take place at the level of the countries themselves, so that the representatives of these organizations at the country level would be aware of what was going on. Similarly, some of the country representatives were seeking to participate in some of the meetings that would be arranged at the sub-regional level. Such meetings would be not necessarily be only for Ministers, but would also involve technical experts, to review the implications of the revisions. He urged the Delegates to take the prospect of such sub-regional meetings seriously, and to prepare to participate, with some of the views expressed at the current meeting, so that there would be a range of differing views to be put to WHO for consolidation.

La PRESIDENTA da las gracias al Dr. Alleyne y afirma que es necesario actualizar el Reglamento actual, recordando que ello no significa que no pueda sufrir futuros cambios a medida que el mundo avance y lo requiera el comercio internacional.

Seguidamente pide al RELATOR que lea el proyecto de resolución sobre el tema.

The RAPPORTEUR presented the following draft resolution:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Recalling resolutions WHA48.7 on the International Health Regulations and CD41.R14 on emerging and reemerging infectious diseases and antimicrobial resistance;

Having seen the progress report on the revision of the International Health Regulations (Document CD43/11) and recognizing the need to adjust the current version of the International Health Regulations so that it takes into account the increased volume of international travel and trade and current trends in the epidemiology of communicable diseases, including emerging disease threats;

Considering the need to protect public health and control disease and, at the same time, avoid unnecessary measures that could have unanticipated social or economic consequences; and

Recognizing that the opportunity to intervene with prevention and control measures is limited by the speed with which goods, food, and people are mobilized, and by the emergence of pathogens resistant to the available antimicrobials,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) participate actively in the process of revising the International Health Regulations, both nationally and in the regional integration systems' agenda;
 - (b) review the criteria to define a public health event of potential international importance as proposed for the revised International Health Regulations.
2. To request that the Director:
 - (a) provide technical cooperation to support countries in their efforts to test the implications of the proposed revision of the International Health Regulations;
 - (b) promote the organization of subregional meetings among partners with expertise in the area of epidemic alert and response to facilitate the exchange of evidence gathered on the testing of specific components of the revised International Health Regulations.
 - (c) organize the participation of the Region of the Americas in meetings convened by WHO to address matters related to the revision of the International Health Regulations.

EL 43.^{er} CONSEJO DIRECTIVO,

Recordando las resoluciones WHA48.7, sobre el Reglamento Sanitario Internacional, y CD41.R14, acerca de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos;

Habiendo examinado el informe de avance sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (documento CD43/11) y reconociendo la necesidad de adaptar la versión actual de dicho documento para que tenga en cuenta el mayor volumen de los viajes y el comercio internacionales, así como las tendencias actuales en las características epidemiológicas de las enfermedades transmisibles, especialmente la amenaza que plantean las enfermedades emergentes;

Considerando la necesidad de proteger la salud pública y controlar las enfermedades y, al mismo tiempo, evitar medidas innecesarias que puedan acarrear consecuencias sociales o económicas imprevistas, y

Reconociendo que la oportunidad de intervenir con medidas de prevención y control es limitada a causa de la rapidez con la cual circulan los productos, los alimentos

y las personas, y también por la aparición de agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos disponibles,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que participen activamente en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, tanto en el plano nacional como dentro de los programas de trabajo de los sistemas de integración regional;
 - b) a que examinen los criterios para definir un evento de salud pública de posible importancia internacional, según la propuesta para el Reglamento Sanitario Internacional revisado.
2. Solicitar al Director:
 - a) que preste cooperación técnica para apoyar a los países en sus actividades encaminadas a someter a prueba las consecuencias de la revisión propuesta del Reglamento Sanitario Internacional;
 - b) que promueva la organización de reuniones subregionales entre asociados con capacidad técnica en las áreas de la alerta y la respuesta frente a las epidemias, y de los riesgos asociados con la circulación internacional de productos de baja calidad o que puedan contener contaminantes químicos, físicos y biológicos, para facilitar el intercambio de las pruebas científicas reunidas en la puesta a prueba de determinados componentes del Reglamento Sanitario Internacional revisado;
 - c) que organice la participación de la Región de las Américas en reuniones que convoque la OMS para cuestiones relacionadas con la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

The RAPPORTEUR said that Brazil and the United States had reached agreement on a proposed amendment to the English text of paragraph 2 (b). It should now read as follows:

“2. To request that the Director:

- (b) promote the organization of subregional meetings among partners with expertise in the area of epidemic alert and response and the health risks associated with the international circulation of products of poor quality and/or containing possible chemical, physical, and biological contaminants in order to facilitate the exchange of evidence gathered on the testing of specific components of the revised international health regulations.”

The Spanish text remained as he had presented it.

Decision: The proposed amendment was adopted.

Decisión: Se aprueba la enmienda propuesta.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

*The meeting was suspended at 11:10 a.m. and resumed at 11:30 a.m.
Se suspende la reunión a las 11.10 a.m. y se reanuda a las 11.30 a.m.*

ITEM 4.9: FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL
PUNTO 4.9: CONVENIO MARCO PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que en su sesión de junio, el Comité escuchó una ponencia sobre el control del consumo de tabaco, presentada por la Sra. Heather Selin, Asesora en Prevención y Control del Consumo de Tabaco. En ella se informó sobre la situación del consumo de tabaco en las Américas y las medidas adoptadas por la OPS para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros para combatir dicho consumo, tanto a nivel nacional como internacional, mediante la elaboración del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT). La Sra. Selin señaló que el movimiento encaminado a elaborar un convenio había surgido porque los países

reconocían que la actuación internacional es esencial para contrarrestar el enorme poder ejercido por la industria tabacalera en el mundo y porque problemas como la publicidad y el contrabando del tabaco exigen una respuesta internacional coordinada. La Organización cree que la creación del CMLAT ofrece una oportunidad singular de llegar a un acuerdo internacional sobre el control del consumo de tabaco. Sin embargo, el éxito dependerá de la actuación y el compromiso en el plano nacional para que el impulso internacional se transforme en hechos en el ámbito interno.

La Sra. Selin también señaló que, si bien la mayoría de los países de la Región estaba participando en el proceso de negociación del Convenio, solo unos cuantos habían adoptado políticas públicas amplias encaminadas a disminuir el consumo del tabaco y limitar la influencia de la industria tabacalera, a pesar de la existencia de pruebas sólidas de que ciertas medidas podrían ser sumamente eficaces en función de los costos para reducir las defunciones relacionadas con el tabaco.

Se ha comprobado que dos medidas en particular reducen extraordinariamente el consumo de tabaco entre fumadores, protegen a los no fumadores y disminuyen la tolerancia social hacia el tabaquismo; a saber, los impuestos a los productos de tabaco y la creación de entornos sin humo de tabaco. La Sra. Selin invitó al Comité a considerar lo que se necesita para que los Estados Miembros de la OPS aprovechen el impulso mundial del proceso de elaboración del CMLAT para obtener logros concretos en la reducción de la mortalidad y morbilidad causadas por el tabaquismo a nivel nacional.

