

**SECOND MEETING  
SEGUNDA REUNIÓN**

Monday, 22 September 2003, at 2:30 p.m.  
Lunes, 22 de septiembre de 2003, a las 2.30 p.m.

*President/Presidente:*

Dr. Pedro García Aspillaga

Chile

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

El PRESIDENTE dice que la Comisión General celebró su primera reunión el lunes 22 de septiembre de 2003 a las 12.30 p.m. bajo la dirección del Delegado de las Bahamas que ocupa la Presidencia de la Sesión y con la participación de los Delegados de los Estados que ocupan las dos vicepresidencias y la relatoría, así como de los Delegados de Estados Unidos de América, México y Reino Unido.

Como resultado del debate, la Comisión General acordó que las horas de trabajo del Consejo serán de 9.00 a.m. a 12.30 p.m. y de 2.30 p.m. a 5.30 p.m. y que los idiomas oficiales de trabajo serán español, francés, inglés y portugués. La Comisión tomó nota de las elecciones para los distintos comités, que se llevarán a cabo la mañana del miércoles.

*The first report of the General Committee was approved.  
Se aprueba el primer informe de la Comisión General.*

ITEM 4.8: SUSTAINING IMMUNIZATION PROGRAMS—ELIMINATION OF RUBELLA AND CONGENITAL RUBELLA SYNDROME (CRS)  
PUNTO 4.8: MANTENIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN – ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA Y DEL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo Directivo el documento CD44/11 y pide al Representante del Consejo Ejecutivo que informe sobre este punto.

Hon. John Junor (Vice President of the Executive Committee) said that when the item had been considered by the Committee in June, it had voiced strong support for PAHO's activities to increase regional vaccination levels and encouraged the Organization to continue to give its flagship regional immunization program the priority and visibility it deserved for its many achievements. One of the major constraints on the

regional program had been personnel, particularly at the local level, and PAHO had been urged to provide the necessary human resources for the proposed actions.

The Committee had applauded the document's focus on obtaining the highest-level political commitment in support of national immunization programs and its emphasis on the need to secure the financing of immunization services in every Member State. It had been considered essential to make ministries of finance aware of the consequences of interrupting vaccination and of not introducing new vaccines.

The value of an annual regionwide vaccination week had been underscored, and several countries that had not participated in the 2003 Vaccination Week of the Americas had committed to do so in 2004.

The Committee had emphasized that the interruption of measles transmission in the Region had been a remarkable achievement and had encouraged PAHO to take steps to publicize that achievement and ensure that it would be sustained. The resolution on measles morbidity and mortality reduction adopted by the World Health Assembly in May 2003 would provide an impetus to sustain regional efforts. The Committee had also underscored the need to maintain high-quality laboratory surveillance of acute flaccid paralysis and ensure high levels of population immunity against polio in order to ensure that the Region remained polio-free until eradication of the disease could be achieved at the global level.

Several delegates had felt that the Region should make a commitment to eliminate rubella and congenital rubella syndrome (CRS) and had called for the Committee to include that goal in the resolution to be forwarded to the Directing Council on that item.

The Committee had adopted Resolution CE132.R7, which recommended that the Directing Council adopt a resolution embracing the goal of eliminating rubella and CRS by 2010. The proposed resolution requested the Director to draw up a regional plan of action and asked Member States to develop national plans for achieving that goal.

In addition, it urged Member States to encourage the establishment of a specific line item for immunization in their national budgets; inform finance ministers and senior budgetary decision-makers about the benefits of sustaining immunization programs and the risk resulting from pockets of low immunization coverage; implement health sector reform and decentralization policies and programs in a manner that would safeguard the achievements made in immunization; support the implementation of an annual hemispheric Vaccination Week, to be held in April, targeting high-risk population groups and underserved areas; maintain the Region free of indigenous measles through high, routine measles vaccination coverage and follow-up measles vaccination campaigns at

least every four years, timely surveillance, and outbreak investigation and control; and maintain high and homogenous vaccination coverage by municipality or district for all antigens.

The proposed resolution also asked the Director to continue advocating for active mobilization of national and international resources to sustain and expand Member States' investments in immunization programs; foster joint action by the International Monetary Fund, the World Bank, and the Inter-American Development Bank, and the ministries of health and finance of Member States, to establish provision within the public budgets that ensure the uninterrupted allocation of funds to national immunization programs; and promote the annual hemispheric Vaccination Week to improve equity in immunization.

El PRESIDENTE invita al Dr. Jon Andrus, Jefe de la Unidad de Inmunizaciones, a que exponga su visión del tema.

El Dr. ANDRUS (OPS), acompañando sus observaciones con la proyección de diapositivas, se refiere al apoyo de la OPS a los países para el mantenimiento de los programas de inmunización, la eliminación del sarampión y de la rubéola y la erradicación de la poliomielitis, así como para la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunación, la autosuficiencia en la adquisición de vacunas y la mejora de los servicios. Presenta datos sobre casos de poliomielitis, tétanos neonatal y difteria que demuestran la eficacia de los programas nacionales de inmunización.

Para proteger esos logros se debe contar con el apoyo de los ministros de finanzas, aumentar la capacidad de gestión a nivel local, aumentar la demanda de los servicios y mejorar las alianzas. Sugiere que los ministros de salud se propongan eliminar la rubéola y mantener la Región libre de sarampión mediante una cobertura mínima de vacunación de un 90% en todos los municipios, una vigilancia de alta calidad y un control rápido de los brotes. Los ministros podrían solicitar a la Directora apoyo a las semanas de vacunación en abril de cada año, a fin de llegar a los niños que viven en áreas de riesgo. El Dr. Andrus proyecta un video sobre la semana de vacunación.

El Dr. PEDROZA (Perú) dice que la intervención regional concertada es la única forma eficaz de lucha contra las enfermedades transmisibles. Perú ha participado intensamente en la semana sudamericana de inmunizaciones y su Gobierno se ha comprometido a seguir dando prioridad al programa de inmunizaciones. Se ha promulgado una ley de intangibilidad de los fondos para vacunas y se ha decretado la exención de impuestos sobre la compra de éstas, y el Ministro de Economía ha declarado que los fondos para vacunas no se verán afectados por restricciones presupuestarias. La

Delegación de Perú apoya categóricamente la resolución y la meta de reducción de la rubéola congénita para el año 2010.

Dr. MILLER (Barbados), speaking on behalf of the Caribbean Community (CARICOM), said that the comprehensive report, which recognized vaccination as a tremendous breakthrough in the fight against infectious diseases, and PAHO's leadership and support to the Region of the Americas, had helped the Region achieve the lowest morbidity and mortality rates for vaccine-preventable diseases in the world.

The countries of the Caribbean Community had fully developed the Expanded Program on Immunization (EPI), with the goal of eliminating rubella and CRS. While surveillance systems for polio and measles had been successful, vigilance needed to be maintained, since there had been a recent report of an increase in the number and scope of measles outbreaks in one country, where the proportion of children fully immunized against measles by their second birthday was reported to have been steadily declining.

The Caribbean Community's surveillance programs had been expanded to include rubella, meningitis, influenza, and CRS, with a strategy to immunize all adults and also introduce routine rubella immunization in child vaccination programs. Studies had shown that the benefits of an accelerated program outweighed the costs associated with the care for a case of CRS. Indeed, the cost-benefit ratio was estimated at 13:1 for the entire Caribbean region. The Caribbean had already set the goal of eliminating rubella and CRS four years earlier as part of Phase II of the Caribbean Cooperation in Health Initiative. The CARICOM countries therefore fully endorsed the draft resolution contained in Document CD44/11.

