



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/8
27 September 2001
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH
PORTUGUESE-SPANISH

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

Thursday, 27 September 2001, at 2:30 p.m.
Jueves, 27 de septiembre de 2001, a las 2.30 p.m.

President:

Presidente:

Dra. Sara Ordoñez

Colombia

Contents
Contenido

Item 4.10: Health Promotion (continued)
Punto 4.10: Promoción de la salud (continuación)

(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 4.12:* Report on the Third Summit of the Americas
Punto 4.12: Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas
- Item 4.13:* Strategic Plan for the Pan American Health Organization
for the Period 2003-2007
Punto 4.13: Plan estratégico para la Organización Panamericana de la Salud
para el período 2003-2007
- Item 4.16:* Report of the Advisory Committee on Health Research
Punto 4.16: Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- Item 4.15:* Preparations for the Centennial of the Pan American Health Organization
Punto 4.15: Preparativos para el centenario de la Organización Panamericana
de la Salud
- Item 8:* Resolutions and other Actions of the Fifty-fourth World Health Assembly
of Interest to the Regional Committee
Punto 8: Resoluciones y otras acciones de la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud
de interés para el Comité Regional
- Item 5.2:* Interim Financial Report of the Director for 2000
Punto 5.2: Informe financiero parcial del Director para 2000
- Item 7.1:* PAHO Award for Administration, 2001
Punto 7.1: Premio OPS en Administración, 2001
- Item 7.2:* Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2001
Punto 7.2: Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2001
- Item 5.3:* Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
Punto 5.3: Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de
aprobación.

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

Item 4.6: Health, Drinking Water, and Sanitation in Sustainable Human Development

Punto 4.6: Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible

Item 4.2: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas

Punto 4.2: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

Item 4.13: Strategic Plan for the Pan American Health Organization for the Period 2003-2007

Punto 4.13: Plan estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007

Item 9: Other Matters

Punto 9: Otros asuntos

Closing of the Session

Clausura de la Sesión

*The meeting was called to order at 2:45 p.m.
Se abre la reunión a las 2.45 p.m.*

ITEM 4.10: HEALTH PROMOTION (*continued*)
PUNTO 4.10: PROMOCIÓN DE LA SALUD (*continuación*)

La Dra. MA. TERESA CERQUEIRA (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud, OPS) agradece a los delegados sus valiosos comentarios y dice que, en efecto, hay que fortalecer la capacidad de los países para desarrollar, implementar y evaluar los planes de acción de promoción y protección de la salud, buscar una mayor integración y coordinación de los programas con las estrategias, así como promover el trabajo intersectorial con ONG y organismos comunitarios y favorecer el aumento del poder de decisión de la comunidad misma. Igualmente hay que fortalecer el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia de factores de riesgo y factores protectores, especialmente los relacionados con conductas y estilos de vida, y hacer seguimiento e informar sobre los avances de los Estados Miembros en los compromisos de la Declaración de México, promoviendo y facilitando un mayor intercambio de experiencias.

The RAPPORTEUR presented the following proposed resolution:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Having considered the proposal for strengthening health promotion planning for action in the Americas (Document CD43/14),

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) position the promotion of health on the political agenda and as a priority in national and local development plans and programs;
 - (b) implement public policies and legal frameworks to improve the determinants of health and reduce disparities in the health of vulnerable populations and communities;
 - (c) strengthen intersectoral collaboration and ensure the active participation of all sectors and civil society in the development, implementation, and evaluation of health promotion plans of action for jointly identified health priorities;
 - (d) support research to advance knowledge on selected priorities, to identify good practices, and increase the evidence base of effective health promotion interventions;
 - (e) support the training and development of human resources in health promotion theory and practice across the various health and social science disciplines;
 - (f) mobilize and designate the necessary financial and operational resources to build human and institutional capacity for the development, implementation, monitoring, and evaluation of health promotion plans of action at national and local levels;
 - (g) establish and strengthen local, national, and international networks to promote health;
 - (h) strengthen activities designed to create healthy environments and protect the environment.
2. To request the Director to:
 - (a) support Member States in strengthening their strategic planning for action in health promotion, as called for in the Mexico 2000 Declaration;
 - (b) establish a mechanism to monitor progress made towards fulfillment of commitments made at the Global Conference in Mexico City, as well as to evaluate the experiences, and identify and disseminate best practices;
 - (c) intensify efforts to mobilize additional financial and human resources for technical cooperation in health promotion and protection.

EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la propuesta de fortalecimiento de la planificación de actividades de promoción de la salud en las Américas (documento CD43/14),

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) 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;
 - b) a 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;
 - c) a que fortalezcan la colaboración intersectorial y recaben la participación activa de todos los sectores y la sociedad civil en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de actividades de promoción de la salud para las prioridades sanitarias determinadas conjuntamente;
 - d) a que apoyen las investigaciones para adelantar el conocimiento de las prioridades seleccionadas, identificar buenas prácticas y enriquecer la base de pruebas de intervenciones eficaces de promoción de la salud;
 - e) a que impulsen la capacitación y la formación de los recursos humanos en cuanto a la teoría y la práctica de la promoción de la salud con respecto a diversas disciplinas sanitarias y de las ciencias sociales;
 - f) a que movilicen y asignen los recursos financieros y operativos necesarios para formar la capacidad humana e institucional que se precisa para elaborar, ejecutar, vigilar y evaluar los planes de actividades de promoción de la salud a los niveles nacional y local;
 - g) a que establezcan y fortalezcan las redes locales, nacionales e internacionales para promover la salud;
 - h) a que fortalezcan acciones encaminadas a crear entornos saludables y a la protección del ambiente.
2. Solicitar al Director:

- a) que apoye a los Estados Miembros para que estos fortalezcan su planificación estratégica de las actividades de promoción de la salud, según lo señalado en la Declaración de México 2000;
- b) que establezca un mecanismo para vigilar los adelantos logrados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de México, así como para evaluar las experiencias y reconocer y difundir las mejores prácticas;
- c) que redoble los esfuerzos para movilizar más recursos financieros y humanos para la cooperación técnica en materia de promoción y protección de la salud.

Decision : The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 4.12: REPORT ON THE THIRD SUMMIT OF THE AMERICAS

TEMA 4.12: INFORME SOBRE LA TERCERA CUMBRE DE LAS AMÉRICAS

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO informa de que, en su sesión de junio de 2001, el Comité Ejecutivo recibió un informe presentado por la Dra. Irene Klinger, Jefa de la Oficina de Relaciones Externas de la OPS, que examinó los resultados de las Cumbres de las Américas y el trabajo de la OPS al respecto, centrándose especialmente en la Tercera Cumbre, celebrada en Quebec (Canadá), del 20 al 21 de abril de 2001. La Organización había participado activamente en las tres Cumbres, procurando crear una mayor conciencia sobre la importancia de la salud y promover las prioridades de salud del continente.

La Cumbre de Miami, celebrada en 1994, había asignado a la OPS una función fundamental en la Iniciativa 17, “Acceso equitativo a los servicios básicos de salud”, que se había concentrado en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la

infancia (AIEPI), la reducción de la mortalidad materna, la eliminación del sarampión, la reforma del sector de la salud y la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA.

En la Segunda Cumbre de las Américas, que tuvo lugar en Santiago de Chile, en 1998, la OPS recibió el encargo de elaborar y poner en práctica la iniciativa “Tecnologías de salud uniendo a las Américas”, que comprendía cuatro elementos: el acceso más amplio a medicamentos y vacunas de buena calidad; el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia; el mejoramiento del acceso y la calidad del agua y la infraestructura sanitaria; y la evaluación de tecnología. Se había logrado avanzar hacia las metas de las Cumbres de Miami y Santiago, muchas de las cuales exigían medidas a largo plazo.

La Tercera Cumbre de las Américas había adoptado una Declaración y un Plan de Acción en el cual los líderes políticos de la Región habían afirmado su compromiso de consolidar la democracia y reducir la pobreza y la inequidad, además de sentar las bases para la adopción del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas en 2005. La salud y los asuntos relacionados con ella se habían destacado en la Declaración y en el Plan de Acción.

La Declaración, por ejemplo, contenía referencias directas a la importancia de la salud en el desarrollo humano y al logro de los objetivos políticos, económicos y sociales. El Plan de Acción incluía compromisos relacionados con la reforma del sector de la salud, las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y la

conectividad, que había sido un tema intersectorial en la Cumbre. La OPS seguiría trabajando para destacar la salud como una prioridad en el proceso de la Cumbre, movilizar el compromiso político y financiero de seguir adelante con los mandatos de la Cumbre, promover la equidad y el panamericanismo y prepararse para la próxima Cumbre de las Américas, que se efectuaría en la Argentina, en 2005.

El Comité encomió a la OPS por haber logrado que el tema de la salud siguiera formando parte del temario de las Cumbres de las Américas, y la alentó a que siguiera procurando realzar la importancia de la salud en otras reuniones internacionales. Recibió también con beneplácito los compromisos contraídos por otras instituciones financieras, como el Banco Mundial y el BID, para apoyar la ejecución del Plan de Acción de la Tercera Cumbre, y subrayó la importancia de la coordinación y la acción conjunta de las instituciones internacionales participantes para alcanzar las metas. Se señaló que, además del financiamiento, se necesitaría fortalecer la capacidad a nivel nacional para sostener el impulso creado por las Cumbres y llevar a cabo sus mandatos.

El fortalecimiento de la capacidad de acción nacional se consideraba una función esencial de la OPS. A la Organización se le pidió también que proporcionara orientación sobre lo que se esperaba de los países en lo que se refiere a informar sobre la ejecución de los planes de acción de la Cumbre. Se observó la necesidad de que la información fuera uniforme y comparable. Con respecto concretamente a la Cumbre de Quebec, el Comité opinó que el Plan de Acción y la Declaración reflejaban debidamente la importancia de la salud.

Varios delegados observaron que las prioridades de salud que comprendía el Plan de Acción correspondían estrechamente a las prioridades ya determinadas por los Estados Miembros de la Organización. Un delegado señaló que, aunque el SIDA quizá había sido el centro de atención de las deliberaciones de la Cumbre en materia de salud, por primera vez el control del consumo del tabaco se había incluido en un plan de acción de la Cumbre, lo cual impulsaría más el proceso de negociación del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica. Esto se había realizado en gran parte gracias a los esfuerzos de la OPS y el Gobierno de Canadá. El agrupamiento de los temas de salud en cuatro esferas principales se consideró también un paso positivo que ayudaría a los líderes políticos a comprender mejor cómo contribuye la salud al progreso y desarrollo de los países.