El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que se necesita un enfoque de política integral para lograr reducciones significativas del consumo de tabaco y apoyó las tres estrategias de cooperación técnica descritas en el documento: la formación de la capacidad nacional para ejecutar iniciativas eficaces en función de los costos; la promoción de procesos multisectoriales para apoyar un marco eficaz de política para la acción; y considerar el control del consumo de tabaco como un componente clave de las reformas del sector de la salud. Dado que muchas de las medidas recomendadas requerirían legislación para poderse aplicar, se sugirió que la Organización también debería ayudar a los países a echar los cimientos y generar el apoyo a los cambios necesarios para reducir y prevenir el consumo de tabaco teniendo presente el contexto político, social y cultural de cada país.

El Comité consideró que el apoyo a la participación de los Estados Miembros en el proceso del CMLAT era otra función clave de la OPS. Asimismo, aprobó la solicitud de financiamiento adicional contenida en el documento. Varios delegados indicaron que sus gobiernos facilitarían fondos extrapresupuestarios para las actividades de control del consumo de tabaco de la Organización y exhortaron a otros países a hacer otro tanto. También se sugirió que la Oficina debía explorar opciones para reasignar fondos dentro del presupuesto de la OPS con el objeto de que el programa de control del consumo de tabaco contara con más recursos.

La resolución aprobada por el Comité sobre este tema recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución por la cual inste a los Estados Miembros, entre otras

cosas, a que participen activamente en el desarrollo del CMLAT para la lucha antitabáquica; que tomen medidas para prevenir el inicio del tabaquismo, especialmente en los niños y adolescentes, y promuevan la cesación del consumo de tabaco y protejan a todos los no fumadores, en particular los niños y las embarazadas, de la exposición al humo de tabaco.

También se solicita al Director que siga facilitando la participación de los Estados Miembros en el desarrollo del CMLAT; que estimule, en la medida que lo permitan los recursos disponibles, la cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de aplicar fuertes medidas de reducción del consumo de tabaco y establecer sistemas de vigilancia eficaces para evaluar los adelantos logrados; que redacte un marco para la acción llamado “América libre de humo” a fin de proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del humo de tabaco en el ambiente; y que apoye la implantación de criterios de vigilancia de la lucha antitabáquica y la difusión de medidas o experiencias exitosas.

The Delegate of SAINT KITTS AND NEVIS, speaking on behalf of the countries of the Caribbean Community, said that in the Caribbean, smoking prevalence varied from country to country. For instance, in Barbados, 9% of adults were current smokers and 18% had smoked. Among secondary school students, 36% had experimented with cigarettes. In Jamaica, 30% of men and 10% of women reported having smoked 100 cigarettes or more. Some countries did not have data on smoking rates, and perhaps there

had been a tendency to be complacent about such an important public health problem, possibly because the ill effects of tobacco use were generally not apparent until years later. However, the considerable adverse impact of smoking on health was not in doubt, and it was a major risk factor for cardiovascular disease and cancer. Increasing evidence had come to light that not only smokers were at risk but also persons, including pregnant women and children, who were exposed to environmental smoke or passive smoking. The economic cost to the countries was considerable. One study showed that Jamaica had spent an estimated US\$ 4 billion on the treatment of tobacco-related illnesses since 1980. A number of the Caribbean countries had limited tobacco control measures in place, including smoke-free areas in health facilities, public transport, airlines, and airports, as well as health warnings on cigarette boxes. They realized, however, that by themselves, those measures were inadequate to significantly reduce smoking among the population. Moreover, in several of the countries, the tobacco companies and their distributors were taking new initiatives to promote cigarette smoking, including advertisements and the distribution of free samples among young people. They also invested money in sponsoring sporting events, hoping to promote a positive cooperative image and influence more young people to smoke.

In April 2001, with the assistance of PAHO/WHO and Health Canada, the member countries of the Caribbean Community had come together in Jamaica in order to develop national and regional responses to control tobacco use. Consensus had been reached for the Caribbean countries to strongly support the Framework Convention on

Tobacco Control as an effective mechanism for tobacco control. An international agreement such as the Framework Convention provided an important support for small countries with vulnerable economies. The countries were beginning to prepare a range of more effective measures to control tobacco use. Each country would have to determine how it applied tax measures, which were being shown to be very effective. All countries of the Caribbean community were strongly committed to legislation establishing smoke-free areas and restricted advertising of tobacco products. They would welcome further technical assistance and support from PAHO in connection with their tobacco control programs. They were committed to a smoke-free environment in the Caribbean and the Americas, and fully supported the resolution contained in document CD43/13.

Le Délégué du CANADA continue d'appuyer fermement le processus de la Convention et considère qu'il s'agit d'une occasion importante pour sensibiliser davantage le public et obtenir le soutien politique nécessaire à la lutte antitabagique. Le document préparé par le Secrétariat présente aux pays membres une approche rationnelle et judicieuse et décrit certains secteurs où les pays membres doivent mettre l'accent sur la nécessité d'avoir une approche globale et multidimensionnelle pour réussir à réduire le tabagisme.

Le Canada appuie une augmentation de la taxation des produits du tabac et des restrictions concernant l'usage du tabac dans les endroits publics, car il considère ces mesures comme des moyens efficaces de réduire le tabagisme. Des systèmes doivent être

en place pour que dans chaque pays, il soit possible de surveiller l'étendue du tabagisme et l'efficacité des mesures adoptées. Il est essentiel que les pays de la région offrent une coopération technique et partagent l'information de même que les pratique exemplaires pour atteindre les buts de la lutte antitabagique.

Le Canada appuie des secteurs définis pour la coopération technique, à savoir: se donner les moyens de mettre en œuvre des initiatives efficaces, promouvoir les processus multisectoriels pour appuyer un cadre stratégique efficace pour les interventions et, enfin, faire de la lutte anti-tabac une composante essentielle du processus de réforme du secteur de la santé.

Il estime que compte tenu de la situation, les membres de la région et l'OPS doivent accroître l'attention et les ressources afin d'appuyer le processus de la convention cadre. Celle-ci peut jouer un rôle important pour encourager et appuyer les pays membres dans l'élaboration de plans nationaux et l'établissement de priorités nationales, de sorte que tous les pays de la région puissent s'associer au consensus global pour la lutte contre le tabagisme.

Le Canada appuie donc la résolution présentée tout en suggérant que la participation active à la convention-cadre soit associée à un engagement de continuer à élaborer des plans nationaux complets pour la lutte anti-tabagique. Il faudrait donc ajouter dans la résolution un passage sur la nécessité que les pays membres poursuivent leurs efforts d'élaboration de plans nationaux visant les objectifs suivants: Premièrement, dissuader les gens de commencer de fumer; deuxièmement les encourager à arrêter de

fumer; et troisièmement mettre en œuvre des mesures efficaces pour réduire le tabagisme. Le Canada a déjà transmis au Secrétariat ses modifications à la résolution qui souligne des points importants nécessitant l'attention des pays membres, notamment les taxes sur le tabac, l'élimination de la promotion du tabac et la protection de tous les non fumeurs.