El Dr. TAPIA (México) celebra que este punto forme parte del orden del día. México invierte anualmente unos US\$180 millones en su programa de vacunación. Ha creado por ley un seguro de protección social a la salud y un fondo especial para servicios de salud de la comunidad, que abarcan la inmunización. México celebra anualmente tres semanas nacionales de salud y se asocia a la iniciativa de que en 2004 se celebre una semana en abril, aunque preferiría otra fecha porque en los países de la Región hay festividades, en torno a la Semana Santa, que dificultarían la programación.

Con respecto a la eliminación del sarampión, México ha tenido una experiencia muy positiva con la reintroducción de cepas asiáticas porque el sistema de vigilancia epidemiológica logró una detección oportuna; con buena vigilancia y buena cobertura se está garantizando la protección. La cobertura de niños de un año de edad con triple viral es de 96,1% y en la cohorte de 1 a 4 años es de 98,3%. El proyecto de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita se inició en 1998. Se administra la primera

dosis de vacuna a los niños de 1 año y la segunda a los de 6 años. Hay cerca de 20 millones de niños protegidos.

En el año 2000 se comenzó a vacunar a la población expuesta, como trabajadores de salud, maestros y prestadores de servicios turísticos, con doble viral (SR). Su país reconoce agradecido la gestión del Fondo de Vacunas de la OPS para la compra acelerada de vacuna SR, que ha posibilitado la administración de 16 millones de dosis a adolescentes y adultos de 12 a 39 años de edad y posibilitará la administración de otros 14 millones de dosis en el primer semestre de 2004. México está en condiciones de comprometerse con el esfuerzo regional de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita y de mantenimiento de la Región libre de sarampión autóctono; pone su experiencia a disposición de la Organización y de sus Estados Miembros y desea compartir los resultados de su sistema de vigilancia epidemiológica, que detecta la importación de casos. Asociado a la cobertura de vacunación, permite un control inmediato.

Mr. AISTON (Canada) said that his country fully supported the proposed resolution, as it was consistent with Canada's immunization strategy and with global efforts to reduce morbidity and mortality from vaccine-preventable diseases. He shared the views expressed by the Delegate of Mexico with regard to the importance of adequate surveillance. There was also a need for quality control and safety in post-vaccination surveillance.

In Canada, rubella immunization programs had been introduced in the 1970s. Routine infant immunization with rubella vaccine as combined measles/mumps/rubella (MMR) had begun in 1983. In 1996-1997, the country had introduced a routine two-dose MMR schedule, targeted primarily towards the elimination of measles. Currently, vaccine coverage for one dose of rubella among preschoolers was approximately 95%. PAHO advocacy had been key in bringing about the decision to carry out those programs.

Canada continued to support international mechanisms designed to channel funds to vaccine programs, particularly those which supported the development of health systems and where vaccine funding could be used to extend countries' health service networks. Within the Americas, Canada had helped fund an immunization campaign in Haiti and a major communicable diseases control project in South America, and would continue to promote and support sustainable immunization strategies within Canada and for the Hemisphere.

Dr. BLOUNT (United States of America) said that PAHO's activities to increase regional vaccination levels were well recognized and much appreciated throughout the Region, and his Delegation encouraged PAHO to continue to give its flagship immunization program priority and visibility. It was also critical to secure a political

commitment at the highest level in support of national immunization programs, including adequate and sustainable levels of financing. Achieving and maintaining high immunization levels across all communities, especially underserved and minority communities, was in the interest of national security and social equity.

The interruption of measles transmission throughout the Western Hemisphere for more than nine months was a remarkable achievement. PAHO should take steps to ensure that it would be sustained. Remarkable progress had also been made in terms of accelerated control of rubella and prevention of CRS. The United States endorsed the proposed resolution, which would build on those successes. His Delegation urged PAHO and Member States to collaborate in developing national and regional plans of action to eliminate rubella and CRS in the Americas by 2010.

Regarding polio, all Member States must be mindful of the need to maintain high-quality surveillance of acute flaccid paralysis and high levels of population immunity against polio to preserve the achievement of regional polio eradication until global eradication could be achieved. His country valued the annual Vaccination Week in the Americas, especially for the promotion of immunization of underserved and high-risk groups, and looked forward to participating in that worthwhile public health event the following year.

El Dr. GONZÁLEZ (Cuba) desea referirse al contenido del informe sobre el mantenimiento de los programas de vacunación, de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Señala que, cuando se analizan los programas de inmunización de los últimos 25 años en las Américas, se constata que hay resultados exitosos, entre los que destacan la eliminación de la poliomielitis del hemisferio, la reducción notable de la morbi-mortalidad por sarampión, el tétanos neonatal y la rubéola, y el aumento del número de vacunas que se aplican a los niños.

Es innegable que estos logros son expresión de la importancia que los Estados Miembros han conferido a esa intervención, considerada como una de las más rentables en el campo de la salud, tanto desde el punto de vista costo-beneficio como desde el de la contribución a la calidad de vida de los pueblos. Cabe señalar la interrupción de la transferencia del virus del sarampión durante 21 semanas en la Región: más de cinco países han aplicado estrategias para la eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita, entre los que figura Cuba, que ya tiene cubierta esta meta. La cifra de casos de tétanos neonatal es la más baja de la historia, y prácticamente todos los países de la Región han introducido inmunizaciones contra la *Haemophilus influenzae* de tipo B, la hepatitis B, y la triple viral.

En Cuba se efectúan inmunizaciones contra tres enfermedades prevenibles por vacunación, y los recursos financieros para esas inmunizaciones son aportados por el Estado en 99% para los gastos en divisas y 100% para los gastos en moneda nacional, necesarios para la adquisición de la vacuna y otros insumos. De suma importancia para la realización de estos programas de vacunación es llegar a los grupos de población de alto riesgo que, por múltiples causas, no tienen acceso a los servicios de inmunización. De ahí la importancia de las semanas de vacunación que propugna la OPS. Cabe consignar también que Cuba no ha participado en esas semanas de vacunación porque en el país se realiza la vacunación sistemática y solo se hacen campañas para la inmunización contra la poliomielitis. Como se señala en el documento, es fundamental que las autoridades sanitarias se familiaricen con las fuentes de financiamiento e incidan sobre ellas para lograr la disponibilidad de los recursos necesarios. Por su parte, manifiesta su acuerdo con el proyecto que se somete a la consideración del Consejo Directivo.

El Lic. LIZARDO (Honduras) señala que su país ha tenido un éxito importante en las campañas de vacunación durante los últimos años y que gran parte del éxito se debe al apoyo decidido que siempre ha recibido de la Organización Panamericana de la Salud. En 2002 se registró una recuperación de la caída en las estadísticas que se había producido en 2001, y en septiembre de 2003 se han igualado ya los resultados de 2002, gracias también, en gran medida, al impulso de la Jornada Latinoamericana de Vacunación que se llevó a cabo del 2 al 8 de junio de este año. Honduras apoya la propuesta de México para la fecha de abril, a fin de lograr que los esfuerzos y recursos se concentren totalmente en estas actividades.