El representante del BID reafirmó el apoyo del Banco al Plan de Acción de la Tercera Cumbre y su compromiso con la coordinación de sus esfuerzos con los de otras organizaciones multilaterales y bilaterales en materia de salud. Con la OPS y el Banco Mundial, sus asociados en la Agenda Compartida para la Salud en las Américas, el BID había celebrado periódicamente las reuniones de coordinación de los temas de la Agenda Compartida y estaba colaborando con la OPS también en otros campos. Con respecto a los planes concretos para apoyar las decisiones de la Cumbre, aunque el BID actualmente contaba con menos recursos para financiar proyectos mediante subvenciones que en el pasado, el Sr. Enrique Iglesias, Presidente del BID, acababa de introducir varias innovaciones con miras a aumentar la disponibilidad de fondos para iniciativas sociales,

en particular las que resultaran del proceso de la Cumbre. Una era la creación de un fondo conjunto cofinanciado por la Unión Europea y el BID para proyectos piloto sobre conectividad en programas sociales. El BID buscaría mecanismos similares para apoyar el trabajo en las otras tres esferas sanitarias de la Tercera Cumbre.

La Dra. KLINGER aseguró a los delegados que la OPS se comprometía a velar por que la salud siguiera ocupando un lugar destacado en las conversaciones de los líderes políticos del Continente. Asimismo, la Organización estaba trabajando con los países y sus asociados bilaterales y multilaterales en la búsqueda de financiamiento para realizar las actividades ordenadas por las Cumbres. La funcionaria dijo estar de acuerdo en que las prioridades determinadas en las Cumbres concordaban estrechamente con las prioridades nacionales y regionales. Precisamente por esa vinculación de las prioridades, los países y la OPS habían logrado cumplir con tanto éxito los mandatos de la Cumbre. En cuanto a informar sobre la ejecución del Plan de Acción, la OPS trataría de crear algún mecanismo o método que garantizara que la producción de la información para las Cumbres no representara una carga de notificación adicional para los países.

El DIRECTOR opinó que sería un fracaso de la Oficina pedir a los países nuevos datos en relación con los mandatos de las Cumbres, puesto que la información sobre los temas de salud que formaban parte del proceso de la Cumbre ya se estaba recogiendo. No había sido necesario pedir a los países información adicional antes de la Cumbre de Quebec, y no habría ninguna necesidad de presentar más informes, al menos en el campo

de la salud, con respecto a esas Cumbres o a las futuras. Le había complacido mucho la prominencia de la salud en el orden del día de la Tercera Cumbre y creía que se estaban logrando avances definitivos para persuadir a los líderes políticos de la importancia de la salud para el desarrollo y crecimiento económicos de los países. Las Cumbres habían dado también a los líderes la oportunidad de informar sobre sus éxitos, como la erradicación de la poliomielitis, que había sido sumamente importante. Las Cumbres de las Américas, las Cumbres Iberoamericanas y otros foros en que se reunían los jefes de Estado redundaban incluso en beneficios concretos para la salud en cuanto a la voluntad política y la asignación de recursos. Varios países habían asignado más fondos extrapresupuestarios a las esferas que eran objeto de mandatos de las Cumbres, y la Organización estaba convencida de la voluntad de los países de dedicar más recursos a alcanzar las metas de la Tercera Cumbre. Sin embargo, deseaba que quedara bien claro que cualquier financiamiento extrapresupuestario que recibiera la OPS se aplicaría por igual a los 38 países de las Américas, sin distinción. Aunque algunos de sus Estados Miembros no habían participado ni en las Cumbres de las Américas ni en otras reuniones internacionales, en lo que a la Organización concernía los países eran iguales desde el punto de vista de la salud. El Comité agradeció a la Oficina la presentación del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto.

The Delegate of CANADA said Canada was extremely pleased to have hosted the Third Summit of the Americas in Quebec. The Declaration and Plan of Action accurately

reflected the importance of health as a connecting and unifying factor. The overall theme of “connectivity” had indeed facilitated the joint search for solutions to common problems.

Health Canada’s wall display in the main hall of PAHO Headquarters during the 43rd Session of the Directing Council had also been displayed at the Summit of the Americas. It also illustrated Health Canada’s collaboration with countries in Latin America, accomplished with PAHO’s assistance. During the negotiations on the Summit language, there had been much reference to the ability of the countries to resource the Plan of Action. It was gratifying to note that IDB and the World Bank were helping to operationalize the actions items.

Canada looked forward to regular feedback regarding PAHO’s discussions with those two institutions on implementing the items on Indigenous People, Health, Environment, and Sustainable Development, and other items in the Health Action Plan. Maintaining the momentum over the following three years would be challenging. It was hoped that other ministerial events in the Americas would continue to highlight health. Canada, for its part, would be hosting a meeting of Ministers of Labor of the Americas from 17–19 October 2001 in Ottawa at which workers’ health would undoubtedly be discussed. Prior to the 2002 World Summit on Sustainable Development, there would also be a meeting of Ministers of Health and Environment in Toronto in March 2002 to discuss joint strategies for action.

Document CD43/14 now before the Directing Council accurately identified globalization and trade as factors impacting on health. The countries should search for ways of ensuring that trade issues complemented and enhanced the goals of equity, poverty alleviation, and good health.

Canada was helping PAHO to actualize the health aspect of the Plan of Action by providing over CAN\$ 20 million. Nevertheless, if the Organization was required to undertake new responsibilities as a result of the Summit Declaration, it would need to request further resources.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that he looked forward to working with the countries of the Hemisphere to make the Framework Convention on Tobacco Control a reality, and the inclusion of clear statements on advances in tobacco control was a particularly noteworthy aspect of the Summit Plan of Action.

Grouping the action items into health sector reform, communicable and noncommunicable diseases, and connectivity should help the political leadership to understand the primary contribution of the health sector to human and economic development.

The United States appreciated PAHO's leadership, coordination, and support for the Hemisphere in developing action items for the Summit of the Americas and for its follow-up support.

The DIRECTOR said that in the context of human development, health had equal weight with economic growth. There was a growing recognition that democracy, poverty, and inequity in health systems were connected. It was not possible to achieve a reduction in poverty without improvement in health, and poor health was as much a manifestation of poverty as was a lack of economic goods.

The Director pointed out that he had been able to inform the President at the Summit of the Americas that communicable and noncommunicable diseases were already on the agenda of the Ministers of Health. It could also be argued that the issue of democracy was related to health in that deprivation of health was a deprivation of human rights with concomitant damage to the democratic process.

The Delegate of Canada had referred to “connectivity”. The Prime Minister of Canada, in a letter thanking PAHO for participating in the Summit, made reference to the Virtual Health Library. That library put the entire reservoir of scientific knowledge at the disposal of the countries of the Americas and was a living example of connectivity. This gave him confidence that the items in the Action Plan could be “actioned.” Naturally, additional resources would be needed, but the provision of resources by Canada would allow PAHO to "action" a number of items.

The Summit had advocated that agencies of the countries of the Americas should work together. A felicitous example was the Shared Agenda between PAHO, the IDB, and the World Bank. That partnership would help to move many of the agenda items

forward. Moreover, PAHO was prepared to provide the same kind of support to the next Summit in Argentina.

ITEM 4.13: STRATEGIC PLAN FOR THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE PERIOD 2003-2007

TEMA 4.13: PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL PERÍODO 2003-2007

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que en la 128.^a sesión del Comité Ejecutivo celebrada en junio de 2001, la Dra. Karen Sealey, Jefa de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica de la OPS, puso al corriente al Comité sobre el progreso de la Oficina en la elaboración del plan estratégico que orientaría su trabajo en 2003–2007. Primero proporcionó algunos antecedentes de la planificación estratégica en la OPS, señalando que la Organización tenía una larga historia de planificación de largo alcance, que se remontaba a 1984. Aunque en un principio los marcos de planificación aprobados por los Cuerpos Directivos habían incorporado metas y estrategias para los países y para la Oficina, desde 1995 se habían centrado concretamente en el trabajo de la Oficina para apoyar a los países.

El DIRECTOR, al comienzo de su segundo período, había puesto en claro que una de sus prioridades sería hacer la planificación de la OPS más estratégica y dinámica. Varios estudios sobre las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) actuales habían revelado algunas deficiencias en el proceso de planificación y sugerido diversas maneras de modificar el próximo plan estratégico. Entre otros resultados, esos análisis

habían indicado que las OEP, aunque eran un marco útil, en realidad no estaban guiando el trabajo de la Oficina y que la visión institucional no era explícita o no la compartía el personal.

Una evaluación del Auditor Externo, en 1999, había realzado la necesidad de contar con indicadores de desempeño. Otro estudio había revelado que la armonización del presupuesto bienal por programas con las OEP debía vigilarse de forma más sistemática. Los estudios y las evaluaciones en conjunto apuntaban hacia la necesidad de un proceso de planificación que permitiría a la Oficina formular y poner a prueba políticas y estrategias centradas en el futuro.

El proceso de planificación estratégica se percibía como un cometido continuo centrado en el futuro, haciendo hincapié en la participación integral, las dotes de mando y la continuidad, y como una herramienta que llevara a convertir los mandatos y las apreciaciones en acción. Además de producir el plan estratégico para 2003–2007, el proceso procuraría aumentar la capacidad de previsión y planificación estratégica de la Organización. También incorporaría el desarrollo institucional con miras al fortalecimiento de la capacidad de la Oficina de tener un desempeño más eficiente y eficaz en el logro de los objetivos estratégicos.

El punto de partida del proceso sería la aclaración de los valores, la visión y la misión de la Oficina. A continuación, se efectuaría una evaluación del entorno interno y externo, que conduciría a la detección de problemas y objetivos estratégicos y a la formulación de estrategias para lograrlos. Los mandatos que se habían señalado a la OPS

se incorporarían también al proceso de planificación. El plan estratégico estaría vinculado al presupuesto bienal por programas y permitiría la medición del progreso con el transcurso del tiempo. Además, se fortalecería el componente de evaluación, uno de los puntos débiles detectado en los estudios ya mencionados.

Los logros hasta la fecha incluían la formación del Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica, integrado por 21 personas provenientes de unidades técnicas y no técnicas y de todos los niveles de la Organización. El proceso de definir los valores, la visión y la misión había terminado, al igual que la fase inicial del análisis del entorno interno y externo, y la evaluación y el diagnóstico institucionales preliminares rápidos. Los próximos pasos serían la selección de los problemas estratégicos y los campos técnicos importantes, lo que ocurriría en agosto de 2001, y el establecimiento de los objetivos estratégicos y las medidas de desempeño, en octubre de 2001, a tiempo para la Reunión de Gerentes de la OPS de ese mes.