La résolution devrait considérer ces points comme des composantes importantes d'un plan global national. La partie du paragraphe 1 de la résolution serait renforcée par une référence au fait que de telles initiatives doivent être appuyées par l'élaboration et la mise en place du système de surveillance, de même que l'analyse continue des informations ainsi obtenues pour assurer la mise en œuvre d'initiatives efficaces et fondées sur des données scientifiques probantes. Il est tout aussi important de diffuser les résultats de cette surveillance.

Continuing in English, he said that his delegation wished to propose the following amendments.

At the end of paragraph 1(a), add the following: "...that are supported by efforts to develop and implement comprehensive national plans."

At the beginning of paragraph 1(b), add the following: "develop national plans that, as part of a comprehensive approach,..."

At the end of paragraph 1(d), add the following: "... in recognition that tobacco control initiatives must be supported by ongoing monitoring and analysis of results to ensure that such are effective and evidence based."

Le CANADA est encouragé par le progrès des négociations réalisées à ce jour et constate l'appui soutenu à la convention par les pays membres et, notamment, ceux des pays des Amériques. La convention permettra d'améliorer et de protéger la santé de la population actuelle et des générations futures.

O Delegado do BRASIL declarou que o Ministério da Saúde, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Instituto Nacional Câncer, atua com firmeza contra as indústrias do fumo e contra o vício de fumar. Entre outras coisas, o ministério determinou o seguinte:

1. proibição de toda propaganda de produtos derivados de tabaco: cigarros, charutos, cigarrilhas etc, em todos os meios de comunicação, inclusive rádio, televisão, cartazes etc;
2. redução dos níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono;
3. proibição do uso de termos enganosos como light, mild, soft em qualquer desses produtos;
4. obrigatoriedade de colocação, de imagens depreciativas do hábito de fumar em todos os produtos de tabaco, de forma a ocupar 50% da área de embalagem;
5. análise laboratorial de todos os produtos fumígenos para identificação e divulgação aos consumidores de todos os ingredientes, componentes e contaminantes tóxicos existentes nesses produtos.

Sabe-se que esta luta não pode ser isolada e que só se alcançarão resultados efetivos se houver um compromisso de todos os países no combate à indústria do tabaco.

El Delegado de CUBA señala que el solo hecho de que se produzcan anualmente en las Américas por lo menos 845.000 muertes a causa del consumo de tabaco justifica un análisis del tabaquismo en el Consejo Directivo y la elaboración del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica. Como señala el documento, es preocupante el estancamiento que se observa en la tasa del tabaquismo en las Américas, lo que hace previsible que la situación no mejore, a menos que todos sean más enérgicos.

En Cuba, desde 1995 se está llevando a cabo el programa de prevención y control del tabaquismo, el cual es de alcance nacional y permanente, y tiene un enfoque multisectorial y multidisciplinario y disciplinario. No obstante, considera que podrían intensificarse las acciones. El programa se fortaleció con la aprobación, en octubre de 2000, de la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, integrada por muchos organismos y sectores, en la que se definen las áreas fundamentales de intervención para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se da prioridad a las causadas por el tabaquismo.

En 2000, se consumieron en Cuba 4.000 millones menos de cigarrillos que en 1999. El Gobierno de Cuba está participando en las negociaciones del Convenio Marco para la lucha antitabáquica. Está de acuerdo con el proyecto de resolución propuesto por

el Comité Ejecutivo, ya que será un instrumento legal para que los Estados Miembros y la OPS puedan enfrentar ese factor de riesgo para las actuales y nuevas generaciones.

The Delegate of the UNITED STATES said that the United States was very proud to have worked closely with PAHO and the countries of the region in producing the first major international report on tobacco use, entitled "Tobacco and Health in the Americas", almost 10 years ago. Much had been accomplished since then, and in the future there would be more opportunities for hemispheric collaboration on the issue.

Secretary Thompson and Surgeon General Satcher had recently released a report on women and tobacco use in the United States that looked at current trends in consumption and disease prevalence among women. It updated the first report on women and tobacco published by the Surgeon General 20 years earlier. To achieve significant reductions in tobacco use, governments and their private partners needed to implement comprehensive tobacco control programs. Member States must recognize that a sustainable comprehensive strategy should include eliminating youth tobacco use by curtailing access and availability, increasing support for quitting, public education, counter-advertising, warning labels, community programs, and protecting children and other vulnerable populations from exposure to second-hand smoke to make significant progress against tobacco-related disease.

Legislation might be required to implement the policy measures suggested in the Secretariat report, should Member States agree to adopt them. The Secretariat should

encourage Member States to begin laying the groundwork and building support for the policy changes needed to reduce tobacco use. That effort would be flavored by the political, social, and cultural context in the individual countries. For example, Member States with a federal system, such as the United States, might find it particularly difficult to make the requested commitments, especially if the measures were typically handled at the state or provincial level. However, creative incentives at the national level might help encourage action by state and local jurisdictions.

His delegation was pleased that the Secretariat recognized that an increased level of technical cooperation to Member States was needed if they were to become more engaged in Tobacco control. The additional funding might be hard to come by. One way to address the problem was to work with Member States to identify funds within current country-level allocations to be used for tobacco use prevention and control. His Government did not at the present time support the additional funding being proposed from the regular budget. However, the United States might indeed be able to collaborate on additional research and technical assistance.

His Government would like to thank PAHO for making it possible for some of the colleagues in the Region to attend the meetings on the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) in Geneva. Leadership and active participation by Member States in the Americas was critical to the success of the Convention, and ways must be sought to expand participation throughout the Region. Participation in FCTC must mean more than attendance at the negotiating sessions; delegations of Member States should

be drawn broadly from all relevant ministries. His delegation supported active consultation with interested stakeholders and was pleased that PAHO encouraged that type of active engagement.

El Delegado de HONDURAS dice que la producción de tabaco de su país tanto en bruto como en forma elaborada, solo es superada por la de Guatemala. En 1990, en Honduras se produjeron 5.000 toneladas métricas y, en Guatemala, poco más de 10.000 toneladas métricas, según el estudio realizado por la Secretaría de Integración Económica Centroamericana (SIEC). El consumo per cápita de cigarrillo en su país en 1990 fue de 583.7 pero, en 1999, se redujo a 340, según el mismo estudio. El total de impuestos sobre el precio de consumo de los cigarrillos fue de 37% en 1996 y 1997, y aumentó a 41% en 1998 y 1999. El cultivo de tabaco facilita 1.000 empleos y, como producto de exportación, genera divisas por US\$ 5 millones, según el mismo estudio.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación de Honduras recibieron un premio de la OPS por su participación en la lucha antitabáquica y la prohibición de fumar en las instalaciones públicas. Honduras ha participado activamente en las reuniones que la OMS realiza en la lucha antitabáquica y, adhiriéndose al principio de que siendo el tabaquismo un problema mundial requiere de un tratamiento de iguales dimensiones.