También se ha realizado un gran esfuerzo por mejorar la equidad y la cobertura. Para el 12 de noviembre de este año se instalarán paneles solares en todo el Departamento de Gracias a Dios, en la Mosquitia, a fin de asegurar el mantenimiento de la cadena de frío, a lo que se sumará la instalación de una red de radiocomunicaciones en ese sector. De esa manera, las vacunas llegarán en forma adecuada a una buena parte de la población necesitada del país. Otro componente es el concepto de participación amplia para que estas campañas tengan el éxito deseado, para lo cual se combinarán dos eventos importantes: la entrega de certificados a los alcaldes municipales en los lugares donde ya se haya cumplido la meta de cobertura de 95%, puesto que las jornadas incorporan a 8.000 grupos diferentes en los que participan en gran medida las autoridades locales, y la incorporación de lo que en algunos círculos se conoce como el paquete básico de salud. A esto se le ha dado el nombre de “Salud a su alcance”, para poder llegar a las 25.000 localidades del país.

Honduras había decaído en su cobertura de atención primaria de salud. En los últimos 19 meses se han vuelto a abrir 114 centros de salud, que estaban cerrados cuando se inició la gestión del presente Gobierno, con motivo de los 25 años de atención

primaria de salud. Esos eventos —la entrega de diplomas, de certificados a los alcaldes, el lanzamiento de los programas de vacunación “Salud a su alcance”— se realizarán con la presencia del Presidente Maduro la semana del 13 de octubre próximo, como reflejo del compromiso de Honduras con la atención primaria y de la importancia se otorga a esta campaña de vacunación. Por eso, apoya también 100% la propuesta para la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita para el año 2010.

O Dr. BARBOSA DA SILVA (Brasil) iniciou dando boas-vindas e parabéns ao Dr. Jon Andrus por sua apresentação e em seguida declarou que a Delegação brasileira apóia a proposta de resolução que, no seu entender, atualiza o tema de imunizações com características do cenário em que estamos vivendo hoje, no qual se destacam intensas modificações nos sistemas de saúde. Ressaltou que a resolução põe em evidência a necessidade de garantir sustentabilidade para os programas de imunização, uma vez que tal sustentabilidade se encontra atualmente ameaçada por vários fatores que passou a enumerar e descrever.

Em primeiro lugar, a dramática redução da incidência e da mortalidade devidas a doenças imunopreveníveis que gera a desvalorização das ações programáticas com base na impressão de que o problema está definitivamente superado. Ao contrário, a emergência de algumas doenças, o recrudescimento de outras, a importação de outras não deixam dúvidas de que as vitórias obtidas até aqui, só se sustentarão através da garantia de amplo acesso às vacinas.

Em segundo lugar, a disponibilidade de novas vacinas, que começam a ser oferecidas a um preço de aproximadamente \$30 a dose, o que contribui para aumentar a iniquidade em saúde e requer, por isso uma ação por parte dos governos. Acrescentou que os recursos para a aquisição de vacinas devem estar assegurados nos orçamentos nacionais e assinalou que a positiva experiência do Brasil a respeito permitiu, entre outros benefícios, levar as vacinas contra a hepatite B, contra *Hemófilo influenza* tipo B e contra a gripe, gratuitamente à população.

Pôs em destaque os processos de descentralização dos sistemas de saúde em toda a Região, especialmente no que se refere às possibilidades de desenvolvimento de estratégias locais de ampliação da cobertura, chamando a atenção para atribuições que devem permanecer na esfera nacional e ser fortalecidas como, por exemplo, a padronização técnica, fornecimento e vigilância de efeitos adversos das vacinas. Além dos comentários sobre a resolução proposta, o Delegado manifestou apoio em relação à semana de vacinação das Américas proposta pela OPAS. Informou que no mês de abril o Brasil realiza duas semanas de vacinação de idosos contra a gripe, o que torna necessário reexaminar a data inicialmente considerada.



Finalmente, o Delegado propôs a realização de uma reunião técnica sobre as estratégias que integrarão o plano regional e os planos nacionais de eliminação da rubéola para, entre outras coisas, definir com clareza aonde se quer chegar. Argumentou que nos últimos anos, termos tais como “controle acelerado”, “erradicação”, “eliminación” ou “eliminación enquanto problema de saúde pública”, com significados e objetivos que não se diferenciam muito bem e confundem a opinião pública. Ainda a favor da realização da reunião técnica, trouxe à tona o desafio que representa a elaboração do plano mencionado em um quadro epidemiológico muito variado entre o conjunto dos países, sendo que alguns já incorporaram a tríplice viral e têm uma coorte maior que outros.

Citou que o Brasil vacinou 28 milhões de mulheres em idade fértil, nos últimos quatro anos e aprimorou a sensibilidade do sistema de vigilância, alcançando uma redução de mais de 96% dos casos de rubéola e o controle da síndrome de rubéola congênita. Concluiu reforçando o apoio à esse novo esforço regional e classificando como prudente o período de um ano para a definição de planos nacionais baseados em evidências técnicas consistentes e de um plano regional capaz de guiar todos em direção a um novo êxito que reafirmará a liderança da Região das Américas na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, em todo o mundo.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) expresa el apoyo y aliento de su país al programa que ha expuesto el Dr. Andrus, y declara que su país participa activamente en los programas de erradicación de patologías prevenibles por vacunación. Todo el financiamiento de los programas está protegido y asegurado por la ley.

El último caso de poliomielitis se registró en 1984 y en 1994 se certificó la erradicación de la circulación del virus salvaje. En el año 2001, a iniciativa del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, el Ministerio de Salud de Argentina se sumó a otros países de América Latina en la realización de la vigilancia integrada para la erradicación del sarampión y el control de la rubéola. En el mismo año, la Dirección de Epidemiología del Ministerio, con apoyo de la OPS, realizó seis talleres regionales; en 2002 y en el primer semestre de 2003 siguieron otras reuniones nacionales respaldando a las provincias para que elaboren sistemas integrados de vigilancia del sarampión, la rubéola y la rubéola congénita.

En el Ministerio se elaboraron indicadores cuya finalidad es evaluar el sistema de vigilancia y sus avances, detectar las áreas de riesgo y silenciosas, supervisar en forma continua la calidad de los datos y mantener la erradicación del sarampión y la eliminación de la rubéola y la rubéola congénita. Se utilizaron tres indicadores de vigilancia y tres de laboratorio. La OPS propuso 80% como meta de cumplimiento de los países de las Américas. A partir de los análisis de los indicadores se pudo observar lo siguiente: el porcentaje de sitios que cumplen con la notificación negativa semanal

nacional es de 85 a 90%; el porcentaje de casos sospechosos con visita domiciliaria en las 48 horas posteriores a la notificación es de 40% (20% en 2001) para todo el país, un indicador de muy bajo cumplimiento; 99% de los casos se descartan por laboratorio y el porcentaje de muestras con informe de laboratorio en el término de los cuatro días está por encima de la meta esperada para todas las jurisdicciones.

Se llevaron a cabo actividades en el marco estrategia de vacunación antirubeólica acelerada: campaña de vacunación antisarampionosa con vacuna doble viral aplicada a niños de 1 a 5 años de edad, la primera experiencia en el país de uso de vacuna combinada; realización de la vigilancia integrada sarampión-rubéola en septiembre de 2002, que se hace efectiva en 2003; colaboración del programa de maternidad e infancia para la vigilancia del síndrome de rubéola congénita; introducción de la vacuna triple viral en los preadolescentes en el marco de los programas de salud escolar; introducción de la vacuna doble viral en el posparto y aborto inmediato; realización de reuniones permanentes con sociedades científicas para favorecer la difusión de la guía de la notificación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita; y realización de una campaña de vacunación masiva para hombres y mujeres de 13 a 39 años de edad con doble viral para 2004.

