



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



41.^{er} CONSEJO DIRECTIVO

51.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

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

SEXTA REUNIÓN SIXTH MEETING

Miércoles, 29 de septiembre de 1999, a las 2.30 p.m.
Wednesday, 29 September 1999, at 2:30 p.m.

Presidente:

President:

Dr. Joseph Z. Losos

Canadá

Canada

Contenido

Contents

Segundo informe de la Comisión General
Second Report of the General Committee

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

Punto 4.14: Problema del año 2000 en el sector salud (*continuación*)
Item 4.14: The Year 2000 Problem in the Health Sector (*continued*)

Punto 4.5: Vacunas e inmunización
Item 4.5: Vaccines and Immunization

Punto 7.2: Premio OPS de Inmunización, 1999
Item 7.2: PAHO Award for Immunization, 1999

Punto 4.7: Contaminantes orgánicos persistentes
Item 4.7: Persistent Organic Pollutants

**SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN GENERAL
SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE**

El representante de la COMISIÓN GENERAL dice que, en su segunda reunión, la Comisión decidió modificar las horas de trabajo del Consejo Directivo y mantener la opción de prolongar la sesión de la tarde del jueves. Por otra parte, felicitó a los delegados por sus intervenciones sucintas y les instó a que siguieran haciendo intervenciones de no más de cinco minutos.

PUNTO 4.14: PROBLEMA DEL AÑO 2000 EN EL SECTOR SALUD
(continuación)
ITEM 4.14: THE YEAR 2000 PROBLEM IN THE HEALTH SECTOR
(continued)

La Delegada de PUERTO RICO dice que Puerto Rico es consciente del impacto que el problema del año 2000 puede tener en los servicios de salud y que el Departamento de Salud ha venido trabajando arduamente desde 1996 para cumplir los requisitos pertinentes.

En Puerto Rico, la acción gubernamental en este sentido la dirige la Oficina de Gerencia y Presupuesto, que ha identificado los sistemas críticos de cada agencia e implantado un programa para determinar si están cumpliendo o no los requisitos establecidos. Al respecto, el monitoreo de las instalaciones de salud pública encargado a la Administración de Servicios Médicos ha puesto de relieve que el 90% de ellas cumplen los requisitos para evitar el problema del año 2000.

Por otro lado, con arreglo a la legislación sobre seguimiento del cumplimiento por las agencias de gobierno de los requisitos pertinentes del año 2000, éstas presentan informes periódicos al Senado, al que acuden para explicar los progresos alcanzados y los problemas con que se enfrentan.

En este momento, el Departamento de Salud cuenta con 25 sistemas de misión crítica, 15 de los cuales cumplen los requisitos. En cuanto a las posibles fuentes externas de problemas, la Oficina de Gerencia y Presupuesto se coordina con las agencias que prestan servicios y les exige presentar informes periódicos sobre el cumplimiento de los requisitos pertinentes.

Por lo que respecta al área administrativa, incluidos los temas informáticos y financieros, los suministros y las compras, cabe señalar que los siguientes sistemas del Departamento de Salud cumplen los requisitos de que se trata: el sistema de reforma del sector de la salud que determina quiénes se pueden acoger al plan de salud del Gobierno de Puerto Rico; el registro demográfico que recoge, entre otros, datos sobre nacimientos, defunciones, matrimonios y muertes fetales; el sistema de inmunización; el Instituto de Laboratorios que certifica a 713 laboratorios clínicos de Puerto Rico; el tribunal examinador de médicos que certifica aproximadamente a 11.000 médicos cada tres años; el registro de profesionales y revalidación, y la base de datos de 18 archivos con más de 1.5 millones de líneas de datos.

En el marco de la función fiduciaria del Departamento de Salud se ha exigido también a las entidades públicas y privadas que certifiquen su cumplimiento con los

requisitos pertinentes. Hasta ahora, el 83% de las instalaciones de salud certificadas por el Departamento de Salud los han cumplido.

El Delegado de CHILE dice que en su país el proceso de preparación para encarar el problema del año 2000 se inició en junio de 1998. Una vez determinado el alcance del problema, se elaboró un plan maestro de intervención para garantizar la continuidad operacional de los sistemas y servicios y prever posibles problemas en las áreas críticas de impacto en el usuario. En esta fase, el sistema nacional de servicios de salud realizó un inventario de equipos y la certificación de toda la plataforma de equipos médicos clínicos, así como de la plataforma de los sistemas de información. A principios de 1999 se informó sobre el plan maestro a las instituciones privadas que prestan servicios de salud.