El Gobierno ha tomado medidas para limitar el consumo de tabaco en lugares públicos y su Delegación recomienda apoyar la resolución con los lineamientos generales trazados por la OPS para la lucha antitabáquica.

Ms. SELIN (PAHO) thanked Member States for their comments, which were extremely useful in helping PAHO shape its focus and also in providing information about the advances in various Member States. The financial support provided by several Member States in 2000 had enabled the Organization to greatly expand its technical cooperation. Developments in tobacco control throughout the region attested to the value of the Framework Convention as a process to create momentum for tobacco control. There had been a great increase in demand for technical cooperation in various areas. The launch of the Smoke-Free Americas initiative and World No-Tobacco Day to protect nonsmokers from second-hand smoke through smoke-free environments, had elicited an enthusiastic response from countries interested in improving their national policies in this regard.

Referring to the observation made by the United States delegation regarding the need to pave the way for legislation to implement policies, she said that PAHO was aware of the need to facilitate legislative development through public education, through communication plans, and through building greater awareness of the need for tobacco control. In fact, that was a primary component of technical cooperation. The next meeting of the Intergovernmental Negotiation Body was to be held on 22-28 November 2001 in Geneva. The Organization looked forward to a continuing high level of participation from countries of the Americas, and would be happy to facilitate that participation in any way possible.

The DIRECTOR expressed his appreciation to the Member States for their contributions to the Organization's efforts in connection with the Framework Convention and other measures to combat tobacco use. The regional and subregional meetings were very useful in that they allowed Member States and the Organization to develop a common approach to FCTC; however, that did not obviate the need for countries to promote discussion and dialogue in their own countries as well. PAHO would do its best to mobilize extrabudgetary resources to facilitate the program.

The RAPPORTEUR presented the proposed resolution, as amended.

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report on the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) (Document CD43/13);

Recognizing the massive burden of tobacco use and exposure to second-hand tobacco smoke on the health of the populations of the Americas and on their health care systems;

Cognizant that clear evidence now exists regarding cost-effective measures to reduce tobacco use and that measures to reduce tobacco use are likely to benefit the economies of most Member States; and

Recognizing that the FCTC provides a unique opportunity to mobilize and globally coordinate action to reduce tobacco use,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) actively participate in the development of the Framework Convention on Tobacco Control through participation in (FCTC) negotiating sessions and through strengthened domestic multisectoral coordination to develop cohesive national positions on the FCTC that are supported by efforts to develop and implement comprehensive plans;
 - (b) develop national plans that, as part of a comprehensive approach, prevent initiation, noting the special vulnerability of children and adolescents, and promote cessation of tobacco use through the implementation and enforcement of

- cost-effective measures to reduce tobacco use, including setting tobacco taxes at levels that decrease consumption and progressive elimination of tobacco promotion, in accordance with national constitutions;
- (c) protect all nonsmokers, in particular children and pregnant women, from exposure to second-hand smoke through elimination of smoking in government facilities, health care facilities, and educational institutions as a priority, and through the creation of smoke-free environments in workplaces and public places as soon as possible, recognizing that smoke-free environments also promote cessation and prevent initiation of tobacco use;
 - (d) implement surveillance systems to track tobacco-related mortality and progress toward reduction targets for tobacco use and second-hand smoke exposure, in recognition that tobacco control initiatives must be supported by ongoing monitoring and analysis of results to ensure that such efforts are effective and evidence based.
2. To request that the Director:
- (a) continue to facilitate the participation of Member States in the development of the FCTC;
 - (b) stimulate technical cooperation, within available resources, to strengthen the capacity of Member States to implement strong, effective tobacco use reduction measures and surveillance systems to evaluate progress;
 - (c) draft a framework for action under the name “Smoke-Free Americas” to protect nonsmokers from the deleterious effects of second-hand smoke;
 - (d) support the implementation of surveillance systems for tobacco control and the dissemination of information on successful measures or experiences.

EL 43.^{er} CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) (documento CD43/13);

Reconociendo la carga masiva que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco en el ambiente imponen a la salud de las poblaciones de las Américas y a sus sistemas de asistencia sanitaria;

Consciente de que actualmente existen claras pruebas de que se pueden aplicar medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco y de que dichas medidas probablemente beneficien a las economías de la mayoría de los Estados Miembros, y

Reconociendo que el CMLA brinda una oportunidad extraordinaria para movilizar y coordinar una acción a nivel mundial encaminada a reducir el consumo de tabaco,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - (a) a que participen activamente en el desarrollo del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) mediante la participación en las sesiones de negociación de este y fortaleciendo la coordinación multisectorial en el ámbito nacional con el fin de adoptar posiciones nacionales coherentes con el CMLA, respaldadas por esfuerzos para crear y aplicar planes nacionales integrales;
 - (b) a que, teniendo en cuenta la vulnerabilidad especial de los niños y adolescentes, creen planes nacionales que, dentro de un planteamiento integrador, prevengan el inicio del consumo de tabaco y promuevan su cesación mediante la aplicación y el cumplimiento de medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco, entre ellas la fijación de impuestos al tabaco a niveles que disminuyan el consumo y la supresión progresiva de la promoción de los productos de tabaco, en conformidad con las constituciones nacionales;
 - (c) a que protejan a todos los no fumadores, en particular los niños y las mujeres embarazadas, de la exposición al humo de tabaco en el ambiente mediante la prohibición inmediata del acto de fumar en los edificios del gobierno, establecimientos de asistencia sanitaria e instituciones educativas, y mediante la creación, lo antes posible, de entornos sin humo de tabaco en los centros de trabajo y lugares públicos, reconociendo que los entornos sin humo de tabaco también promueven la cesación del consumo de tabaco y previenen su inicio;
 - (d) a que implanten sistemas de vigilancia para seguir muy de cerca la mortalidad relacionada con el tabaco y el progreso alcanzado en la consecución de las metas de reducción del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el ambiente, reconociendo que, para ser eficaces y basadas en pruebas, las iniciativas para el control del tabaco tienen que apoyarse en una vigilancia y un análisis continuos de los resultados.
2. Solicitar al Director:
 - a) que siga facilitando la participación de los Estados Miembros en el desarrollo del CMLA;
 - b) que estimule, en la medida que lo permitan los recursos disponibles, la cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de

- aplicar fuertes medidas de reducción del consumo de tabaco y de establecer sistemas de vigilancia eficaces para evaluar los adelantos logrados;
- c) que redacte un marco para la acción llamado “América libre de humo” a fin de proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del humo de tabaco en el ambiente;
 - d) que apoye la implantación de criterios de vigilancia de la lucha antitabáquica y la difusión de medidas o experiencias exitosas.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución, así enmendado.