Por último, al igual que casi todos los Estados Miembros, expresa su apoyo a la semana de vacunación y opina que, si no se encuentra una fecha que sea favorable para todos los países, no se debe dejar de realizar aunque sea en la fecha que cada uno tenga establecida, a fin de reforzar los programas que permiten estar unidos a todos los Estados Miembros.

El Dr. GUTIÉRREZ (Ecuador) señala que en Ecuador el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) está plenamente de acuerdo con el proyecto de resolución del Consejo Directivo. Añade que en 1998 se promulgó la ley de vacunas y que la reforma a la ley del 2001 provee fondos suficientes en el presupuesto nacional para la compra de insumos. Está vigente la programación presupuestaria mensual que contempla partidas para dicho programa, y en el código de salud reformado se están incluyendo algunos acápite que favorecerán el proceso de adquisición de vacunas.

Señala que el PAI, calificado como programa estrella, tiene el apoyo de entidades de cooperación, ONG y usuarios. Entre los compromisos están los del Ministerio de Economía para mejorar el flujo de fondos según las necesidades del PAI, incluir al Ministro de Economía y Finanzas en el Comité de Coordinación Interagencial, definir los mecanismos para desembolsos anticipados al Fondo Rotatorio, mejorar el proceso de adquisición de vacunas a través de ese fondo, actualizar el plan de acción de 2004 a 2007, fortalecer los programas de información, comunicación y educación para apoyar al programa y programar su evaluación externa en 2004.

En relación con la reforma y la descentralización, se cuenta con un apoyo tendiente a fortalecer la gestión local del PAI mediante capacitaciones y supervisiones, la descentralización del Banco Nacional y Regional de Vacunas, los planes locales para recuperar coberturas, el apoyo técnico y económico para que el proceso de supervisión se realice por niveles, y un presupuesto para gastos operativos en todos los niveles. En este campo, las necesidades y los compromisos son la descentralización ordenada y racional, y la defensa de la vacunación como bien público. El PAI debe ser protegido en los procesos de descentralización y reforma del sector de la salud y se debe seguir su realización a través de los indicadores esenciales y epidemiológicos. Tiene una nueva estructura dentro del Ministerio de Salud Pública con acceso directo a las altas autoridades para la rápida toma de decisiones, y cuenta con un presupuesto para gastos operativos en todos los niveles.

Agrega que Ecuador promovió la semana de vacunación desde la REMSA de Sucre en Bolivia y el país redujo la inequidad gracias a la semana americana de vacunación; asimismo, el país respalda la semana iberoamericana de abril de 2004. Observa que el incremento de las coberturas en todos los biológicos, la vacuna oral antipoliomielítica y la triple viral que fueron los biológicos trazadores incrementaron en 12 puntos la antipoliomielítica y en 23 la triple viral, lo que constituye 26,9% para la antipoliomielítica y 42,2% para la triple viral. Uno de los desafíos y de los compromisos es permanecer libres de sarampión. Agrega que Ecuador finalizó seis años sin brotes de sarampión, ha llevado a cabo con todo éxito las campañas de seguimiento en 1998 y 2002, y mantiene cinco de seis indicadores óptimos de vigilancia, y ha implantado el plan de contingencia en adultos jóvenes en 2002 con vacuna antisarampionosa y antirrubéolica. En la semana de vacunación de las Américas incrementó en más de 95% las áreas con la triple viral.

El Dr. Gutiérrez afirma que las necesidades y los compromisos en este campo son intensificar la vacunación en áreas críticas y elaborar planes de acción locales; alcanzar y mantener coberturas homogéneas con la triple viral iguales o mayores de 95%; el monitoreo rápido de la cobertura en forma regular; la búsqueda activa institucional y comunitaria en forma regular; la supervisión con criterios de riesgo; el mejoramiento del indicador de las visitas domiciliarias oportunas en la investigación de casos sospechosos, y la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita.

Ecuador inició la vigilancia integrada del sarampión y rubéola en 1999 y realizó la primera fase exitosa en grupos de 6 meses a 14 años de edad en 2002. Esa primera fase ejerció un impacto en la incidencia de la rubéola en preescolares, escolares y adultos jóvenes. Se ha reducido el número de embarazadas con rubéola y se realiza el seguimiento de los recién nacidos para vigilar el síndrome de rubéola congénita.

Se ha asumido el compromiso de realizar la segunda fase con antisarampionosa y antirrubéolica en grupos de 16 a 34 años de edad, completar el presupuesto para la movilización de brigadas y comunicación social, implantar la vigilancia epidemiológica del síndrome de rubéola congénita en hospitales centinelas: Quito, Guayaquil y Cuenca, mejorar los esfuerzos para el aislamiento viral de la rubéola, extender el uso de la historia clínica perinatal e integrar la vigilancia de malformaciones con la del síndrome de rubéola congénita.

El país se ha mantenido seis años sin sarampión y libre de la circulación del virus salvaje de sarampión. Como contribución importante de las campañas de puesta al día efectuadas en 1994 y de las dos campañas de seguimiento realizadas en 1998 y 2002, se alcanzó una cobertura superior a 95%. Desde la introducción de la vacuna triple viral, el esquema de vacunación del PAI, la cobertura de vacunación se ha mantenido sobre 95%. La cobertura con la triple viral, hasta el mes de junio de 2003, sobrepasa 50%. En 67% de las áreas la cobertura supera 95%, logro que en gran parte se debe al aporte de la semana de vacunación de las Américas. En 49 áreas, 28%, se intervendrá de acuerdo con la formulación de planes locales. En 2002 se realizó la primera etapa tendiente al control y la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita con la vacunación de niños y adolescentes de 6 meses a 14 años de edad, con una cobertura superior a 95%.

La Dra. ALONSO (Observadora, España) felicita a la Organización por la calidad de los informes presentados. Respecto a la intervención de la Directora relativa a la reducción de la mortalidad infantil en la Región, considera que el importante descenso se debe en gran medida a actividades muy costo-efectivas, como las campañas de vacunación.

Añade que en la pasada reunión del Comité Regional de Europa de la OMS, la Directora, al abordar las estrategias para los próximos cuatro años, dijo que en un mundo globalizado no debería bajarse la guardia en las vacunaciones, porque las enfermedades viajan, como lo ilustran los casos de sarampión notificados recientemente en la Región de las Américas, todos ellos fueron importados de Europa. España quiere hacer hincapié en el tema de las vacunaciones, como lo hecho hasta la fecha apoyando el Plan de Actuaciones Conjuntas ejecutado con la Organización en la prevención del sarampión, y sumándose a la campaña con los medios de comunicación, que se va a llevar a cabo con los videos mostrados. A su juicio, las actuaciones han de ampliarse, y por ello España desea unirse a la Semana de Vacunación de la Región de las Américas, que se celebrará el próximo mes de abril. Estos encuentros científicos deben ser una oportunidad de intercambio entre profesionales españoles, europeos y de la Región de las Américas.

El Dr. ANDRUS (OPS) dice que en 2003 se desarrollará un plan de acción para la Región, se determinarán los recursos y se colaborará con todos los organismos y países interesados en el Programa.