Una versión preliminar del plan estratégico estaría lista en diciembre de 2001 y se presentaría al Gabinete del Director para su consideración, en enero de 2002; al Subcomité de Planificación y Programación en marzo, y al Comité Ejecutivo en junio de ese año. La versión final sería examinada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.

El Comité expresó su agradecimiento a la Oficina por mantener a los Estados Miembros informados de los adelantos logrados en el proceso de planificación estratégica. Los delegados opinaron que el enfoque de planificación estratégica era

racional y que el proceso ayudaría a resolver los puntos débiles detectados por el Auditor Externo y en los otros estudios mencionados por la Dra. Sealey. Se ensalzó, en particular, la incorporación de los indicadores de desempeño. Se señaló que esos indicadores serían una herramienta valiosa para asignar un orden de prelación, que era sumamente importante dadas las limitaciones presupuestarias. Aunque el Comité reconoció que el plan estratégico estaba destinado a guiar la labor de la Oficina, señaló que el proceso de planificación, en última instancia, beneficiaría también a los países.

Varias delegaciones invitaron a la Dra. Sealey a que visitara sus países para examinar el proceso en más detalle. Se le pidió que profundizara en la manera en que los Estados Miembros y otros interesados directos externos participarían en el proceso y en los planes de la Oficina para abordar cuestiones como la vigilancia de la armonización del plan estratégico con el presupuesto bienal por programas. También le pidieron que proporcionara más detalles acerca del carácter y la composición del Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica.

La Dra. KAREN SEALEY explicó que el Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica era un grupo interno que trabajaba con la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP). Los miembros representaban una combinación amplia de disciplinas y habían sido seleccionados por su capacidad analítica y su experiencia anterior en planificación estratégica. En lo que se refiere a la participación de los países en el proceso de planificación estratégica, recordó que en la sesión del SPP, en marzo, se había sugerido que la Oficina encontrara una manera de reunir una muestra de representantes de

los países para obtener sus puntos de vista con relación al plan estratégico. Ella estaba muy receptiva a la idea y hablaría con el Director sobre la manera y el momento de organizar dicha reunión antes de presentar la versión preliminar del plan al SPP. Una posibilidad era utilizar la tecnología de las comunicaciones electrónicas para esa finalidad, si el tiempo y los recursos eran limitados.

En cuanto a la participación de otros interesados directos en el proceso, en el análisis inicial del entorno externo, DAP había consultado con varios organismos latinoamericanos y expertos en el campo del desarrollo social. Considerando la armonización del presupuesto bienal por programas con el plan estratégico, la Oficina consideraba que una nueva versión del software usado en el proceso de programación facilitaría la codificación de las actividades por los componentes de las OEP actuales y el plan estratégico futuro, a fin de reflejar mejor los vínculos entre la programación y la planificación estratégica.

Por último, agradeció a los delegados sus invitaciones a presentar el proceso de planificación estratégica en sus países. En su opinión, la experiencia sería mutuamente beneficiosa, no solo porque la Oficina estaría incluyendo a los interesados directos, sino también porque podría aprender de la experiencia en planificación estratégica que le ofreciera el personal de los países. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto.

The Delegate of CANADA said Canada was keenly interested in developing the Strategic Plan for 2003–2007, and would like to participate fully in PAHO's country

input consultations. To this end, Canada had invited Dr. Sealy for a one-day meeting in Ottawa.

At this important stage in the long-term future of the Organization, a well-developed, clearly articulated Plan to guide and inform programmatic decisions was essential. It might also be the right time to address the important and sensitive issue of prioritization. PAHO was having increasing difficulty in responding to the number of requests from the countries for help in new health issues. Future budget pressures would make that especially problematic. The Strategic Plan was an opportunity to define medium and long-term priorities.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that without strategic planning at all levels it would be difficult for any organization to achieve its goals. Her Delegation applauded PAHO's efforts to take an honest look at its strategic planning process and to use the results to improve its corporate vision and technical excellence. Clear and measurable objectives to track performance and identification of strategic issues and priorities areas of action based on shared criteria would strengthen overall capacity and enable PAHO to define where it could best add value and maximize its fiscal and technical resources.

New work methods could always be expected to create uncertainty and chaos. However, with leadership commitment and the engagement of internal and external stakeholders success could be achieved and sustained. PAHO seemed to be able to manage change effectively.

The United States of America looked forward to active involvement with PAHO in helping to maximize limited budgetary, human, and technical resources.

La Delegada de VENEZUELA dice que, dado el interés que tiene la definición del plan estratégico, propone adoptar una resolución en la que se recomiende al Comité Ejecutivo que examine las prioridades regionales en cooperación técnica en las que se deben concentrar los recursos de la oficina durante el período 2003-2007.

The DIRECTOR pointed out that according to Document CD43/17, there was no need for a resolution on the topic, which had to go before the SPP, the Executive Committee, and the Pan American Sanitary Conference.

He thanked the governments that had commented on the issue. He agreed that any planning process entailed changes, but could only bring success if the leadership was committed to success, and he assured the Directing Council that he was. The high degree of expertise in the countries must and would be drawn on. The SPP and the Executive Committee had delineated the Plan itself, they had not merely report on the process.

ITEM 4.16: REPORT OF THE ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH

TEMA 4.16: INFORME DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD

El Dr. ALBERTO PELLEGRINI (Coordinador, Investigaciones, OPS) dice que, como todos los años, presentará el informe de la Reunión del Comité Asesor de

Investigaciones de la OPS (CAIS). La reunión se llevó a cabo del 9 al 11 de julio de 2001 en Jamaica y, entre los diversos puntos de la agenda, hay que destacar la discusión de los resultados de varios proyectos de investigación multicéntricos, apoyados por el programa de subvenciones de investigaciones de la OPS.

El primer proyecto discutido en esa reunión fue el referente a macrodeterminantes de las inequidades de salud, un proyecto apoyado por la OPS y desarrollado a partir de datos de encuestas de hogares en Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú. Además del análisis de las relaciones entre la distribución de una serie de variables socioeconómicas y de salud, el proyecto permitió la construcción de modelos que permiten realizar simulaciones modificando la distribución de algunas variables y analizar su impacto en las inequidades.

El proyecto "Salud, bienestar y envejecimiento" es una encuesta realizada en Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay. Las siete encuestas fueron simultáneas y rigurosamente comparables, y permitieron describir las condiciones de salud física y mental de los adultos mayores de 60 años, evaluar el acceso y uso de los servicios y realizar análisis comparativos en lo que se refiere a apoyo familiar, comportamientos y exposición a condiciones de riesgo. Se evaluaron también patrones de desigualdades en el estado de salud y en la autorización de servicios por personas de esa edad.

Otro proyecto es el análisis de género de los comportamientos dietéticos y de ejercicio en el Caribe, proyecto que se desarrolló en cuatro países del Caribe inglés —

Belice, Jamaica, San Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago— en los que se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo sobre cambios de comportamiento de consumo de verduras y frutas y adopción de una actividad física regular. Se analizó también la influencia de factores psicosociales, así como la influencia de los medios de comunicación sobre las percepciones y actitudes en lo referente a hábitos dietéticos y nivel de actividad.

En el proyecto de evaluación de calidad de los servicios de radiodiagnóstico participaron más de 180 físicos, médicos y radiólogos de Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México en estudios multicéntricos con protocolos de instrumentos comunes para evaluar la calidad de las imágenes y la precisión de los diagnósticos de algunos procedimientos radiológicos. Se presentaron los resultados del análisis de mamografías realizados en 369 pacientes de 20 establecimientos de esos países.

El CAIS reconoció la importancia de esos proyectos, no solamente porque aportan conocimientos originales sobre temas de alta relevancia para la salud pública de la Región, sino también por su enfoque interdisciplinario y por el proceso a través del cual fueron desarrollados, permitiendo el establecimiento de redes de colaboración entre los diversos grupos participantes. Los miembros del CAIS hicieron comentarios y recomendaciones con relación a aspectos metodológicos de los proyectos, los medios para diseminar sus resultados y su utilización para el establecimiento de políticas.

Durante esta reunión del CAIS se discutieron también estrategias para una mejor utilización de los resultados de investigación en el proceso de toma de decisiones en salud, particularmente en lo que se refiere a políticas de intervenciones relacionadas con

la promoción de la equidad. Fue presentado y discutido el informe de una reunión organizada por la OPS sobre este tema que se llevó a cabo en México y contó con la participación de investigadores, autoridades, periodistas y otros profesionales del Reino Unido y varios países de las Américas. En esa discusión se analizaron las relaciones entre investigación y políticas de salud, identificando barreras y factores facilitadores de esta interacción. Se discutieron las implicaciones para las políticas de los resultados de proyectos de investigación apoyados por la OPS sobre el tema de la equidad en la salud y también posibles iniciativas para promover una mayor utilización de los resultados de investigación, particularmente con el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, como la biblioteca virtual de salud desarrollada por la OPS a través de BIREME.

Otro tema de discusión fueron las estrategias y actividades de cooperación que la OPS viene desarrollando en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud. Tres objetivos a largo plazo fueron definidos para esas actividades: orientar las prioridades de investigación en conformidad con las necesidades de los sistemas de servicios de los países de la Región; fortalecer la capacidad de investigación en áreas prioritarias, y mejorar los vínculos entre la investigación y los procesos decisorios. El Comité analizó las actividades realizadas en esas líneas de cooperación y desarrolló un plan de trabajo para actividades futuras. Como en reuniones anteriores, se analizaron las actividades del programa de subvenciones de investigación. El Comité expresó su satisfacción con la orientación que venía recibiendo este programa, destacando la

definición clara de prioridades y la importancia del programa como factor multiplicador de recursos escasos y como instrumento de la cooperación técnica de la OPS.

Las actividades de promoción de la investigación a nivel global desarrolladas por la OMS fueron también revisadas, particularmente la propuesta de elaboración del Informe sobre la Salud Mundial del año 2004 sobre la evaluación de desempeño de los sistemas nacionales de investigación. Entre otras recomendaciones en relación con este informe, el Comité señaló que debía aprovecharse la experiencia del informe sobre desempeño de los sistemas de salud del año 2000, recomendó que se estableciera un amplio proceso de consulta sobre la metodología a utilizar, que se brindara especial atención a la calidad y origen de los datos y que se evitara jerarquizar a los países.