El Dr. HÉCTOR BOLAÑOS (Observador, Industria Mundial de Automedicación) explica que la World Self-Medication Industry, a la que representa, es una organización no gubernamental en relaciones oficiales con la OMS. Aprovecha la oportunidad brindada por el Consejo para ponerlo en conocimiento de los aportes de su federación a la lucha contra el tabaquismo. También informa de la disposición de la Industria Latinoamericana de Automedicación Responsable (ILAR), a continuar ofreciendo a la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica los conocimientos y experiencia que tiene en el cuidado de la salud.

En relación con las palabras de la Directora General de la OMS de que la OMS tiene el mandato de influir en las políticas relacionadas con el tratamiento, pero no puede hacerlo sin el apoyo del sector privado y otros asociados, dice que la World Self-Medication Industry formó un grupo de trabajo sobre la dependencia del tabaco integrado por las tres compañías farmacéuticas que elaboran y distribuyen en todo el mundo los

productos conocidos como terapia de reemplazo de la nicotina, que se han distinguido por ser una forma efectiva y segura de combatir la adicción al tabaco.

La Directora General apoyó la iniciativa mencionada y distinguió a su Director General, Dr. Reinstein, nombrándolo miembro del Comité de Asesoramiento en Políticas de la iniciativa "América libre de tabaco", en reconocimiento del papel que ha desempeñado en esa federación.

Por otra parte, la Directora General también ha mencionado que mientras que los productos de terapia de reemplazo de la nicotina se venden en muchos países bajo receta, el tabaco, principal fuente de nicotina, se vende libremente en cualquier parte. Pharmacia, GlaxoSmithKline y Novartis, las compañías que forma el grupo de trabajo, han promovido la reclasificación de sus productos de terapia de reemplazo de la nicotina como medicamentos de venta sin receta ante los ministerios de salud de los países en donde se encuentran establecidas. También han tratado de ofrecer una mayor variedad de presentaciones, ampliar su distribución y reforzar su difusión al público.

Por medio de ese grupo de trabajo, la World Self-Medication Industry ha participado en diversas reuniones científicas sobre el tema, y a través de todos estos eventos ha reforzado o ampliado las alianzas que se requieren en la lucha contra el tabaco. A nombre de su federación, también reitera su mejor disposición de colaborar con la OPS en la clasificación de medicamentos, publicidad y distribución.

ITEM 4.10: HEALTH PROMOTION
PUNTO 4.10: PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el Comité consideró el tema de la promoción de la salud en su sesión de junio. La Dra. María Teresa Cerqueira, Directora de la División de Promoción y Protección de la Salud, reseñó el contenido del documento sobre este tema, el cual examina los resultados principales de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en el año 2000, los adelantos logrados hasta la fecha y las enseñanzas aprendidas de las iniciativas de promoción de la salud en diversos países, así como las líneas principales de la cooperación técnica de la OPS en esta área. El documento también describe la estructura de la División y la manera en que está integrando las áreas técnicas administradas por sus diversos programas y centros panamericanos con las cinco estrategias de promoción de la salud reflejadas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud con objeto de mejorar el apoyo a los países para poner en práctica esas estrategias e integrarlas con sus propias prioridades en las áreas de familia y población, alimentación y nutrición y salud mental.

La Dra. Cerqueira dijo que la cooperación técnica de la OPS en esta esfera pretende fortalecer la capacidad institucional para la promoción de la salud en el sector sanitario y otros, ampliar y afianzar la base de pruebas de la eficacia de la promoción de la salud y fortalecer las asociaciones de trabajo existentes y crear otras nuevas. Para afrontar estos retos, la cooperación se centrará en fomentar la planificación relacionada con las siguientes estrategias de promoción de la salud: la creación de entornos sanos y

propicios, el establecimiento de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de las actividades de la comunidad en pro de la salud, la adquisición de aptitudes personales para la vida, la reorientación de los sistemas y servicios de salud, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia con información social y conductual, y el apoyo a la investigación y a la evaluación con miras a acrecentar los conocimientos e impulsar las prácticas más adecuadas.

El Comité recalcó la importancia de la promoción de la salud para abordar las inequidades y mejorar la salud de toda la población e hizo suyo el llamamiento a incorporar las estrategias de promoción de la salud en todas las actividades de la Organización. La colaboración entre los programas de la OPS, así como entre los Estados Miembros y con asociados externos se consideró vital.

El Comité aplaudió que la Organización hiciera hincapié en incluir a diversos niveles de organismos de gobierno así como a las organizaciones no gubernamentales. Además, alentó las asociaciones de trabajo entre los países como un medio de fortalecer la infraestructura necesaria para impulsar la planificación en las actividades de promoción de la salud en las Américas.

También estuvo de acuerdo con la importancia de construir una base de datos probatorios de la eficacia de las actividades de promoción de la salud. El fortalecimiento de la planificación de actividades de promoción de la salud se consideró esencial. A los países que aún no lo habían hecho, se les instó a formular y ejecutar sus propios planes de acción para dar a la promoción de la salud la importancia que merece. Asimismo, se

recalcó la necesidad de formar personal sanitario que tenga conocimientos y experiencias en las técnicas de promoción de la salud. Se señaló que hacen falta nuevos paradigmas de enseñanza para ese personal que tradicionalmente se había formado para responder a la mala salud, no para mejorar la buena salud.

El documento de trabajo presentado se consideró como un marco de política útil, pero el Comité opinó que debía especificar más claramente los objetivos de promoción de la salud en cada área del proceso de planificación estratégica para el período de 2003 a 2007, a fin de ayudar a la Organización y a los Estados Miembros a concentrarse en las prioridades de promoción de la salud y en cómo lograr los objetivos priorizados. Los delegados también consideraron que el documento debía ser más explícito con respecto a la repercusión de los factores determinantes sociales y económicos, así como el sexo, la raza, la educación y el entorno físico en la salud de la población.

El Comité recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución por la cual inste a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que incluyan la promoción de la salud entre los asuntos políticos más importantes y la consideren como una prioridad en los planes y programas de desarrollo nacional y local; que implanten políticas públicas y marcos jurídicos con miras a mejorar los factores determinantes de la salud y reducir las disparidades en la salud de las poblaciones y las comunidades vulnerables; que fortalezcan la colaboración intersectorial; y que apoyen las investigaciones para adelantar el conocimiento de las prioridades seleccionadas, identificar prácticas adecuadas y enriquecer la base de pruebas de intervenciones eficaces de promoción de la salud; y que

fortalezcan acciones encaminadas a crear entornos saludables y la protección del ambiente.

Al Director se le pide que apoye a los Estados Miembros para que estos fortalezcan su planificación estratégica de las actividades de promoción de la salud, que establezca un mecanismo para vigilar los adelantos logrados y que redoble los esfuerzos para movilizar más recursos para la cooperación técnica en materia de promoción y protección de la salud.

Le Délégué du CANADA souligne le rôle de premier ordre joué par le Canada sur la scène internationale dans le domaine de la promotion de la santé depuis la publication du rapport Lalonde, « Une nouvelle perspective de la santé des canadiens », en 1974. La Charte d'Ottawa et la Santé pour Tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé constituent également des documents fondamentaux en matière de promotion de la santé et le Canada se réjouit de voir des références à ces publications dans les documents sur la promotion de la santé.