La DIRECTORA observa que todos los países están comprometidos con las metas del Programa Ampliado de Inmunización. Las nuevas vacunas resultantes de los avances tecnológicos se deben ir incorporando, para que los niños de las Américas puedan disfrutar del derecho de acceso a la vacunación. Observa asimismo que todos han expresado apoyo a la resolución sobre la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y a la semana de vacunación como esfuerzo colectivo. Falta acordar una fecha común para que los medios puedan enviar a las poblaciones un mensaje concentrado y, por lo tanto, más fuerte. Éstas se sentirán motivadas por el hecho de participar en un evento tan importante. En 2002 se quiso llegar a los sitios más desprotegidos, vulnerables y abandonados; con el apoyo de artistas, deportistas y otras celebridades, e incluso la visita de altos jefes de gobierno, se consiguieron efectos muy importantes. La intervención de España ha permitido entrever la posibilidad de motivar a los países de la Región de Europa para que hagan ese esfuerzo adicional y se tiendan puentes a través de los dos Comités Regionales.

Los jefes de programa y el Comité Técnico Asesor se encargarán del ajuste de las fechas de esta semana de vacunación colectiva.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que presente el proyecto de resolución anexo al documento CD44/11.

La Sra. GUERRERO (Relatora) presentando el proyecto de resolución, dice que en éste se reconocen los esfuerzos de los gobiernos en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación, se acuerda someter a las autoridades presupuestarias los argumentos sobre la necesidad de disponer de recursos que garanticen la continuidad de los programas de vacunación y otras iniciativas, y se solicita a la Directora la elaboración de un plan de acción que posibilite la movilización de recursos financieros nacionales e internacionales con la participación de las organizaciones del sistema financiero mundial.

El PRESIDENTE pregunta si alguien desea formular objeciones sobre el documento en cuestión; como no hay objeciones, declara aprobada la resolución.

*Decision:* The proposed resolution was adopted.<sup>1</sup>

*Decisión:* Se aprueba el proyecto de resolución<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Resolution CD44.R1  
Resolución CD44.R1

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 2003  
PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 2003

El PRESIDENTE dice que los gobiernos de los países de las Américas, por medio de sus representantes en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, otorgan anualmente el premio OPS en Administración en reconocimiento de una contribución destacada en materia de gestión administrativa dentro del marco de los servicios nacionales de salud. Este premio data de 1969, cuando el Comité Ejecutivo de la OPS, en su 64.<sup>a</sup> sesión, aceptó una generosa donación del Dr. Stewart Portner, ex jefe de administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, para instituir un premio anual con el propósito de “contribuir al perfeccionamiento de los sistemas administrativos de los programas de salud”.

Le complace conferir ese honor al ganador de este año, el Sr. Roy Romanow, por sus contribuciones sobresalientes a la reforma del sistema de salud canadiense. También goza de reputación internacional como una figura destacada en el ámbito de las políticas y la administración sanitaria. El Sr. Roy Romanow nació en Saskatoon, Saskatchewan. Allí, en la Universidad de Saskatchewan, obtuvo sus diplomas en arte y ciencias, así como en derecho. Empezó su distinguida carrera en el servicio público al ser elegido representante de la circunscripción de Riversdale, ante la Asamblea Legislativa Provincial. Posteriormente, fue Primer Ministro, Fiscal General y Ministro de Asuntos Intergubernamentales. Durante ese período, estuvo a cargo de numerosas reformas del sistema legal de la provincia. Asimismo, ejerció la presidencia conjunta de un Comité Ministerial Nacional encargado de formular recomendaciones en materia de integración y reforma de la Constitución Canadiense.

Además, cumplió una función importante en la adopción de la Carta de Derecho y Libertades del Canadá. Tras las elecciones provinciales generales de 1982, el Sr. Romanow fue designado investigador visitante de la Universidad de Saskatchewan. Durante este período fue coautor de un libro sobre la elaboración de la nueva Constitución Canadiense titulado *Canada . . . Notwithstanding*. Después de haber sido líder de la oposición, fue elegido Primer Ministro de Saskatchewan de 1991 al 2001. Entre otros logros notables, su gobierno emprendió reformas a gran escala de la asistencia sanitaria. En el 2001, el Primer Ministro del Canadá solicitó al Sr. Romanow que asumiera por sí solo la función de comisión real con miras a estudiar la reforma del sistema de asistencia sanitaria del país y formular recomendaciones al respecto. Su informe final, *Building on Values*, pasó a formar parte integral de las decisiones subsiguientes de los gobiernos federal, provinciales y territoriales del Canadá, cuya finalidad era la introducción de reformas de gran calado en los programas de salud canadienses.

Actualmente, el Sr. Romanow es catedrático de las Universidades de Saskatchewan, Regina y Queen. Hace poco fue distinguido con el premio 2003 de la Fundación Benéfica Atkinson en la categoría de Justicia Social, lo cual le permitirá seguir sus investigaciones en asuntos sanitarios, prestando especial atención a los factores determinantes de la salud.

*The President presented the PAHO Award for Administration, 2003  
to Mr. Roy Romanow, of Canada.*  
*El Presidente hace entrega del Premio OPS en Administración, 2003,  
al Sr. Roy Romanow, de Canadá.*

Mr. ROMANOW: Thank you very much for this very memorable occasion and for this award. Although it may sound a bit like a cliché, I am genuinely humbled and honored that the Pan American Health Organization has seen fit to confer upon me this outstanding award—one that I quite frankly believe has been earned by the people of Canada. This is no false humility on my part. To the extent that the Commission's final report has come to be recognized as a success, it is not the result of any grand scheme or any deliberate strategy. Rather, it is because the report is faithful to what Canadians themselves said they wanted expressed in the policies and programs that define their public health care system.

It wasn't always easy; consensus on how and where to begin the process of transforming and changing our public health care system, to improve its effectiveness and to place it on a more sustainable footing for the future, very often seemed elusive. As the ministers and officials gathered here today know better than most—and I know having been in political life myself—for any given problem in public policy, there seems to be an endless array of potential solutions, each with its own compelling logic and intellectual foundation.

But, what was never, ever in doubt was the commitment of the overwhelming majority of Canadians to the core principles and values at the very heart of our public health care system: principles that express shared values and that transcend any political partisan affinity, principles of fairness, of equity, of mutual respect, and of collective responsibility for improving human health. Indeed, I would argue that they are the very same principles that have defined, nurtured, and that I know will continue to sustain the Pan American Health Organization itself.

As you reflect on the lessons learned regarding the evolution of primary health care in the Americas since the 1978 Alma-Ata Conference, as you discuss how best to realize the vision that inspired its authors then, more than a quarter of a century ago, and as you contemplate how to move forward, both within your respective jurisdictions, and

together as partners in this geographic space that we all share, there are two lessons from my own Commission's work that I believe to be very germane to your deliberations.

The first lesson is this: values matter. Initiatives and policies inconsistent with the values of those that they are intended to benefit and that do not resonate with citizens will ultimately fail, and, make no mistake, the choices we make in relation to health care, or to primary health care, are ultimately choices between competing values.

The second lesson is this: respect matters. Actively engaging citizens in shaping the policies and programs that will affect them directly is critical to their success. Given an opportunity to contribute and given access to the hard plain facts, to the trade-offs and to the choices, which are difficult sometimes to make, people, nonetheless, can be trusted, I learned, to make the correct, the right, and the responsible decision. I have no doubt whatsoever on this point, and I hold this to be a universal truth, equally relevant to all nations and peoples, regardless of their level of development, wealth, or demographic realities.