Una sesión de la reunión se dedicó a analizar la situación de la investigación en el Caribe y en ella, además de datos de indicadores sobre la infraestructura y la producción científica, se presentaron diversos proyectos de investigación en curso sobre temas de interés para la subregión. El comité manifestó su aprecio por la calidad de las presentaciones y por los esfuerzos extraordinarios de la comunidad científica del Caribe, en particular de Jamaica. Se recalcó también la importancia del enfoque subregional en varios de los proyectos presentados y la utilidad de sus resultados y metodologías para todo el resto de la Región.

Finalmente, el comité discutió una propuesta para realización de un evento científico en conmemoración de los 100 años de la OPS. El evento coincidirá con la reunión del CAIS programada para junio del 2002 y deberá contar con la participación de

miembros del CAIS mundial y representantes de los CONICIT y de otros organismos vinculados a la investigación. Consistirá en cinco paneles organizados según las Orientaciones Estratégicas de la OPS. En cada panel, científicos y expertos de alto prestigio presentarán los últimos avances científicos en el área correspondiente, el eventual impacto de esos avances para la salud pública y el papel de la OPS. Los miembros del CAIS hicieron sugerencias para la agenda y participantes de cada panel y deberán seguir colaborando activamente en su organización en los próximos meses. En la clausura de la reunión, el Dr. Allende, Presidente del CAIS, y el Dr. Alleyne expresaron su satisfacción por los resultados logrados de la misma y su gratitud a los anfitriones de Jamaica por su cordial hospitalidad.

The Delegate of CANADA said that he appreciated the report of the Advisory Committee on Health Research and noted that the diversity of health topics undertaken in the previous year were representative of the broad health issues facing the Americas.

The emphasis on the need to match the results of health research to the decision-making process was particularly pertinent. Such linkages were to be encouraged. It was also vital to have access to up-to-date, relevant, and evidence-based research results if health policies were to be effective.

Canada noted with interest the proposed scientific event planned to mark the PAHO's Centennial and looked forward to participating in that event.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA supported PAHO's efforts in health research and training. As the countries of the Hemisphere work to fight

communicable and non-communicable diseases, it was important to recognize the impact of training and research cooperation activities on the next generation of health researchers and clinicians. The National Institutes of Health (NIH) and the Fogarty International Center looked forward to working more closely with PAHO and the member countries to strengthen training efforts in areas of priority and common interest through programs and activities such as the Pan American Fellowship Program and bilateral and regional workshops.

Two areas were of particular concern to her delegation: HIV/AIDS and mental health. The NIH invested around US\$ 10 million annually in the fight against AIDS in Latin American and the Caribbean, including vaccine and prevention trial sites in a number of countries.

The United States of America supported training to encourage collaborative multidisciplinary clinical science research in mental health between United States institutions and those in other countries of the Region. The critical underpinning for all medical research was the guarantee that human subjects were informed and protected. In that connection, The United States was working with PAHO to organize and coordinate the fourth international forum on bioethics to be held in Brazil in 2002.

El Dr. PELLEGRINI (OPS) dice que cada vez se está haciendo más hincapié en la utilización de los resultados de proyectos multicéntricos y que la cooperación de la OPS con los consejos de ciencia y tecnología intenta que las políticas de investigación no sólo fortalezcan la oferta sino también la infraestructura científica, así como estrechar los

vínculos entre ciencia y sociedad, entre ciencia y necesidades sociales y utilización de resultados. Entre los medios que se están empleando para alcanzar estos objetivos cabe destacar nuevas tecnologías, como la biblioteca virtual.

En relación con la propuesta de los Estados Unidos de América de estrechar lazos de cooperación para entrenamiento e investigación, señala que la Organización ya ha convocado becas y subvenciones de investigación junto con los Institutos Nacionales de la Salud de ese país, la Universidad de Harvard y otras instituciones de países europeos, como el Instituto de Salud Carlos III de España.

ITEM 4.15: PREPARATIONS FOR THE CENTENNIAL OF THE PAN AMERICAN
HEALTH ORGANIZATION
PUNTO 4.15: PREPARATIVOS PARA EL CENTENARIO DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD

Ms. BRYNA BRENNAN (Chief, Public Information, PAHO) began her presentation by displaying the poster for the Organization's centennial. The poster design had been selected by all PAHO staff, and was intended to represent one hundred faces of health from all over the Americas. On the regional level, a Centennial Advisory Board had been established to assist in the preparations for celebrating the 100th anniversary. In addition, "Champions of Health," including prominent music and sports personalities, had been selected to convey health messages, as had "Public Health Heroes," individuals who had made extraordinary contributions to public health in the Region. Document CD43/19 outlined the various regional events that had been planned. Additional information on the centennial celebrations would be posted on a special webpage (www.paho.org/100),

which was expected to be up and running by the following week. The Web page would include a virtual "store," which would offer various items with the centennial logo.

With a view to making the anniversary celebrations as inclusive as possible, the Centennial year would begin with various contests, including a poster contest for children, an essay contest for adolescents, and a journalism contest. Several special events would be held in connection with World Health Day in April 2002. The Pan American Sanitary Conference in September 2002 would afford another opportunity to mark the Centennial. Several publications would be released during the year, including the Director's quadrennial report, *Health in the Americas*, and a commemorative Centennial photo book. On 2 December 2002, the anniversary of the Organization's founding, all the countries in the Americas were being asked to stage a special event. The Centennial would also be highlighted at several special meetings to be held in various countries throughout the year, including the International Conference on Vaccines, the Centennial Conference on Health Research, and the World Congress on Bioethics.

Ms. Brennan said that she was pleased to report that many countries were well advanced in their preparations for the celebration. The events planned included races and walks, ballets and other dances, symphonies, publication of special magazines, painting contests, and conferences. Almost every country in the Region was planning to issue a special commemorative postage stamp. The Secretariat hoped that everyone would take advantage of the Centennial year to promote a renewed commitment to public health.

She concluded her remarks with the presentation of one of the videos the Secretariat had produced for the Centennial.

ITEM 8 : RESOLUTIONS AND OTHER ACTIONS OF THE FIFTY-FOURTH
WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL
COMMITTEE

TEMA 8: RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 54.^a ASAMBLEA
MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL COMITÉ REGIONAL

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que, en la sesión del Comité Ejecutivo celebrada en junio de 2001, el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana, reseñó varias de las 16 resoluciones adoptadas por la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2001, que la Oficina consideraba de pertinencia para la Región de las Américas, y destacó que el trabajo relacionado con ellas había sido o sería emprendido por la OPS. También señaló a la atención del Comité las resoluciones relativas a la aprobación del programa general de trabajo; la nutrición del lactante y el niño pequeño; la ampliación de la respuesta a la infección por VIH/SIDA; la estrategia farmacéutica de la OMS; el fortalecimiento de la enfermería y la partería; el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo; la seguridad sanitaria mundial; la alerta y respuesta ante epidemias; el decenio internacional de las poblaciones indígenas del mundo; la transparencia en el proceso de la lucha antitabáquica; la lucha contra la esquistosomiasis y la helmintiasis transmitida por el suelo; la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud; el sueldo de los titulares de puestos sin clasificar; los fondos para la cuestión de

bienes inmuebles; los ingresos ocasionales; la apertura de crédito para el ejercicio 2002-2003, y la reforma de los métodos de trabajo del Consejo Ejecutivo de la OMS.

El Dr. BRANDLING-BENNETT informó también de que la Asamblea había elegido a Colombia, Cuba y Granada para designar a una persona que formase parte del Consejo Ejecutivo en sustitución de Chile, Estados Unidos de América y Trinidad y Tabago, cuyos mandatos habían llegado a su fin. Con respecto a la resolución sobre la respuesta a la infección por el VIH/SIDA, el Comité Ejecutivo instó a la OPS a seguir trabajando en estrecha colaboración con ONUSIDA y sus copatrocinadores, para garantizar la coordinación de las intervenciones.

Un delegado señaló la existencia de contradicciones entre las recomendaciones sobre el amamantamiento por las mujeres VIH positivas y las iniciativas de hospitales amigos de lactantes adoptadas por los gobiernos, y pidió la ayuda de la Organización para mediar en esa controversia.

En lo referente a la resolución sobre el Programa General de Trabajo, el Comité alentó a la OPS a que siguiera su diálogo mutuamente beneficioso con la OMS acerca de la introducción de la planificación de programas apoyada mediante la evaluación y teniendo en cuenta la rica experiencia de la OPS en este tema. El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina la presentación del informe, pero no consideró necesario aprobar resolución alguna sobre este tema.

ITEM 5.2: INTERIM FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR FOR 2000
TEMA 5.2: INFORME FINANCIERO PARCIAL DEL DIRECTOR PARA 2000

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que, en la 128.^a Sesión del Comité Ejecutivo, el Sr. Mark Matthews, Jefe del Departamento de Presupuesto, presentó el Informe Financiero de la OPS y de varios Centros Panamericanos correspondiente al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2000, publicado como Documento Oficial 301. Como es usual para un informe provisional, el documento no va acompañado de una opinión del Auditor Externo.

El Sr. Matthews dijo al Comité que, gracias a la gestión financiera conservadora y constante, la situación financiera de la OPS era sólida, y esto se reflejaba en el estado del activo, del pasivo y de las reservas y saldos de los fondos al 31 de diciembre del año 2000. El dinero en efectivo depositado en los bancos y las inversiones sumaban en total US\$ 144,4 millones, y los ingresos del presupuesto ordinario para 2000 habían excedido los gastos en \$6,6 millones, aunque el Sr. Matthews señaló que las obligaciones contraídas al 31 de diciembre del 2000 reducirían este saldo a finales del bienio. Los ajustes posteriores, una transferencia de \$4,9 millones al fondo para bienes inmuebles y una transferencia temporal de \$2,3 millones al Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la compra de vacunas, habían producido una reducción neta de \$1,3 millones en el fondo de trabajo, con un saldo resultante de \$13,7 millones al 31 de diciembre del año 2000. Las recaudaciones de las cuotas de años anteriores habían ascendido a \$31,7 millones, o sea 68% del saldo pendiente al 1 de enero del año 2000.