Les taux actuels de prévalence des maladies contagieuses et non contagieuses, de la dépendance aux drogues et de la mortalité maternelle dans la région montrent qu'il est nécessaire que les pays continuent à investir dans les activités nationales et régionales de promotion de la santé et dans l'élaboration de politiques publiques saines.

La promotion de la santé est une stratégie en amont visant à améliorer l'état de santé de la population et réduire les iniquités. En se fondant sur ses solides assises en

promotion de la santé, le Canada a mis au point une approche de santé de la population dans le but de maintenir et d'améliorer la santé de toute la population. Ce modèle tient compte notamment des liens entre l'état de santé et les conditions socio-économiques. Il est essentiel de considérer ces déterminants sociaux et économiques pour améliorer l'état de santé de façon durable, particulièrement pour les groupe les plus vulnérables. L'approche de santé de la population inclut aussi l'impact d'autres déterminants sur l'état de santé, tels que le sexe, l'ethnicité, et les facteurs biologiques et environnementaux. Il est aussi essentiel d'intégrer les activités de promotion de la santé, de prévention et de protection dans le continuum des activités du système de santé, comme en témoignent les stratégies canadiennes d'intervention. Il est heureux que le document et la résolution mettent l'accent sur la nécessité d'établir et d'utiliser la collaboration intersectorielle et d'améliorer les systèmes de surveillance de santé, ce qui permettra de prendre des décisions basées sur des données scientifiques probantes.

L'information scientifique joue un rôle clef dans l'établissement des priorités et des décisions d'investissement. Le Canada finance actuellement des travaux visant à élaborer des bases de données probantes pour la promotion de la santé afin de les utiliser dans l'élaboration de ses politiques et programmes. Il souhaite créer des liens pour mener conjointement des activités régionales et internationales dans ce domaine.

Lors de la conférence de Mexico en juin 2000, 88 pays ont pris l'engagement de promouvoir la santé, soulignant l'importance que tous les secteurs d'activité, de même de la société civile, participent activement à la mise en œuvre des mesures de promotion de

la santé. De fait, la création de tels partenariats et des liens de collaboration, tant au sein des pays de la région qu'entre eux, constitue le premier pas obligatoire vers le renforcement de l'infrastructure nécessaire pour faire avancer la planification et l'action en promotion de la santé. Par exemple, le partenariat entre l'association canadienne de santé publique et l'école de santé publique Oswaldo Cruz au Brésil illustre bien cette collaboration. Par ailleurs, l'éducation en santé demeure aussi une priorité importante pour le Canada, tout comme pour l'OPS. Celle-ci a fait l'objet d'un projet canado-cubain financé par l'OPS au nom de la coopération technique entre les pays. Santé Canada et le ministère de la santé et des services sociaux du Québec sont membres de l'union internationale pour la promotion de la santé et de l'éducation, à l'intervention communautaire et à l'élaboration de politiques de santé publique.

Le ministère de la santé du Canada finance à raison de 50 000 dollars par année pour les années 99 à 2002 le Bureau régional nord-américain de l'union internationale situé au Centre pour la promotion de la santé à l'Université de Toronto. Le Canada espère donc poursuivre sa collaboration avec les pays de cette région dans le cadre de l'activité de promotion de la santé et pour l'élaboration de politiques publiques saines.

O Delegado do BRASIL disse que a promoção da saúde faz parte integrante da agenda política dos países americanos. O Ministério de Saúde brasileiro tem-se empenhado em ampliar as possibilidades de ação para a promoção da saúde. Em 1998, criou a Coordenação da política nacional de promoção da saúde. O fortalecimento do

Sistema Único de Saúde (SUS) brasileira requer ações de promoção em três níveis de gestão. O esforço conjunto da abordagem da saúde em seu conceito mais amplo e a procura por um trabalho intersetorial dentro dos governos e com toda a sociedade trará benefícios para a população e diminuirá os gastos com a tenção à doença.

Programas nacionais de controle do diabetes e da hipertensão arterial e de atendimento básico por meio do Programa de Saúde da Família precisam ser fortalecidos por ações que promovam a saúde individual e colectiva. Estados e Municípios começam a idealizar e propor suas agendas no campo da promoção da saúde e o nível federal vem articulando essas ações e formulando a política nacional de promoção da saúde como um dos eixos de qualificação do SUS, tudo calcado em princípios que respeitam a autonomia e as realidades locais, a relevância da intersetorialidade, a necessidade da inserção da promoção da saúde como prioridade nas agendas políticas e a importância da inclusão de temas como ética e cidadania nos processos para aumentar o poder das pessoas e comunidades. Assim, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias e áreas de actuação, com os seguintes objectivos:

- 1) Redução de danos de risco relacionados à violência no trânsito com a implementação do *Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde*, executado em parceria com o Departamento Nacional de Trânsito/Ministério da Justiça, cuja primeira fase abrangerá 184 aglomerados urbanos. A mortalidade por acidentes de trânsito é a primeira causa de óbito na população jovem.

- 2) Adoçam de hábitos e estilos de vida saudáveis, com a implementação de um amplo projeto intitulado *Agita Brasil*, que preconiza a atividade física e o combate ao sedentarismo para a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros.
- 3) Fortalecimento das redes brasileiras de municípios saudáveis.
- 4) Disseminação de mensagens educativas associadas à promoção da saúde, mediante a produção e veiculação de programas de vídeo e distribuição de material informativo direcionado aos professores e alunos do ensino fundamental e do ensino médio, por meio do programa *Um Salto para o Futuro*, realizado em parceria com a TV Educativa do Brasil/Ministério da Educação e Cultura e da Fundação Roberto Marinho.
- 5) Construção de parâmetros curriculares nacionais sobre a saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, com a constituição de um grupo interministerial de saúde e educação.
- 6) Divulgação de práticas de educação e de promoção da saúde desenvolvidas no território nacional, mediante a produção e distribuição da *Revista de Promoção da Saúde*, como uma forma de possibilitar a troca de experiências neste campo.
- 7) Apoio à qualificação de profissionais das áreas de saúde, educação e comunicação. No tocante à promoção de saúde, com vista ao desenvolvimento de ações e de planos de promoção da saúde que incidam sobre os indicadores de saúde e contribuam para o aperfeiçoamento e o

desenvolvimento de habilidades pessoais e competências profissionais no âmbito da atenção básica.

E por último, a apoio a projetos de âmbito nacional voltados para a prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial, redução e controle do uso de álcool e do fumo e incentivo à adoção de uma alimentação saudável.

O Brasil apóia integralmente a proposta de resolução apresentada.

El Delegado de CUBA dice que el documento en consideración y el Informe Anual del Director aseveran que la promoción de la salud es una estrategia eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida, lo que concuerda con afirmaciones anteriores de que es mejor prevenir que curar. Así que es importante que la salud pública internacional reconozca los factores sociales y ambientales y los modos de vida como factores y condiciones determinantes de la salud. Es preocupante lo que señala el informe de que, a pesar de las incuestionables ventajas de la promoción de la salud para la calidad de vida de la población, aún muchos Estados Miembros no han elaborado o puesto en práctica planes de acción al respecto.