Let me close by saying that what made the Commission a particularly meaningful experience for me was to hear and to witness, in every way, Canadians' deep, personal belief that Canada's program of Medicare—public health care—is the single greatest symbol of our uniqueness as Canadians, that it is our most cherished social program, that it helps to define ourselves to each other and define our nation to others. These are values and beliefs that I also share. What makes Medicare the quintessential Canadian program is that it is the convergence point where so many of our values come together as a country, and that's why I called the Commission's report "Building on Values," because Medicare demonstrates that, as a community, we can accomplish so much more than we could ever dream of doing alone as individuals. It underscores our belief that citizenship confers upon us rights that are based on the strength of our need and not the size of our pocketbook or our wallet. It also highlights one of the new realities of this young century: that economic growth cannot advance at the expense of social cohesion, or social cohe-sion at the expense of economic growth. The two have to go hand in hand.

I was honored to help prepare a road map for the collective journey by Canadians—a journey to reform and to renew our health care systems. This award motivates me to continue advocating what the people of Canada have learned themselves through their own hard work and their dedication to the values of which I have spoken. In closing, I wish to pay tribute to all those who worked with me on this Commission in a very short 18-month period, especially three outstanding individuals who traveled with me from Canada to be here today: Dr. Greg Marchildon, who was the chief officer of the Commission, and the lead pen for the report, and is a professor here in Washington, D.C., at Johns Hopkins; Dr. Pierre-Gerlier Forest, currently with Health Canada and the



Director of Research for our Commission; and Mr. Michel Amar, Director of Consultations and Communications, for the extensive consultation program we put together.

To Greg, to Pierre-Gerlier, to Michel, to the people of Canada, and to all of you who represent your various communities and peoples of the Pan American Health Organization, I say from the bottom of my heart, thank you. Muchas gracias.

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR LEADERSHIP IN INTER-AMERICAN HEALTH, 2003

PUNTO 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ AL LIDERAZGO EN LA SALUD INTERAMERICANA, 2003

El PRESIDENTE dice que el premio fue creado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación en 1978, con el apoyo de funcionarios de la OPS y de otras personas dedicadas a la salud internacional, para expresar su admiración y afecto hacia el Dr. Horwitz, Presidente de la Fundación desde 1975 hasta el año 2000 y cuatro veces Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de 1958 a 1975. El premio, que se entrega por vigésima quinta vez, estimula la excelencia y el liderazgo en salud reconociendo a personas que trabajan en las Américas y cuya labor tiene importancia primordialmente en la Región. A lo largo de los años, el premio ha reconocido a profesiones esenciales si se quiere contar con servicios de salud eficaces. Se ha convertido en un símbolo de reconocimiento y en una fuerza motivadora para todos los trabajadores de salud de las Américas.

Considerando la importancia de los líderes individuales dedicados e inspiradores, la oportunidad es propicia para que los delegados y amigos presentes le rindan homenaje. El premio Abraham Horwitz es solo una de las muchas formas de cooperación entre la Fundación Panamericana de la Salud y la OPS para mejorar la salud de los pueblos de las América.

El Sr. Matthew McHugh, que presentará al ganador de este año, es tesorero de la Junta de Directores de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y actualmente Consejero de la Presidencia del Banco Mundial. Anteriormente desempeñó el cargo de Vicepresidente de la Universidad de Cornell, University Counsel, y Secretario de la Corporación. El Sr. McHugh fue representante ante el Congreso de los Estados Unidos durante el período 1975-1993. Durante este tiempo, fue representante de los Distritos 27 y 28 del Estado de Nueva York. Nacido en Filadelfia, Pensilvania, posee un título de leyes del Mount Saint Mary's Collage y de la Villanova Law School.

Mr. McHUGH (Member, Board of Directors, Pan American Health and Education Foundation) said that he was pleased to represent the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF), which worked to promote public health, inter alia, through its international awards program. He thanked the award jury, who had been faced with the difficult task of selecting the recipient, and congratulated Dr. Martin Eichelberger on receiving the award for 2003.

Dr. Eichelberger, a citizen of the United States born in Brazil, was a pediatric surgeon and an international expert on childhood injuries. Early in his career, Dr. Eichelberger had realized that every childhood injury represented a breakdown in the protection society should offer and had promoted the idea that better medical care for such injuries needed to be accompanied by social efforts to foster safe attitudes and safe environments. In 1988, Dr. Eichelberger had initiated the National Safe Kids Campaign in the United States and in 2001 had helped to form Safe Kids Brazil. That program had, in turn, been the driving force behind injury prevention programs currently under way in Argentina, Chile, and Mexico. Such programs would eventually benefit all countries in the Americas.

Dr. Eichelberger was Director of Emergency Trauma and Burn Services and Attending Pediatric Surgeon at the Children's National Medical Center in Washington, D.C. He was also Professor of Surgery and Pediatrics at the George Washington University Medical Center, and President of Safe Kids Worldwide. Dr. Eichelberger had worked under Dr. C. Everett Koop, former Surgeon General of the United States, who had nominated him for the award. On behalf of PAHEF, Mr. McHugh wished to offer Dr. Eichelberger warmest congratulations on his selection as the recipient of the Abraham Horwitz Award for 2003.

*Mr. McHugh presented the Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health, 2003, to Dr. Martin Eichelberger, of the United States of America.*

*El Sr. McHugh hace entrega del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana, 2003, al Dr. Martín Eichelberger, de los Estados Unidos de América.*

Dr. EICHELBERGER: Sometimes it's a little bit difficult to figure out whether I'm an American or a Brazilian. It depends on where I am and how I am feeling that day. I bring the Brazilian spirit and the American way of organizing and executing things. It is a real pleasure to be with you today and to thank the Pan American Health and Education Foundation for its support and for its recognition. It is a humbling opportunity to be here with you today. I am sorry I have not had the opportunity to meet each and every one of you, but I hope I can at some point to explain to you why it is so important for us to focus our efforts on the needs of children.

As a practicing pediatric surgeon, everyday I see children who sustain injuries that are purely preventable. Children are burned, hit by automobiles, drowned, and poisoned—things that you would say would never happen in your homes. Unfortunately, parents come to me everyday and ask “Why did this have to happen? Why did it happen to my child?”

After I had spent time with Dr. Koop at the Philadelphia Children’s Hospital and during my first four or five years here in Washington, D.C., I thought that I had developed probably the best system of care for injured children that existed in the world. There was nobody that was going to do it better. We did it the best. There was a problem though, everyday that my team functioned, we still had children who died. The good medicine we had was not working. The time that we spent trying to make access to medical care faster was not helping. So, we started to think about how we could move into the community. Many of you are physicians in this group, I am sure, and you know that is not where we live. As surgeons we live in a hospital; we live in the operating room.

It became a journey, a learning experience, where we had to push out into the community to find out how we could change the way people lived and the way children were treated on a daily basis. It was very clear that we needed to build coalitions at the local level. We started to look at where we could find partners, and these partnerships were not just at the local community public health level, but were also in the private sector with companies like Johnson & Johnson, which has been our sponsor and partner for 15 years now; General Motors; Bell Helmets; Federal Express; and, in Brazil, Perkins.