Se definieron las acciones de naturaleza legal que el Ministerio de Salud debe llevar a cabo y se diseñó y diseminó el modelo de un plan de contingencia, que contiene un componente de equipos médicos, sistemas de información, sistemas de comunicaciones internas y un componente representado por los factores de comunicaciones. Además, el plan contempla el impacto en la demanda de prestaciones sanitarias y su influencia en el desempeño funcionario. Para agosto de 1999 se habían terminado los planes de contingencia en todos los establecimientos de mayor complejidad, los correspondientes a establecimientos de menor complejidad, y los de las redes asistenciales se encuentran en distintas etapas de desarrollo.

El plan de contingencia incluye los aspectos regulatorios que garantizan las funciones de salud pública y de comunicaciones. El plan de comunicaciones contempla las recomendaciones asociadas al resguardo de la salud pública que los usuarios del sistema público recibirán a través de los medios de comunicación del país. Para ello se están enviando tres señales. La primera es de preparación del sector: consciente de su responsabilidad como garante de la salud pública, el sector de la salud está realizando un esfuerzo especial para que, durante el fin de año, la atención de salud sea especialmente eficaz a fin de garantizar la oportuna atención de la población. La segunda señal es tranquilizadora, a saber, que los establecimientos del sector público de salud mantendrán la capacidad de servicio que han mostrado hasta la fecha y estarán preparados para hacer frente a las posibles contingencias que depare este fin de año. La tercera señal es de prevención y destaca que la noche del nuevo año los ciudadanos deberán tener especial cuidado en la conducción de vehículos, la ingesta de alcohol, etc.

Las lecciones de la experiencia chilena permiten proponer algunas observaciones al documento presentado por el Comité Ejecutivo. La primera es que se ha de poner énfasis en las fallas asociadas al cambio de milenio que afecten al usuario en forma directa, lo que supone postergar las áreas que no lo afectan en forma directa. La segunda observación es más operativa. Dado que el tiempo promedio de intervención de una aplicación de mediana complejidad no es menor de tres meses, cabe recomendar orientarse hacia intervenciones de menor duración y de mayor impacto directo en la salud pública, como es el caso de los planes de contingencia para establecimientos y redes

asistenciales. Por otra parte, una pauta sistemática de registro y documentación facilitaría el análisis cruzado de los problemas y sus implicaciones futuras. La tercera observación se refiere al equipamiento médico. La experiencia de Chile coincide en la apreciación del bajo porcentaje de equipos médicos de apoyo clínico y diagnóstico susceptibles de falla (menos del 2%). La cuarta observación se refiere específicamente a los planes de contingencia, en los cuales la experiencia chilena indica que pueden desarrollarse en un plazo de un mes para los establecimientos de alta complejidad. En este tema el intercambio de experiencias y de expertos puede ser muy útil. La última observación se deriva de la anterior y se refiere a la preparación en términos de asistencia técnica o cooperación. La preparación del sector sanitario chileno para la contingencia del milenio se consideró realizando la revisión previa de experiencias con países de avance reconocido. Expertos del Reino Unido asesoraron sobre el desarrollo de los planes locales, por medio de una muestra de lo realizado en sus servicios de salud tanto públicos como privados y en el desarrollo de sus propios planes.

The Delegate of CANADA thanked the Secretariat for the document on the Y2K problem, which provided good guidance on the priorities that needed to be addressed by the countries in preparation for the year 2000. Canada believed that its preparations were headed in the right direction and that it would be ready on time. His Government would be pleased to share with other countries in the Hemisphere the pertinent information and methodology, both in the short time before the new millenium and after. Many of the

measures that had been taken in Canada and other countries to prepare for the year 2000 were generic in nature and could be applied to any type of disaster situation that might occur. The experience that had been gained should be incorporated by national ministries of health into their disaster preparedness plans.