En Cuba el sistema de salud cuenta con instituciones de todos niveles que son responsables de la promoción y la educación para la salud. Así, existe un Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y muchos centros provinciales y municipales, que cooperan con el trabajo de los médicos y las enfermeras de familia a nivel de la comunidad. Existen además los consejos de salud en todos los niveles, que

tienen un enfoque multisectorial e interdisciplinario y que son capaces, a partir de un diagnóstico de la situación de salud, de elaborar intervenciones para encarar los problemas que se detectan. La promoción de salud en el país pone énfasis en la planificación y ejecución de proyectos locales, la organización de la comunidad, la participación de todos los sectores productivos y no productivos y la voluntad política que se expresa en la vinculación y participación de los gobiernos locales. Esta estrategia también tiene expresión en el movimiento de municipios por la salud, el cual trata de los recursos del nivel local para trabajar en favor de la salud partiendo de un pronunciamiento político y articulando la participación de los diferentes sectores sociales y de la comunidad en un territorio dado, lo que permite la coordinación de la voluntad política, técnica y comunitaria. Hay 69 municipios, que representan 41% de los existentes en el país, que forman parte de la Red de Municipios por la Salud.

Otro aspecto resaltado en la promoción de salud en el país ha sido la comunicación social en salud. Se han abierto espacios especializados en la prensa escrita, en la televisión y en la radio, tanto en las cadenas nacionales como en emisoras locales, lo que ha fortalecido la alianza con los profesionales de los medios de comunicación. Se ha logrado que en cada uno de estos existan comunicadores especializados en salud capacitados en diferentes temáticas. Todos los programas de salud tienen incorporado el componente de la promoción y educación para la salud, lo que garantiza la efectividad y capacitación sistemática en metodología educativa a los profesionales de la salud, fundamentalmente, los de atención primaria.

El orador manifiesta su acuerdo con la propuestas que se someten a la consideración del Consejo, sobre todo, las que se refieren a promover una comprensión más amplia de la promoción de la salud, a instrumentar el cumplimiento de los compromisos de México 2000, y a determinar las maneras de fortalecer la infraestructura necesaria para avanzar una planificación de actividades de promoción de la salud.

The Delegate of the UNITED STATES said that under the leadership of Secretary Thompson, the Department of Health and Human Services in the United States would soon be launching a major initiative on health promotion. An effective prevention agenda was critical, given the increased incidence of preventable diseases, including diabetes, obesity, and tobacco use in the United States a high priority would be assigned to that program. The United States was collaborating in building a prevention agenda with other countries in the Americas. To cite just two examples, in October, Surgeon General David Satcher would be travelling to Uruguay to participate in the launching of that nation's national prevention strategy, and later in October, Secretary Thompson and his colleague from Mexico would launch the Healthy Border 2010 plan.

His delegation commended PAHO's effort to ensure a sound evidence base for health promotion policy and practice. Health promotion strategies, particularly those that empowered people and communities, had been proven to be sound investments. Empowered people were better able to take care of themselves; moreover, data that reflected the link between health promotion strategies and health outcomes, as well as

the cost effectiveness of those strategies, could help policy makers make the difficult choices they faced in allocating resources and better frame health promotion as wise public policy.

Achieving real progress in health promotion called for the involvement of a wide range of partners and alliances, such as the schools, the courts, law enforcement, regulatory agencies, and political sectors of government. The private sector, community-based and faith-based organizations, churches, the entertainment industry, and the media must also be taken into account. The United States remained committed to health promotion as a cornerstone of sound public policy and strategy and encouraged PAHO to continue exercising leadership in that area.

La Delegada de ARGENTINA informa de los logros principales de su país en promoción de la salud: la creación de la Comisión Nacional de Apoyo a la Promoción de la Salud, la elaboración de los lineamientos para el plan nacional de promoción y prevención de la salud, la realización de dos foros nacionales sobre promoción de la salud, la convocatoria para la presentación de investigaciones operativas en promoción de la salud y la promoción de hábitos saludables sin tabaco, así como actividades comunitarias en conjunto con la OPS, a través de la Comisión Nacional de Control y Prevención del Tabaquismo.

En lo referente a lineamientos para el plan nacional de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedad, señala como propósito del plan el promover un

proceso de cambio orientado a mejorar la calidad de vida mediante la modificación de los determinantes sociales y ambientales y reducir los factores de riesgo y sus consecuencias involucrando a personal, familia, comunidad y grupos de la sociedad civil, incluidos los servicios de salud. Se reconoce como objetivo general desarrollar y fortalecer la promoción de la salud en la agenda de las políticas públicas de todo el país y afianzar los programas preventivos en el marco de la política de salud y, como objetivos específicos, crear entornos favorables para la promoción de la salud, fortaleciendo la acción comunitaria y la responsabilidad social para desarrollar aptitudes personales dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar social, favorecer el acceso a la población a las acciones de promoción y prevención y reducir la exposición de factores de riesgo a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de vida.

Por otro lado, se reconocen como estrategias la participación social y el desarrollo de las responsabilidades individual y colectiva por la salud; la articulación intersectorial y coordinación de las políticas públicas sectoriales en los distintos niveles de decisión; el impulso a la transformación del modelo de atención de los servicios de salud orientado a la promoción y prevención; el fortalecimiento de la formación y capacitación de los recursos humanos en salud orientados a la promoción y prevención; el establecimiento de enfoques efectivos de comunicación y mercadeo social; la formación de redes sociales para la promoción de la salud desde los ámbitos locales, nacionales e internacionales de promoción y prevención; y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud de la población.

Dentro de los programas e iniciativas de promoción y prevención se destacan los de municipios saludables, las escuelas saludables, las cárceles saludables, el programa CARMEN, el programa de vigilancia de la salud y control de enfermedades, el de prevención y control de enfermedades no transmisibles, el de prevención y control de enfermedades transmisibles, el referente al indígena, el de atención primaria, el de salud mental, el de educación para la salud, el programa nacional de garantía y calidad, el programa de riesgos químicos, el de prevención y control de intoxicaciones, el de salud ambiental, el de salud del trabajador y el programa de médico de cabecera.

Finalmente, expresa su acuerdo con el proyecto de resolución sobre el tema.

The Delegate of ANTIGUA AND BARBUDA, speaking on behalf of the countries of the Caribbean Community, thanked Dr. Maria Teresa Cerqueira and the staff of the Secretariat for the comprehensive report on health promotion. The 13th meeting of ministers responsible for health of the Caribbean had called for the enunciation of a Caribbean Charter to direct the work of the subregion in the field of health. That call had found a response in the first Caribbean conference on health promotion, held in Trinidad and Tobago in 1993, out of which emerged the Caribbean Charter for Health Promotion.