There are local companies in the private sector very interested in corporate social responsibility. This is something that I learned. I didn’t know it existed—that there were companies throughout the world interested in doing something for the community from which they make their profit. And I thought it was a pretty unique idea that we would partner with them, and they would provide us the intellectual capacity and the financial capacity to support these coalitions in the United States, and we would then link with the government, after the infrastructure was established, so that we could focus all this effort and this talent on the needs of individual children.

We were looking at preventive action, like putting children in vehicles so that they buckle up properly, putting helmets on their heads when they ride bicycles, and making sure there is a smoke detector in the home. Well, after 15 years of putting coalitions together, we now have 300 coalitions. These are organized groups of people, led by people at the local level, who do this because they love children. Because of that action, we have reduced, along with our colleagues in the public health department, our colleagues in the public health service, and our friends in corporate America, the injury death rate in the United States in the last 15 years by 40%.

Anything in public health that you reduce by 10% is a major accomplishment. So, as a surgeon I had the opportunity to reach out into the community and learn from the community and from the people who live there how to solve this problem. Because of the success we had, we started to look at this from a very scientific perspective. What were the facts and what were the solutions? When you say to the population that there is a problem in your home and you do not come with a solution, you solve nobody's problem. You create more chaos.

If you look at the economics of this, it is very straightforward. Every year, there are almost \$157 billion worth of health care expenses in the United States from injuries to kids that are preventable. If you have a 60% burn and you end up in my intensive care unit for one month, that is \$1 million of expenses—just for six weeks, with no guarantee of success and with the possibility of disfigurement for the rest of your life. If you go out and buy a smoke detector and put it in your home, you are going to save that child's life from that burn. The cost of a smoke detector is \$32.

The economy of this is clearly on the side of prevention. It is not a question of more hospitals, more doctors, and more helicopters. It has to do with us getting into the community and touching people directly. Because of that, friends of mine and colleagues of mine from Brazil and from other countries around the world, including Austria, China, Israel, and United Arab Emirates, were interested in the success that we were having in building local coalitions and in bringing the private sector together with the public sector and with touching kids directly with a very limited dollar investment.

So we looked at what the problem was. Was there a problem of injury throughout the world? We are talking about injuries to kids less than 14 years of age. It became very clear in Brazil that violence was not killing kids under 14, but preventable injuries were. Believe it or not, nobody in Brazil knew that this was a problem, just like it was in the United States 20 years ago, when people did not know that injury was a problem for their families.

The chances of your child dying in the United States are much greater if you walk out on the street and get in an automobile than of dying from some disease or some cancer. Yet when we talk to the public, we do not communicate this in a way so that they can change the way they think about the problem. We also know that if you are in an underdeveloped country, 98% of the kids that die suffer unintentional injuries.

Globalization and urban development are changing the equation so as to put more children in harm's way. Just think of China. They do not drive many vehicles, but with the urbanization of that country, the road traffic injuries are going to go sky high. We as a

community should be there before this happens to make sure that children and families are secured before they get on the roadways.

If you are a pedestrian in America, or a pedestrian in your country, the chances of dying in an accident are very high, because we do not value pedestrian safety. So what we did was we went to Federal Express, which drives the roads of America every day. We asked them if they would like to partner with us and do a pedestrian safety program. We went to General Motors and asked if they would like to work with us and put a car safety seat in every car in America and show families how to buckle them up. We went to Bell Helmets and asked if they would like to work with us to help reduce the death rate from injuries to children's heads. We know that we can reduce that death rate by almost 90% by wearing a helmet.

These are simple low-tech solutions. In Brazil a program called Criança Segura has been instituted. It is modeled on the program we have here in the United States, called "Buckle Up." Johnson & Johnson is working in the schools in San Jose Dos Campos, where they started with three schools in one city. Three years later, there are almost 100 schools, and all the teachers in the entire city focus on making injury prevention part of their daily discussions.

And finally, I think the most important thing that has happened recently is the case of a very poor school in Curitiba, Brazil, where two children died three months ago from a traffic-related injury. These kids were playing out on the street. They walked across the street and were killed both in the same week—two children in one week. That school and the teacher called Safe Kids, or Criança Segura as it is known in Brazil, and asked if we could help teach children how to cross the street.

Safe Kids went with people from Perkins and Federal Express to the school and taught the children of that school how to cross that street, and also linked with the government to install traffic safety devices that would slow traffic down. This is one of the best examples of the public and private sectors working together in a low-income area to change that inevitable occurrence of a child being killed when they cross the street. That is a specific example we are seeing multiplied in countries around the world now. It is a privilege to participate in the discussion in those countries because every country has a different culture, and every country has a different way of expressing public health.

Today I receive this award really in the name of all my colleagues at Safe Kids, who are committed on a daily basis to solving this problem. I also hope today will provide us an opportunity to make new friendships and new partnerships with each of you who represent your countries in Latin America. We need the intellectual capacity that you have. We need access to the people who are going to make a difference, to the companies that work in your particular area. We need the opportunity to work and

partner with you in solving this injury death problem that we have with children worldwide. In Latin America it is as significant as it is in any place of the world. The United States still has this problem, but we are making progress. But without this partnership, without this ability to reach across into different countries, we will never solve the problem.

These children are going to be the leaders that sit around this table tomorrow. Each of you is touched. I am sure that you have stories to tell about what happened to your family or to friends of your family in your country. So I encourage you not just to sit and accept what I have told you, but please introduce yourself to me and to my colleagues and help build his partnership, so that children can live happy lives without death and, probably most importantly, without disability. Thank you for your attention, and I appreciate this honor very much.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that her Delegation wished to extend its appreciation to the Pan American Health and Education Foundation and congratulate Dr. Eichelberger. The theme for World Health Day and Health in the Americas Week in 2004 would be "Road Safety." The United States hoped that Dr. Eichelberger would apply his experience in prevention of road traffic injuries and work with the Pan American Health Organization and the World Health Organization on the coming year's events.

O Dr. BERMUDEZ (Brasil) tomou da palavra para declarar total concordância de toda a Delegação com o que disse o Delegado dos Estados Unidos da América em relação aos serviços prestados pelo Dr. Eichelberger, destacando a contribuição do Brasil na sua formação e dizendo da emoção sentida ao ouvir os fatos de sua trajetória e o compromisso contido nas palavras de agradecimento pronunciadas pelo premiado.

ITEM 7.3: MANUEL VELASCO-SUÁREZ AWARD IN BIOETHICS, 2003  
PUNTO 7.3: PREMIO EN BIOÉTICA MANUEL VELASCO-SUÁREZ, 2003

EL PRESIDENTE dice que el Premio en bioética Manuel Velasco-Suárez fue introducido el año pasado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y la OPS, con el apoyo de la Secretaría de Salud de México, reconociendo la importancia de esta disciplina emergente. Sus principios pretenden humanizar y mediar los precipitados avances de la ciencia y la tecnología. El premio se otorga en forma de una subvención para apoyar el trabajo de un joven académico investigador que demuestre un importante logro en el campo de la bioética básica o aplicada. Honra la persona del Dr. Manuel Velasco-Suárez, médico mexicano, científico, humanista y pacifista, nacido en San Cristóbal de las Casas, Estado de Chiapas (México), el 28 de diciembre de 1914, quien

dedicó más de 60 años de su vida a la salud pública y se convirtió en uno de los pioneros de la neurología y la neurocirugía en México y América Latina.