En cuanto a las cuotas para el 2000, se habían recibido sólo \$43,6 millones, es decir, 51% de las cuotas señaladas para ese año, debido, principalmente, al retraso en la recaudación de la cuota de un país. El informe financiero parcial contiene también los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe, del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. El Sr. Matthews informó de que los tres centros habían tenido en conjunto un excedente de los ingresos sobre los gastos por un monto de \$278 millones. El CAREC recibió \$3,6 millones de ingresos, sin contar los retrasos en el cobro de las contribuciones señaladas, mientras que sus gastos ascendieron a \$3,7 millones, dando lugar a un exceso de los gastos sobre los ingresos de \$53,000, y a una disminución en su saldo de fondos, que pasó de \$1,19 millones a \$1,14 millones.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá habían tenido un excedente de ingresos sobre los gastos en 2000 de \$93,000 en el primer caso y de \$238,000 en el caso del INCAP. Sin embargo, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe había experimentado un déficit del presupuesto ordinario de \$51,000, por lo que había aumentado a \$443,000 el déficit acumulado en su fondo de trabajo. La mora en el pago de las cuotas había aumentado a un millón en comparación con \$786,000 en diciembre de 1998. Las contribuciones del año en curso habían ascendido a \$103,000. El INCAP había presentado un superávit del presupuesto ordinario de \$69,000, que había dado lugar a un saldo de \$1,1 millones en el fondo de trabajo. Las cuotas pendientes de este Instituto disminuyeron de \$444,000 en

1998 a \$385,000 en 2000. El Comité Ejecutivo agradeció al Director la presentación de su informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

*The meeting was suspended at 4:05 p.m. and resumed at 4:36 p.m.
Se suspende la reunión a las 4.05 p.m. y se reanuda a las 4.36 p.m.*

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 2001
PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 2001

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el jurado del Premio OPS en Administración, 2001, integrado por Bolivia, Estados Unidos de América y Nicaragua, se reunió el 27 de junio de 2001 y decidió otorgar el premio al Dr. Carlos Gehlert Mata de Guatemala, por su contribución pionera a la extensión de la atención primaria de salud en las zonas rurales de ese país. El Comité Ejecutivo aprobó una resolución en la que hizo suya la decisión del jurado. El correspondiente informe figura en el documento CD 43/25.

La PRESIDENTA dice que la OPS otorga anualmente el Premio OPS en Administración en reconocimiento a una contribución destacada en la gestión administrativa de los servicios nacionales de salud.

El Dr. Carlos Gehlert Mata, ganador del premio correspondiente a 2001, nació en la Ciudad de Guatemala, se tituló como médico y cirujano en la Universidad de San

Carlos de Guatemala, y obtuvo una maestría en salud pública y medicina preventiva y social en la Escuela de Salud Pública de Chile, así como diplomas de altos estudios en epidemiología, demografía, desarrollo urbano y rural y salud en el Instituto Latinoamericano de Desarrollo (ILADES). A lo largo de su carrera profesional en Guatemala, el Dr. Gehlert Mata ha sido un servidor público extraordinario, desempeñando los cargos de Director del Departamento de Educación Sanitaria, Director General del Servicio de Erradicación de la Malaria y Jefe del Área de Salud Suroriental del Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Ha sido miembro del Congreso de la República y Ministro de Salud Pública. Se ha desempeñado también como Secretario General del Instituto para el Desarrollo Económico y Social de Centroamérica, y Director del Instituto Nacional de Población y Familia. Ha representado a su país, así como a Centroamérica y Latinoamérica en reuniones del Servicio Universitario Mundial celebradas en Ginebra, Suiza. Ha ejercido la docencia durante 20 años en la Universidad de San Carlos de Guatemala, obteniendo el grado de profesor titular de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Fue Jefe del Departamento del Bienestar Estudiantil del Instituto de Ciencias Políticas de la Universidad Rafael Landívar durante tres años y se ha desempeñado como profesor de demografía.

El Dr. Gehlert Mata se ha desempeñado además como consultor de organismos intergubernamentales, agencias de cooperación y organismos estatales de Guatemala, y tiene en su haber publicaciones en Guatemala y Centroamérica que recogen su contribución y su visión para el progreso del país y de la Región: "Problemas de salud

pública en Guatemala y sus posibles soluciones", "La desmonopolización del conocimiento o la democratización del saber", "Vida, enfermedad y muerte en Guatemala" y "Propuesta de un modelo para establecer una sociedad pluralista y democrática en Guatemala". El Dr. Gehlert Mata es miembro de la Asociación de Médicos de Salud Pública y de la Asociación de Investigación y Estudios Sociales de Guatemala. Por todas esas destacadas contribuciones al sector de la salud y al desarrollo del pueblo guatemalteco y centroamericano, la OPS se honra en conferirle el Premio OPS en Administración, 2001.

El DIRECTOR dice que la Organización acoge con mucho aprecio al Dr. Gehlert Mata. Su *curriculum vitae* pone claramente de relieve lo que es capaz de hacer, su capacidad técnica y su dedicación al trabajo que ha realizado a lo largo de su vida profesional. Es un gran honor para la OPS concederle este premio y, como Director le complace sobremanera hacerle entrega.

El Dr. GEHLERT MATA pronuncia el siguiente discurso de aceptación del Premio OPS en Administración, 2001:

"Honorable señora Presidenta de esta asamblea, honorable señor Director de la Organización Panamericana de la Salud, honorables representantes de la Organización Mundial de la Salud, honorables señores que conforman la mesa directiva, honorables señores ministros de salud y secretarios de salubridad de los países del continente

americano, honorables miembros del cuerpo diplomático, honorables miembros de países, entidades e instituciones de colaboración solidaria, señores invitados especiales, señores y señoras, amigos todos.

Permítaseme dedicar este solemne acto a Dios que nos ha dado la fe, la luz, la palabra y la libertad a todos los hombres y mujeres para que podamos constituirnos en sujetos protagónicos, constructores de nuestro destino; a la Oficina Panamericana de la Salud, en su centenario, que ha sabido servir y no servirse como sucede en otras instituciones y a quienes exhortamos a redefinir su razón de ser y aumentar su protagonismos; a mi país, Guatemala; a todo guatemalteco de buena voluntad que, día a día, trabaja para consolidar una sociedad más equitativa en que la plaza no sólo sea el silencio de las armas sino el fruto de la justicia; a mi familia, mi esposa y mis hijos que me han acompañado en todo momento, en los más felices y en los más difíciles, en que, por razones de conciencia, estuvo en peligro mi vida; a mis hermanos, los más vulnerables débiles y pobres, producto de un modelo de desarrollo excluyente, no deseado, que se nos ha impuesto; a la Universidad de San Carlos, donde me formé y he impartido docencia en medicina preventiva y social durante 20 años y supervisado los programas de práctica rural docente supervisada; al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, donde puse a prueba mi vocación salubrista en puestos como Jefe de Educación Sanitaria, Director del Programa de Erradicación de la Malaria, Jefe de una región sanitaria del país y Ministro de Salud; a los técnicos en salud rural, trabajadores humildes y silenciosos, pero activos y eficientes que laboran en los lugares más remotos

de los cuatro puntos cardinales del país ayudando a construir la nueva Guatemala; a la memoria de los varios miles de inocentes asesinados por la insania mental, la intolerancia, el fanatismo y la intransigencia por el terrorismo o por la indiferencia, en este país y en todo el mundo.

Me siento profundamente emocionado y agradecido por la especial distinción que la Organización Panamericana de la Salud se ha servido otorgarme con este premio OPS, 2001, que es proplamente inmerecido, pues en nuestro continente hay decenas y centenas de profecionales de la salud de nuestros hermanos más vulnerables, más necesitados y pobres, sino que, en algunos casos, han ofrendado su vida en tan ejemplar misión y apostolado, no estimulados por el lucro sino por la solidaridad social.

Señores Ministros y Secretarios de Salubridad, no soy mejor ni he sido mucho más que ustedes y su grupo de apoyo; nunca fui el mejor en ninguno de los niveles de estudio, ni fui visitante distinguido de los mejores centros de investigación del mundo, donde suelen pontificar los que creen poseer la única verdad. Eso sí, de mis 68 años de edad, tengo 50 de cuestionar reiteradamente todas aquellas situaciones o hechos que me parecen injustos, ilógicos, absurdos y aberrantes. Me fundamenté en la célebre frase del maestro Albert Einstein, de que "la imaginación es más importante que el conocimiento" y en algunas extraordinarias afirmaciones del Dr. Rudolph Virchow, a mitad del siglo antepasado, hace más de 150 años. Mi historia se inicia en 1964, en ocasión de la defensa de mi tesis de graduación en mi licenciatura de medicina, donde, entre otros extremos, cuestioné pretensiones de "que vamos a terminar con la enfermedad curando a los

enfermos" y se ordenó la compra de toneladas de piperacina para terminar con el parasitismo intestinal.

Cuestioné también que lo socioantropológico y cultural no tenía cabida, en el currículo formativo de los futuros médicos en un país, multiétnico, multicultural y multilingüe como el mío, que los únicos autorizados para curar enfermos eran los médicos graduados en una universidad y legalmente colegiados, cuando se tenía grandes bolsones de población aislada y desprotegida por falta de médicos con suficiente vocación y a los que la población no podía remunerarle sus servicios por falta de capacidad de pago, y me atreví irreverentemente a llamar a nuestros ministros de salud, "ministerios de la enfermedad".

En ese momento nuestro presupuesto ministerial estaba volcado en 80% a curar enfermos y solo en 20% a prevenir que los sanos enfermaran. Esto ha cambiado. Por supuesto, como era de esperar en dicha época y en mi país, mis señalamientos, cuestionamientos y propuestas levantaron una ola de críticas, lo que hizo que el problema se llevara al seno del Congreso Nacional de Medicina, donde fueron fuertemente cuestionadas y descalificadas. La votación del pleno fue de 992 contra 8 votos en favor de la no aceptación de las tesis que postulaba. Con el tiempo y andando siempre contra corriente se logró con el financiamiento de USAID y la colaboración de otros colegas quiijotes que podrían, con iguales o mayores méritos, no sólo equipar un instituto de formación en un vetusto hospital abandonado, sino poner a funcionar un programa de formación y capacitación de técnicos en salud rural con jóvenes de ambos sexos, oriundos

de comunidades rurales extraviadas en la compleja geografía y topografía guatemalence. Este grupo, dentro de una compleja realidad multiétnica, multicultural y multilingüe, se comprometía a regresar a sus comunidades de origen; estaban y están preparados para organizar, hacer participar consciente y responsablemente a los grupos comunitarios en el cuidado y promoción de su salud, educándolos para prevenir los problemas sanitarios de mayor prevalencia a nivel local, que lo mismo pueden ayudar a atender un parto eutócico como orientar en el caso de un distócico, orientar los pasos a seguir en la introducción de agua potable en una aldea; orientar el diseño de un proyecto de desarrollo integral e intergeneracional sostenible en un programa masivo de letrización; administrar fondos estatales, municipales, privados o comunitarios para la ampliación de cobertura y/o mejoría de servicios, y que al día de hoy se han constituido en tutores y orientadores de las labores de 20,000 guardianes de salud, personal voluntario a nivel de base.