The Caribbean Charter identified six strategies for advancing the application of health principles in the subregion. It embraced the five Ottawa strategies and added a sixth, that of building alliances with special emphasis on media. PAHO had facilitated the process through the convening of national consultations on health promotion to

examine ways to advance the application of the Caribbean Charter. Against that background, the individual countries and the subregion as a whole had increased their capacity to apply the concept of health promotion as a cross-cutting strategy in all areas of health development.

A coordinated strategic focus was especially important in the Caribbean, given the diversity of its population. In the field of health, that focus was provided by the Caribbean Cooperation in Health initiative, known as CCH, which was now in its second phase. CCH2 encouraged the countries to develop and implement their health programs with a focus on eight priority areas, namely, health systems, development, human resource development, family health, food and nutrition, chronic noncommunicable diseases, mental health, communicable diseases, and environmental health. Health promotion had been established as the cross-cutting strategy for the attainment of the goals and targets of those priority areas. The countries had established focal points for health promotion activities and some had established health promotion councils. The health services were being reoriented to create supportive environments for vulnerable groups, including adolescents, the elderly, those with mental disorders, and the poor.

Some of the health centers were expanding their services to include wellness and fitness programs. Partnerships were being forged between PAHO, Health Canada, the University of the West Indies, the WHO collaborating center in health promotion at the University of Toronto, and the Caribbean Development Bank. PAHO had also been

active in assisting with the building of alliances with the media through its support for a Caribbean Media Awards Program.

While those processes were continuing apace, the countries of the subregion were well aware that much remained to be done. Health promotion must eventually be placed on the political agenda as a development imperative and not merely as a public health issue. Every effort must be made to strengthen and maintain a network of stakeholders within and between public sector agencies, local government structures where they existed, the private sector, NGOs, and voluntary organizations. There was also a continuing need for research to advance understanding of behavioral and socio-economic determinants of health and to build evidence to guide integration and the use of effective health promotion strategies. The countries needed to intensify their efforts in resource mobilization, both nationally and externally, to support capacity building in that area of activity.

The CARICOM community supported the resolution contained in document CD43/14.

El Delegado de CHILE apoya el informe presentado y el proyecto de resolución, los cuales se encuentran en plena concordancia con los contenidos del plan nacional de promoción de salud y de las acciones que su país realiza en esa materia. Invita, a nombre de su Gobierno, a todos los países a participar en el Foro Interamericano de Promoción de la Salud que se realizará en Santiago en abril de 2002 y del cual Chile es coorganizador

junto con la OPS. Ese foro tiene como objetivo dar seguimiento a los compromisos contraídos en México y pretende ser un espacio para el intercambio de experiencias y acciones en el campo de la promoción. Como parte de esa actividad, se realizará también un encuentro de alcaldes, quienes tendrán la ocasión de realizar las tareas de promoción del nivel de los municipios y es una de las actividades que celebran el centenario de la Oficina Sanitaria Panamericana. Todos los países quedan cordialmente invitados.

El Delegado de URUGUAY dice que el Ministerio de Salud Pública viene impulsando una estrategia de fomento de salud basada en la promoción de estilos de vida saludables. Para ello, hace ya una década que, a la luz de un análisis demográfico epidemiológico, se definieron los problemas prioritarios de salud de nivel nacional, lo que dio lugar al establecimiento de programas prioritarios. Los programas diseñaron sus líneas de acción con la contribución del sector de la salud, de otros sectores, y la participación activa de la comunidad y de la comunicación social. Esto constituyó un cambio sustantivo al jerarquizar la promoción de la salud con un fuerte énfasis en la modificación voluntaria individual y colectiva de los estilos de vida. El establecimiento de esos programas permitió identificar las áreas geográficas y los grupos de población de mayor riesgo y facilitó la focalización de las acciones a nivel local.

El Ministerio se plantea lanzar de nuevo sus actividades en cuanto a la promoción y protección de la salud con un enfoque integral junto con la prevención, la reparación y la rehabilitación, con un desafío al sector intersectorial, a una participación activa de la

ciudadanía en búsqueda de una prolongación de la vida con calidad de vida y sin grados de dependencia y una disminución lo antes posible de las inequidades. El país cuenta con el apoyo de la OPS, del Banco Interamericano de Desarrollo y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El Presidente de la República presidirá el acto de presentación del plan nacional denominado “Salud Uruguay 2010”, que contará con el representante personal del Director de la OPS, el Cirujano General de los Estados Unidos, el Dr. David Satcher, y el representante personal del Presidente del BID.

El Delegado de GUATEMALA, después de analizar el documento sobre promoción de la salud propuesto por la OPS, informa que el Ministerio de Salud Pública de su país impulsó, a partir de 1996, una reforma del sector de la salud que se fundamenta en el enfoque integral de la salud, donde se reconoce que la salud es el producto de la interacción de factores determinantes. Esperamos lograr un cambio en el concepto y la actitud ante los problemas de salud por parte de las autoridades, las instituciones y la propia población.

Es impostergable la atención a la población no enferma, para transformar los factores que causan la enfermedad en vez de concentrar elevados costos humanos y económicos en la curación. El plan del Gobierno se sustenta en valores fundamentales: la seguridad, el bienestar y la justicia, así como en los acuerdos de paz. El objetivo general es reducir la pobreza y lograr índices elevados de desarrollo humano, en la creencia de que el desarrollo humano es un condicionante del desarrollo económico.

El Ministerio de Salud determinó en 2000 adoptar la estrategia de municipios promotores de la salud y la paz, como la herramienta apropiada para transformar la situación de salud. Asimismo, asignó recursos y un equipo humano técnico profesional que ejerce la función de conducir ese proceso. Más de 100 municipios han iniciado ya la tarea. Se han identificado diferentes reacciones y cada uno de los municipios ha caminado a un ritmo diferente. Se ha fortalecido la capacidad técnica municipal por medio de capacitación y asistencia técnica de los concejales de salud y de los médicos de los distritos de salud, quienes son los líderes del proceso a nivel local.

También se han apoyado los procesos de planificación local participativa. Guatemala ha trabajado con Honduras y El Salvador en lo que han llamado fronteras saludables siguiendo la estrategia de los municipios saludables.

La posición del Ministerio de Salud es continuar implementando la estrategia de promoción de la salud porque, aun con los obstáculos encontrados, muestra ser una herramienta de gran valor. Considera que se debe mejorar la integración con otros sectores sociales y aprovechar los apoyos técnicos y financieros de las agencias internacionales.

Se están fortaleciendo las acciones de los programas de prevención existentes, y diversos proyectos integrales y específicos en beneficio de la salud, especialmente de los grupos más vulnerables. Guatemala se encuentra en un proceso de habilitación y certificación de municipios que se espera completar a corto plazo. Esos logros no hubieran sido posibles sin el apoyo de la OPS, por lo que le expresa su agradecimiento.

Para terminar, manifiesta su apoyo al proyecto de resolución sobre promoción de la salud.

The meeting rose at 1:00 p.m.
Se levanta la reunión a la 1.00 p.m.