Fue fundador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía que ahora lleva su nombre. También fue uno de los pioneros en el campo de la bioética en México y en América Latina, así como fundador de la Comisión Nacional de la Bioética y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Por sus numerosos logros recibió la medalla de honor de la Sociedad Estadounidense de Neurocirugía y el título de doctor honorario en 10 universidades de México y otros países, así como el reconocimiento en México como uno de los 20 últimos sabios de finales del siglo XX.

Fue un pensador visionario y progresivo, propulsor de eventos y acciones preventivas en el campo de la medicina. Su creatividad y su mente abierta fueron parte integral de su labor como miembro de la Organización de Médicos contra la Prevención de la Guerra Nuclear, que recibió el Premio Nóbel de la Paz en 1985. El Dr. Manuel Velasco-Suárez ejemplifica su creencia del valor de un hombre se mide en cómo sirve, no para lo que sirve.

Mr. McHUGH (Member, Board of Directors, Pan American Health and Education Foundation) said that the Pan American Health and Education Foundation, together with PAHO and the Ministry of Health of Mexico, were pleased to present the Manuel Velasco-Suárez Award in Bioethics to Dr. Rosa Angelina Pace, of Argentina. The award honored the achievements of Dr. Velasco-Suárez, an international leader in the biomedical humanities, and was given to stimulate research and teaching in the field of bioethics.

Dr. Pace was a researcher with broad experience in bioethics, in both Argentina and Spain. Her research proposal, entitled “Organ Transplants and the Teaching of Bioethics,” would use the model of organ transplantation as a means for the teaching of bioethics in general. As Coordinator of the Bioethics Committee and Professor of Human Sciences at the School of Medicine affiliated with the Hospital Italiano in Buenos Aires and as a surgeon at the Pedro Elizalde Children’s Hospital, she was well positioned to mount an educational program. Her research project would culminate in a book for pre-graduate students of bioethics. PAHEF was proud to add her name to the list of international health leaders who had previously received the Manuel Velasco-Suárez Bioethics award.

*Mr. McHugh presented the Manuel Velasco-Suárez Award in Bioethics, 2003,  
to Dr. Rosa Angelina Pace, of Argentina.  
El Sr. McHugh hace entrega del Premio en Bioética Manuel Velasco-Suárez, 2003,  
a la Dra. Rosa Angelina Pace, de Argentina.*

La Dra. PACE: Es un gran honor para mí recibir el premio Manuel Velasco-Suárez de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Quiero agradecer a la Fundación, a la Organización Panamericana de la Salud, a los miembros del jurado y a la familia Velasco-Suárez el haberme elegido. Me comprometo a dar lo mejor de mí, para honrar a la institución y a la memoria de Don Manuel Velasco-Suárez, a quien no conocí personalmente pero a quien me gustaría imitar en sus inquietudes. Ese hombre, que en su larga vida destacó tanto en el campo de la salud como en la política y especialmente en la bioética, es un claro ejemplo de que las profesiones de la salud no pueden pensarse ni se pueden ejercer aisladas de la trama social ni dejando de lado los valores de los individuos.

Quiero expresar mi gratitud a mi familia, en especial a mis padres, que me enseñaron a pensar, y a mi esposo por su apoyo y estímulo sin el cual no podría llevar a cabo ningún proyecto. Debo dar gracias a mis maestros. He contraído una gran deuda moral con ellos. También debo dar gracias a la Lic. Hernández y al Dr. Enrique Beveralli, impulsores de la bioética del Hospital Italiano de Buenos Aires, por haber pensado nuevamente en mí y por tanto apoyo prestado desde que me inicié en esta disciplina; sin su aliento nada hubiera sido posible. Al Comité de Bioética, porque trabajar en su seno me ha enriquecido y, por último, gracias a mis alumnos de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires, que me inspiran permanentemente y representan la esperanza de que alguna vez exista una realidad sanitaria mejor y más justa.

El proyecto que planteo es el análisis de las organizaciones de trasplantes de órganos de Latinoamérica, tanto sus aspectos técnicos como éticos. Elegí este tema porque la cuestión de los trasplantes plantea una compleja problemática ética que parte de un problema técnico fundamental. La única fuente de órganos para trasplantes es humana y, por tanto, el requisito principal de toda sociedad que pretenda tener esta alternativa terapéutica es recurrir a la solidaridad de sus integrantes. Esta particularidad imprime a ese tipo de terapéutica unas características muy especiales, tanto desde el punto de vista técnico, como ético, y por ello tiene una repercusión social sin precedentes. Implica a toda la sociedad.

Tiene estrecha relación con la muerte y por lo tanto es una cuestión pública. La clara comprensión del concepto de muerte cerebral y el hecho de que toda definición de muerte es cultural, son claves en la donación de órganos; su desconocimiento, en especial entre los agentes de salud, hace fracasar todo el sistema. Los órganos para trasplante son un recurso escaso frente al número de personas que los necesitan. Su justa distribución es un tema clave en el proceso de donación y trasplante, y debe ser pública y hacerse con justicia. El trasplante pone a prueba la competencia técnica de los profesionales y de las instituciones en todos sus estamentos, desde la atención primaria hasta la especializada, así como también a todo el sistema legal de un país, ya que hay



mucho que resguardar y un amplio margen que preservar para contemplar los avances técnicos.

La tesis que yo intentaré demostrar es que, a partir del ejemplo de los trasplantes de órganos, se puede enseñar gran parte de la bioética, en especial el tema de la justicia, y que las organizaciones de trasplante son un modelo concreto de aplicación de los conceptos de justicia distributiva, ya que los órganos para trasplante son un recurso escaso frente a la gran cantidad de personas que los necesitan. Por tanto, el concepto de justicia, tan abstracto, puede palpase en su necesaria formulación pública: la exigencia de transparencia, imparcialidad, explicitación previa y la ineludible evaluación costo-beneficio.

Latinoamérica es un área con graves problemas de justicia, innumerables problemas de equidad y justicia y graves problemas de recursos. Este estudio quizás pueda contribuir a debatir este aspecto de la realidad de la salud de nuestros países. Al plantear la cuestión de los trasplantes de órganos como metáfora de la bioética, también me propongo escribir un libro para el pregrado en colaboración con mis alumnos, ya que no existe ninguna publicación sistemática destinada específicamente a ese nivel de la formación en bioética.

El Dr. TAPIA (México) felicita a la Dra. Pace en nombre de la Secretaría de Salud, y especialmente en el del Dr. Julio Frenk, por la concesión del premio. Además, expresa la satisfacción del Gobierno de México porque se perpetúe la labor y la memoria de un mexicano no sólo querido en su país, sino respetado más allá de sus fronteras. Asimismo, apoya el reconocimiento de jóvenes investigadores en temas tan importantes como la bioética, le satisface participar en esa iniciativa, y felicita a la familia Velasco-Suárez cuya presencia en la sesión respalda la figura del Dr. Velasco.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) agradece a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y al Ministerio de Salud de México la concesión del premio y expresa el orgullo de su país por contar con una joven profesional que destaca en temas trascendentales y de actualidad, como el trasplante de órganos y la bioética. Añade que, de ahora en adelante, la galardonada tiene el compromiso de seguir siendo merecedora de esta distinción en memoria del Dr. Manuel Velasco-Suárez.

*The meeting rose at 5:30 p.m.  
Se levanta la reunión a las 5.30 p.m.*