Los frutos están a la vista. De una cobertura de 14% para varias de las enfermedades inmunoprevenibles se logró subir a finales de la década de 80% a 85%. Los colegas que siguieron a mi gestión ministerial han logrado sobrepasar 90%. Hemos erradicado la poliomielitis y, por tercer año consecutivo, no hemos tenido casos de sarampión. Se han dado fuertes pasos en la descentralización administrativa y financiera, precisamente por tener una base organizada y participativa, y se han estimulado y fortalecido las iniciativas de autogestión local. Colectividades que no tenían ninguna atención en salud, ya la tienen: 22,000 localidades de menos de 2,000 habitantes que estaban totalmente desprotegidas hace apenas dos años, ya están tuteladas por los

guardianes de salud supervisados o por los técnicos en salud rural, y en otros casos atendidas por voluntarios de las brigadas de solidaridad médica cubana. Reconocemos que seguimos rezagados, pero estamos avanzando con serenidad, fe y seguridad, pese a situaciones fuera de todo control humano, como el huracán Mitch, la marea roja y ahora una tremenda sequía que desemboca en una cruel hambruna pocas veces sufrida en la región centroamericana, que de nuevo esta causando muertes de niños y ancianos por hambre. Todo ello dentro de un modelo de desarrollo económico social inequitativo y excluyente.

Lo que para todos ustedes suena hoy totalmente normal, lógico, razonable y quizás loable, no lo fue para los gobiernos absolutistas, intolerantes y opresores de la década de los setenta y primeros años de la época de los ochenta. Los técnicos en salud rural fueron satanizados y en ese contexto intimidados primero y luego perseguidos; 25 de ellos fueron eliminados y 15 desaparecidos. Fue prohibida su actividad y el Instituto formador, el INDAPS, fue clausurado. El argumento principal fue que favorecían la subversión y eran potenciales desestabilizadores del régimen de turno.

No fue sino hasta finales de 1988 en que el servidor de ustedes fue nombrado Ministro de Salud, en el primer gobierno legalmente electo, después de un largo período de dictaduras antidemocráticas, en donde se hicieron los esfuerzos necesarios, bajo la austeridad más absoluta, para abrir de nuevo el Instituto y reiniciar la tarea de formación para garantizar la atención primaria en salud en nuestra área rural más olvidada.

Hoy, después de 27 años, hay 1,500 de los primeros graduados ; 355 trabajan para el Ministerio de Salud Pública, y más de 1,000 para ONG privadas. Reconozco ante este foro, que sin la valentía y tesón de los propios técnicos en salud rural de las primeras promociones no hubiéramos podido resucitar y revitalizar el proyecto. Yo solo pensé, imaginé, propuse y apoyé una alternativa. El mérito principal está en los propios protagonistas del mismo. Termine como empecé mi tesis de graduación en 1964, parafraseando al maestro Gunnar Myrdal: "El porvenir no se nos aparece como un destino ciego. Está condicionado por nuestra responsabilidad. Nosotros tenemos el poder de analizar los hechos y de poner en obra de manera racional las consecuencias prácticas de nuestros ideales". Muchas, muchas gracias.

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH,
2001

PUNTO 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA,
2001

The President presented the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2001, to Dr. Ruy Laurenti of Brazil

A Presidente apresentou o Prêmio Abraham Horwitz para a Saúde Interamericana, 2001, ao Dr. Ruy Laurenti, do Brasil

Dr. FIGUEROA (Pan American Health and Education Foundation) said that the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) was dedicated to improving the health of the people of the Americas in support of PAHO's programmatic objectives through its highly successful textbook and medical instruments program. Increasingly,

the Foundation was also working to identify private-sector resources that could further public health aims in the countries. PAHEF also promoted public health through its international awards program, including the Abraham Horwitz Award for Leadership in International Health. The Abraham Horwitz Award was intended to stimulate excellence and leadership in health among persons in the Americas and who produced ideas and work of regional significance.

He wished to congratulate Professor Ruy Laurenti, of Brazil, on being selected for the award. He also thanked the members of the award selection committee, who had had the difficult task of selecting one winner from among 18 outstanding candidates. Dr. Laurenti had played an important role in the process of disease classification over the previous three decades, both in Brazil and in the Region. Careful classification of diseases was critical to ensuring the systematic collection of mortality and morbidity data. By standardizing criteria for processing and tabulation of data, his work ensured comparability of information across the world and through time.

Dr. Laurenti has been a key player in the implementation of the Brazilian information systems on mortality and an advisor to the Brazilian National Epidemiology Center. As a world leader in the international classification of disease, he had advised many public entities in that area and had pioneered new training alternatives for epidemiologists and researchers. Dr. Laurenti had been born in Rio Claro, São Paulo, Brazil. He had been graduated from the School of Medicine at the University of São Paulo in 1957, and in 1969 he had received his doctorate degree in Medical Sciences. In

the course of his academic career, Dr. Laurenti had served as Director of the School of Public Health and Rector of the University of São Paulo. As a researcher, he had participated in numerous important studies. Internationally, Dr. Laurenti had served as an advisor and instructor for health professionals throughout the Americas and in Southeast Asia and Europe. The World Health Organization had often selected him to head expert committees.

Candidates for the Horwitz Award must have an outstanding lifetime career in medicine or public health, with a demonstrated impact on the lives and health of the peoples of Latin America and the Caribbean. The award was a tribute to another outstanding regional leader, Dr. Abraham Horwitz, a Chilean doctor who served four terms as Director of PAHO and was President of PAHEF for 25 years. The Foundation was proud to add Dr. Laurenti's name to the list of Abraham Horwitz Award winners.

Ao aceitar o Prêmio Abraham Horwitz 2001, o Dr. RUY LAURENTI declarou-se profundamente honrado e bastante emocionado por estar em tão ilustre companhia, e agradeceu à diretoria da Fundação Pan-Americana do Saúde e Educação (PAHEF), bem como ao Sr. José Serra, Ministro da Saúde do Brasil e ao Dr. João Yunes, Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, responsáveis por sua indicação.

Disse ser-lhe difícil falar sobre si mesmo. Toda sua vida profissional foi na Universidade de São Paulo, onde ingressou como estudante de medicina em 1952 e de onde nunca mais saiu. Foi professor na área de clínica médica de cardiologia na

Faculdade de Medicina, transferindo-se dez anos depois para o departamento de epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública. Atribui à OPAS a responsabilidade pela mudança na sua vida profissional e acadêmica. Em 1962, a Dra. Ruth Puffer, da área de estatística da OPAS, idealizou e coordenou um grande estudo multicêntrico sobre mortalidade de adultos em dez áreas da América Latina, uma nos Estados Unidos e outra na Inglaterra. A cidade de São Paulo era uma das áreas e a coordenação local coube à Professora Elza Berchor da Faculdade de Saúde Pública, que o convidou para avaliar histórias clínicas de cada caso investigado e atribuir a causa básica da morte. À Professora Elza Berchor deve o início de suas atividades na área em que se destacou. Daí nasceu seu interesse por análises de mortalidade em outro estudo multicêntrico sobre mortalidade infantil, também realizado por Ruth Puffer, da OPAS, que o convidou para ser o investigador principal para a área de São Paulo.

Ao terminar o trabalho de campo, foi convidado para ser um dos revisores e julgadores dos casos procedentes das demais áreas, passando alguns meses na OPAS. Essas duas grandes investigações, até hoje citada, cuja a metodologia é ainda frequentemente utilizada, levaram-no a passar de clínico cardiologista na Faculdade de Medicina para a área de estatísticas de saúde de epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública, onde, desde então, desenvolve suas atividades.

Bastante reconhecido profissional e academicamente, foi Chefe de Departamento, Diretor da Faculdade de Saúde Pública, Pró-Reitor de Cultura e Extensão, Vice-Reitor e Reitor da Universidade de São Paulo. Esteve sempre muito ligado à OPAS, da

qual recebeu várias bolsas, sendo uma para estudar classificação de doenças com Daryl Curiel, o grande epidemiologista, na Venezuela, e outra para especializar-se em estatísticas de saúde com Hugo Bain, no Chile. Participou de inúmeras reuniões promovidas pela OPAS em vários países das Américas e muitas em Washington.

Em 1967, esteve a primeira vez na sede da OPAS, para uma reunião para a implantação da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças. A reunião foi aberta pelo Dr. Abraham Horwitz, que levantou algumas questões ligadas às condições de saúde nas Américas e à importância de uma classificação de doenças como instrumental estatístico para a apresentação de dados de mortalidade e morbidade, possibilitando, assim, a caracterização epidemiológica do quadro de saúde das populações. A partir dessa reunião, dedicou-se cada vez mais a estudos, aplicações e treinamento de recursos humanos na área de classificação de doenças.

A Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, passou a oferecer, regularmente, treinamento no uso de classificação de doenças e mortalidade e morbidade. Passou a integrar grupos de trabalho da OPS, vários deles coordenados por Ruth Puffer, sobre classificação de doenças. Ruth Puffer criou o Comitê Regional Assessor de Estatísticas de Saúde para a Região das Américas. Esse comitê esteve desativado mas foi reinstaurado há três anos e está atuante.

As atividades de pesquisa e prestação de serviços que desenvolveu na Universidade de São Paulo, sempre na área de epidemiologia descritiva, com ênfase em estatísticas de saúde e classificação de doenças, fizeram com que, em 1976, seu grupo

fosse reconhecido como um dos centros colaboradores da OPAS, à semelhança dos de Londres, Paris, Moscou, Caracas e Washington. Hoje existem mais três: em Pequim, na China; em Upsala, na Suécia; e em Canberra, na Austrália. O centro de São Paulo centro foi criado pela Assembléia Mundial de Saúde e instalado mediante convênio entre a OPAS, a OMS, o Ministério da Saúde do Brasil e a Universidade de São Paulo.

Um ano antes, implantara-se no Brasil o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que possibilitou ao país ter um único modelo de atestado de óbito. Passaram a existir no Brasil publicações sobre estatísticas de mortalidade, referentes ao Brasil, estados, municípios e capitais. Essas estatísticas são apresentadas por causa, idade, e sexo. No primeiro ano, o SIM conseguiu aumentar bastante a cobertura. Tem-se trabalhado muito na qualidade, por meio de avaliações direta e indiretas, com bons resultados.

Até o final da década de 1980, o Brasil não tinha uma declaração de nascidos vivos nem um sistema bem estabelecido para a produção das estatísticas de natalidade. No início da década de 1990, o Dr. Laurenti participou de um grupo de trabalho criado no Ministério da Saúde para implantar no Brasil o sistema de informações sobre nascidos vivos, conhecido como SINASC, que funciona muito bem e coleta dados de aproximadamente 3 milhões de nascimentos vivos por ano, com dados sobre a idade da mãe, sexo de recém-nascido, peso ao nascer, tempo de gestação e outra variáveis. Poucos países no mundo têm essas informações para um número tão grande de nascimentos.

Várias avaliações mostram que o sistema está aumentando a cobertura e que está funcionando muito bem.

A convite do Ministério da Saúde do Brasil, participou da conferência internacional para a Nona Revisão da Classificação de Doenças, bem como da Décima Revisão, ambas em Genebra, tendo sido Vice-Presidente da assembléia nessa última.

A municipalização no Brasil aumentou muito sua tarefa, que inclui treinamento, supervisão na área de classificação de doenças, estatísticas de saúde, em nível; estadual. Com a municipalização das ações de saúde, um grande número de municípios de médio e grande porte necessitam desse treinamento. O Centro Brasileiro de Classificação de Doenças está criando uma rede de profissionais de alto nível, em vários estados, que servem como multiplicadores.

Continua atuando com a OPAS e a OMS, tanto no Centro Brasileiro de Classificação de Doenças como individualmente.

Destacou que os centros deixaram de ser centros para classificação de doenças; a partir de outubro próximo, serão centros para a família de classificações para a saúde e problemas relacionados à saúde. Dentre os membros dessa família de classificações, além da tradicional classificação de doenças, destaca-se a *International Classification of Functioning Disability and Health*, que terá uso não somente no setor de saúde, mas também na Previdência Social, nos Serviço Sociais, nos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Justiça e outros. Traduziu essa classificação para o Português. Tem trabalhado bastante com essa classificação e com a OMS e a OPAS. Essa classificação

completamente diferente da classificação de doenças, não só na sua estrutura, mas principalmente quanto aos usos, é um desafio que ele aceite e que o estimula.

Concluir, dizendo que sempre foi um homem de universidade, dedicando-se ao ensino e à pesquisa, sem, entretanto, deixar de participar ativamente em atividades de treinamento e assessoria e em várias outras atividades junto aos serviços de saúde. Esse é um papel extremamente importante da universidade, particularmente nos nossos países. Em seu caso particular cresceu muito com esse intercâmbio e disse sentir nisso uma verdadeira simbiose. E assim espera continuar.

ITEM 5.3: SALARY OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
PUNTO 5.3: SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Mr. PHILIP MACMILLIAN (Chief, Department of Personnel, PAHO) recalled that, since 1969, it had been the practice of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization to set the salary of the Director of the Pan Americana Sanitary Bureau at the same level as that of the Under-Secretary General of the United Nations. The Directing Council, at its 20th Meeting in 1971 had requested the Executive Committee to make recommendations to the Conference or the Directing Council concerning the appropriate level of the salary of the Director. At its 128th Session in June 2001, the Executive committee has recommended that the annual salary of the Director be established at US\$ 113,762 dependency rate and at \$102,379 single rate, with effect from

1 March 2001. The Executive Committee's recommendation was based on resolution WHA54.3, adopted by the World Health Assembly in May 2001, which was based on the review carried out by the International Civil Service Commission concerning the base/floor salary for scale for staff in the professional and higher categories. The Directing Council, after considering the matter, might wish to adopt the resolution contained in document CD43/22 and approve the new salary level for the Director

The RAPPORTEUR presented the following proposed resolution:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL,

Considering the revision made of the base/floor salary scale for the professional and higher-grade categories of staff, effective 1 March 2001;

Taking into account the decision by the Executive Committee at its 128th Session to adjust the salaries of the Deputy Director and Assistant Director (Resolution CE128.R4);

Having noted the recommendation of the Executive Committee concerning the salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Resolution CE128.R4); and

Bearing in mind the provision of Staff Rule 330.3,

RESOLVES:

To establish the annual net salary of the Director of the Pan-American Sanitary Bureau at US\$113,762 (dependency rate) and \$102,379 (single rate), effective 1 March 2001.

EL 43^{er} CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la revisión efectuada en la escala de sueldos básicos/mínimos para los titulares de puestos de la categoría profesional y superior, con efecto desde el 1 de marzo de 2001;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 128.^a sesión, de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector (resolución CE 128.R4);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE 128.R4); y

Consciente de las disposiciones del Artículo 330.3 del Reglamento del Personal

RESUELVE:

Fijar el sueldo neto anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 113,762 (con familiares a cargo) y en \$102.379 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de marzo de 2001.

Decisión: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

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

ITEM 4.6: HEALTH, DRINKING WATER, AND SANITATION IN
SUSTAINABLE HUMAN DEVELOPMENT

PUNTO 4.6: SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO EN EL DESARROLLO
HUMANO SOSTENIBLE

The RAPPORTEUR, noting that the resolution had been presented at an earlier meeting, read out the following amendment proposed by the delegations of Brazil and Bolivia:

Operative paragraph 1 (b): [To urge the Member States to] collaborate with the Member States in disseminating lessons learned from those countries involved in using methodologies for analyzing sustainability and health impact of investment projects in water supply and sanitation.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 4.2: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

PUNTO 4.2: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

The RAPPORTEUR presented the following proposed resolution, which had been drafted by the working group formed to reconcile the original proposed resolution with the modified version submitted by the Delegation of Brazil:

THE 43rd DIRECTING COUNCIL

Having analyzed and discussed the report on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas (Document CD43/6);

Considering the trends in the HIV/AIDS/STI epidemic in the Americas and their present and future impact on young people, women, and children;

Aware of the need to apply and extend the coverage of effective, affordable methods and technologies to the most vulnerable populations by strengthening health systems and services;

Recognizing the need for a commitment by governments and society to respond effectively and with solidarity to needs for the prevention's and treatment of HIV infection, AIDS, and sexually transmitted infections in the Member States of the Region;

Taking into account the Plan of Action, Annex A, # 14, Health, of the III Summit of the Americas (Quebec, Canada, 20-22 April 2001), Resolution WHA54.10 of the World Health Assembly, and the Declaration of Commitment on HIV/AIDS of the 26th Special Session of the United Nations General Assembly (New York, the United States, 25-27 June 2001); and

Taking note of the UN Human Rights Commission Resolution E/CN.4/RES/2001/33 on Access to Medications in the Context of Pandemics Such as HIV/AIDS;

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) actively contribute to the time-bound goal set at the June 2001 special session of the United Nations General Assembly in its Declaration of Commitment on HIV/AIDS;
 - (b) accord HIV/AIDS/STI the highest-level of priority among health and development issues and to allocate the necessary and essential resources for their prevention and control, including financial and human resources to curb and reverse the spread of HIV/AIDS/STI;
 - (c) focus greater efforts on preventing the sexual transmission of HIV and other sexually transmitted infections through education; mass communication; social marketing; the promotion of abstinence, fidelity, and increased access to condoms; voluntary counseling and testing; and the promotion of sexual and reproductive health, targeting young adults and adolescents, as well as vulnerable populations;
 - (d) ensure the provision of a safe blood supply, the prevention of mother-to-child transmission, and the establishment of high-quality surveillance in order to control the epidemic;
 - (e) heighten their national response, promoting greater intersectoral involvement that includes the private sector and broadening the coverage and scope of the prevention and care services for the communities most affected by and vulnerable to the epidemic;

- (f) continue to fight the stigma and discrimination associated with HIV/AIDS by strengthening the necessary legislative measures, and raising awareness among the population;
 - (g) join and support subregional initiatives such as the Pan Caribbean Plan for the Prevention and Treatment of HIV/AIDS/STI, horizontal cooperation processes, and the development of networks for cooperation and the exchange of technology among countries;
 - (h) enhance prevention efforts directed toward particularly affected and vulnerable groups and include the active participation of these populations and community-based organizations in a peer education approach;
 - (i) support the development of the Global Health Fund, particularly encouraging the active participation of developing countries and urging financial and other contributions from governments, public and private sectors, and all civil society to help reach the UNGASS goal of US\$7 to 10 billion as the annual expenditure on the epidemic in low- and middle-income countries and those experiencing, or at risk of experiencing, rapid expansion of HIV/AIDS;
 - (j) promote the participation of all civil society actors, including people living with HIV/AIDS, as essential partners in addressing the epidemic;
 - (k) in partnership with civil society and the business sector, strengthen health care systems and address factors affecting the provision of HIV-related drugs, including anti-retroviral drugs, *inter alia*, affordability and pricing, including differential pricing, and technical and health care system capacity;
 - (l) consider using the existing flexibility available with international trade agreements in order to promote increased capacity for offering comprehensive care and HIV/AIDS medications throughout the Americas;
 - (m) strengthen the national commitment of each of the Member States to implement prevention programs;
 - (n) support education intervention initiatives which may include harm-reduction efforts, with the goal of diminishing infection rates among injecting drug users.
2. To request the Director to:
- (a) continue to facilitate the interagency, interinstitutional, and intersectional response promoted by UNAIDS to support the design, execution, and evaluation of national

- and regional strategic plans and programs for the prevention and care of HIV/AIDS/STI;
- (b) promote increased capacity to offer comprehensive care to people with HIV/AIDS in the Americas, including greater access to drugs, both anti-retrovirals and drugs against opportunistic infections, and clinical laboratory supplies in order to improve the diagnosis of STI/HIV and the monitoring of treatment of these and related conditions;
 - (c) build on PAHO's experience and that of its partners in addressing gender issues, including the vulnerability of women and the role of men, as an integral part of HIV prevention and care activities.
 - (d) provide technical support to Member States to strengthen health care systems and address factors affecting the provision of HIV-related drugs, including anti-retroviral drugs;
 - (e) promoted the sharing of information on prices of anti-retroviral drugs, provided to the Anti-retroviral Drugs Data Bank by Member States on a voluntary basis, in collaboration with the Group of Horizontal Technical Cooperation;
 - (f) explore the use of PAHO's Fund for Strategic Public Health Supplies in order to negotiate and acquire anti-retroviral drugs and condoms at the lowest possible price;
 - (g) support cooperation projects, allowing technology exchanges to promote innovation and the local manufacture of anti-retroviral medicines consistent with international laws and Agreements acceded to;
 - (g) incorporate a perspective on gender, sexuality, and social inclusion in HIV/AIDS-related activities and documents, including resolutions, of the Organization.

EL 43.ª CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado y discutido el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD43/6);

Considerando las tendencias de las epidemias de VIH/SIDA/ITS en las Américas y su presente y futuro impacto en las poblaciones de jóvenes, mujeres y niños;

Consciente de la necesidad de aplicar y extender la cobertura de métodos y tecnologías eficaces y accesibles a las poblaciones más vulnerables mediante el fortalecimiento de los servicios y sistemas de salud;

Reconociendo la necesidad del compromiso de los gobiernos y la sociedad para responder de manera solidaria y efectiva a las necesidades de prevención y tratamiento de la infección con VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual en los Estados Miembros de la Región;

Tomando en cuenta el Plan de Acción, Anexo A, #14, Salud, de la III Cumbre de las Américas (Quebec, Canadá, 20-22 de abril de 2001), la resolución WHA54.10 de la Asamblea Mundial de la Salud y la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Nueva York, Estados Unidos, 25-27 de junio de 2001), y

Teniendo en cuenta la resolución E/CN.4/RES/2001/33 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos y el acceso a los medicamentos en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) contribuyan activamente a alcanzar las metas con fecha definida fijadas por el 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA;
 - b) otorguen a la infección con VIH/SIDA/ITS el más alto nivel de prioridad entre los temas de salud y desarrollo y que asignen los recursos necesarios e indispensables para su prevención y control, especialmente recursos financieros y humanos para atajar y disminuir la propagación de VIH/SIDA/ITS;
 - c) enfoquen mayores esfuerzos a la prevención de la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual mediante la educación, la comunicación social, el mercadeo social, la promoción de la abstinencia, la fidelidad y el mayor acceso a los preservativos, el asesoramiento y las pruebas voluntarias, y la promoción de la salud sexual y reproductiva, particularmente dirigidas a jóvenes y adolescentes, así como a las poblaciones vulnerables;
 - d) garanticen el suministro de sangre segura, la prevención de la transmisión de la madre al hijo y el establecimiento de métodos de vigilancia de alta calidad, con el fin de controlar la epidemia;

- e) amplíen la respuesta nacional, promoviendo una mayor incorporación intersectorial incluyendo la participación del sector privado y aumentando la cobertura y alcance de los servicios de prevención y atención a las comunidades más afectadas y vulnerables a la epidemia;
- f) continúen atacando la estigmatización y discriminación asociadas con el VIH/SIDA mediante el fortalecimiento de las medidas legislativas necesarias, introduciendo legislación tendente a proteger a la población afectada por el VIH, y mayor concientización de la población;
- g) se unan y apoyen las iniciativas subregionales, como el Plan Pancaribeño de Prevención y Atención del VIH/SIDA/ITS y los procesos de cooperación horizontal y desarrollo de redes de colaboración entre países y el intercambio de tecnología entre los países;
- h) redoblen los esfuerzos de prevención dirigidos a los grupos especialmente afectados y vulnerables, entre los que se incluyan la participación activa de estas personas y de las organizaciones comunitarias, en un planteamiento de educación por pares;
- i) apoyen el desarrollo del Fondo Mundial para la Salud, especialmente fomentando la participación activa de los países en desarrollo, e instando a los gobiernos, a los sectores público y privado y al conjunto de la sociedad civil a efectuar contribuciones económicas y de otro tipo para que pueda alcanzarse el importe, propuesto en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, de \$7.000 millones a 10.000 millones de gastos anuales en los países de ingresos bajos y medios en los que la enfermedad es epidémica y en aquellos que están conociendo, o pueden conocer, una rápida expansión del VIH/SIDA;
- j) fomenten la participación de todos los agentes de la sociedad civil como socios fundamentales para hacer frente a la epidemia, incluidas las personas aquejadas de VIH/SIDA;
- k) en asociación con la sociedad civil y con el sector empresarial, refuercen los sistemas de asistencia sanitaria y hagan frente a los factores que afectan al suministro de fármacos relacionados con la infección por el VIH, como los antirretrovíricos, entre otros, su asequibilidad y precio, incluidos precios diferenciados, y a la capacidad del sistema asistencial;
- l) estudien la posibilidad de recurrir a la flexibilidad que ofrecen los acuerdos comerciales internacionales para promover el acceso a medicamentos contra el VIH/SIDA;

- m) refuercen el compromiso nacional de cada uno de los Estados Miembros para aplicar programas de prevención;
 - n) apoyen las iniciativas de intervención mediante la educación, que pueden incluir esfuerzos por la reducción del daño, con vistas a que disminuya la tasa de infección entre consumidores de drogas intravenosas.
2. Solicitar al Director:
- a) que siga facilitando la respuesta interagencial, interinstitucional e intersectorial promovida por ONUSIDA en apoyo al diseño, ejecución y evaluación de planes estratégicos y programas nacionales y regionales preventivos y asistenciales de VIH/SIDA e ITS;
 - b) que promueva el desarrollo de una mayor capacidad para prestar atención integral a las personas con VIH/SIDA en las Américas, incluyendo un mayor acceso a los medicamentos tanto antirretrovirales como contra las infecciones oportunistas, y a suministros de laboratorio clínico para mejorar el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento de las ITS, la infección por el VIH y enfermedades afines;
 - c) a que saque partido de la experiencia de la OPS y de sus asociados para afrontar los asuntos de género, incluida la vulnerabilidad de la mujer y el papel del hombre, como parte integral de las actividades preventivas y asistenciales de la infección por el VIH;
 - d) preste asistencia técnica a los Estados Miembros para que refuercen los sistemas de asistencia sanitaria y hagan frente a los factores que afectan al suministro de fármacos relacionados con la infección por el VIH, especialmente los antirretrovíricos;
 - e) fomente que se comparta la información sobre los precios de los antirretrovíricos, que los Estados miembros proporcionan voluntariamente al banco de datos sobre medicamentos antirretrovíricos, en colaboración con el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal;
 - f) estudie la posibilidad de recurrir al Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS al objeto de negociar y adquirir medicamentos antirretrovíricos y preservativos al precio más bajo posible;
 - g) respalde la promoción de proyectos de cooperación que hagan posible el intercambio de tecnología para fomentar la innovación y la fabricación local de medicamentos antirretrovíricos, en forma compatible con el Derecho internacional y los acuerdos suscritos;

- h) incorpore la perspectiva de género, la sexualidad y la inclusión social en las actividades y los documentos de la Organización relacionados con el VIH/SIDA, incluidas las resoluciones.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that, in order to more accurately reflect the wording agreed to by the working group, his delegation proposed that operative paragraph 1(1) be amended to read:

"[To urge the Member States to] consider using the existing flexibility available within international trade agreements in order to promote access to medicines to treat HIV/AIDS."

His delegation further proposed that operative paragraph 2(g) be modified to read: "[To request the Director to] support policies to encourage voluntary technology exchanges to promote innovation and the local manufacture of anti-retroviral medicines where practicable and consistent with international laws and agreements acceded to." That change responded to the need to allow sufficient flexibility to enable countries to take action in cooperation with PAHO and amongst each other, bearing in mind their own local circumstances and conditions.

The Delegates of BRAZIL, CANADA, and PERU spoke in support of the amendments proposed by the Delegation of the United States.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

The DIRECTOR said that he wished to update the Council on the Secretariat's progress in implementing the Strategic Fund for Public Health Supplies. Delegates would

recall that Brazil had originally raised the idea for a fund that would enable joint procurement and common pricing for strategic public health supplies, building on PAHO's experience with the Revolving Fund for Vaccine Procurement. The initial focus had been on anti-retroviral (ARV) drugs, insecticides, and drugs for treatment of tuberculosis, malaria, and leishmaniasis. The Secretariat had been successful in negotiating similar prices and common purchasing of insecticides. It had been far less successful with regard to anti-retroviral drugs, for two main reasons: (1) in order to purchase ARV drugs without exposing the Organization to potentially large losses, the Fund would have to be capitalized first, which meant that the countries would have to advance the money; and (2) the pharmaceutical companies that manufactured ARV drugs had been unwilling to come to any agreement with PAHO on the possibility of uniform prices. They had insisted on applying their own criteria to negotiate with each country individually.

He had been hopeful that it would be possible to achieve at least common pricing, if not common purchasing, but PAHO had very little leverage with the pharmaceutical companies. If some major countries were to insist that they would only purchase the drugs through the Organization and then insist they be made available to other countries for the same price, then PAHO might have some leverage. Nevertheless, even if that were to occur, the Fund could only function if it had prior capitalization or, alternatively, if some financial institution was willing to serve as a guarantor of payment.

While he was not optimistic about the prospects for negotiating a common price for anti-retrovirals at the regional level, he was pleased to note that some headway had been made at the subregional level in negotiating with the pharmaceutical companies. For example, in Central America, the ministers of health had mandated the Minister from Honduras to enter into negotiations on behalf of all the countries for a common price for ARV drugs. A similar approach was being taken in the Caribbean. In both cases, PAHO was providing technical support to equip the countries to negotiate with the pharmaceutical companies. In addition the Organization was disseminating information on the ARV drug prices obtained by various countries. The data collected by PAHO thus far showed tremendous variation in the price of drugs across the countries of the Americas. He wished to personally thank all those countries that had voluntarily shared information about ARV drug pricing in order to assist other countries in negotiating favorable prices.

ITEM 9: OTHER MATTERS
PUNTO 9: OTROS ASUNTOS

The DIRECTOR announced that the Secretariat had made compact discs containing all the documents and presentations prepared for the current session of the Directing Council. The CDs would be distributed to all delegates so that they did not have to carry paper copies of all the materials.

El Delegado de los ESTADOS UNIDOS dice que quiere expresar a todos los delegados de las varias naciones, una vez más, muchísimas gracias por su apoyo en las

últimas dos semanas y por sus expresiones de solidaridad y condolencia a raíz de los desastres y la tragedia aquí en Estados Unidos. También para decirles muchísimas gracias por su apoyo a su candidatura a la posición de representante para la región panamericana en el Consejo Ejecutivo de la OMS para un período de tres años.

The DIRECTOR thanked the delegates for their active and insightful participation during the session. He expressed his appreciation to the officers for their valuable service, in particular the President, who had demonstrated enormous tact, skill, and efficiency in conducting the session. He also thanked the President of the Executive Committee for his precise accounts of the Committee's deliberations. Although it was not his custom to single out individual PAHO staff members for praise, he did wish to acknowledge the hard work of Dr. David Brandling-Bennett and Ms. Rosa Irene Otero in organizing the session. The week of the Council's session was the most important week in the life of the Organization, and when it went well—as it had in the case of the 43rd Directing Council—the entire staff felt enormously pleased and gratified.

The President declared the 43rd Directing Council closed.
La Presidenta declara clausurado el 43.^{er} Consejo Directivo.

*The meeting rose at 6:05 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.05 p.m.*