El Ing. HERNÁNDEZ (OPS) agradece las intervenciones y dice que comparte las observaciones hechas por la Delegación de Chile. Dado el corto período que resta para el año 2000, el enfoque se orienta, más que a intervenir en equipos específicos, a preparar procesos alternos que sustituyan la falla de algunos de sus equipos, y ese es el mensaje que la OPS está enviando a los países. Uno de los documentos que se les enviará próximamente es el informe del Organismo Internacional de Energía Atómica y la OMS, porque los equipos de radioterapia y los planificadores de dosis para radioterapia son los más críticos.

The PRESIDENT said that no resolution on the item was necessary. The debate would be reflected in the record of the meeting.

PUNTO 4.5: VACUNAS E INMUNIZACIÓN
ITEM 4.5: VACCINES AND IMMUNIZATION

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que, cuando el Comité Ejecutivo examinó este tema en junio, varios delegados expresaron su inquietud por las repercusiones de la descentralización en los programas de vacunación de sus países,

recalcando que debía asignarse alta prioridad al adiestramiento suplementario técnico y administrativo del personal a todos los niveles, así como a una mejor definición de sus funciones. Esta preparación debía llevarse a cabo durante un período de transición, antes de la descentralización de las actividades normales del programa de vacunación. El Comité consideró que debía promoverse la participación de las ONG en las actividades de inmunización, aunque no cabía esperar que asumieran la responsabilidad en ese sentido, ya que era una función de los gobiernos.

En cuanto a la erradicación del sarampión, se instó a los países a mejorar el registro de las dosis de las vacunas aplicadas y a realizar una encuesta para documentar mejor las tasas de cobertura de vacunación.

El Comité apoyó la recomendación de la Secretaría de que la vigilancia intensiva de la parálisis flácida aguda se mantuviese a fin de evitar la reaparición de la poliomielitis y recalcó la necesidad de aumentar la vacunación contra la fiebre amarilla, mejorar la vigilancia de esta enfermedad y controlar el mosquito *Aedes aegypti*.

Se señaló que la Región de las Américas había avanzado mucho en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación y que podía servir de modelo para el resto del mundo. Sin embargo, el progreso podía verse impedido por dificultades no resueltas, como la necesidad de una vigilancia más eficaz, el problema de mantener la voluntad política y la escasez de recursos financieros.

El Comité aprobó una resolución en que recomienda que el Consejo Directivo considere la conveniencia de aprobar una resolución en que inste a los Estados Miembros,

entre otras cosas, a prestar apoyo continuo a los programas nacionales de inmunización, a mantener la calidad y la eficacia de las mismas, a mantener la erradicación de la poliomielitis y a velar por la plena aplicación de las estrategias y actividades recomendadas para la erradicación del sarampión.

El Dr. DE QUADROS (OPS), acompañando su exposición con diapositivas, dice que desea presentar seis puntos que forman parte del informe y pueden ilustrar el momento en que se encuentran los programas de vacunación en América Latina. El primero se refiere a las coberturas de vacunación, que se han mantenido alrededor del 80% en los últimos años. Ello implica que todavía hay más de dos millones de niños que nacen cada año y no reciben el beneficio de la vacunación. Son niños que viven en las zonas más alejadas o en las zonas marginales de las grandes ciudades. De ahí la necesidad, ya examinada en varias sesiones del Consejo, de desglosar la información por áreas geográficas menores.

El segundo punto se refiere a la erradicación del sarampión. Han pasado cuatro años desde que la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana fijó la meta de la erradicación de esa enfermedad del Hemisferio para el año 2000. Se han hecho grandes avances y se observa una reducción marcada del número de casos, pero el virus sigue circulando en la Región. En los últimos dos años se han notificado más de 100 defunciones por sarampión, la mayoría en Argentina y Brasil, y lo importante es que la mayoría de esas muertes fueron de niños lactantes o menores de 4 años no vacunados, lo que supone que

la estrategia no se ha realizado totalmente. Las ramificaciones del brote de sarampión en Brasil en 1997 siguen afectando a Bolivia y a países del Cono Sur, en especial Argentina. Para 1998, el número de casos confirmados en la Región de las Américas fue de unos 13.000, lo que representa una reducción del 75% en comparación con los 53.000 casos notificados en 1997, en que hubo un gran brote de sarampión en el Brasil que se ramificó en Argentina y otros países. En 1998 hubo una reducción bastante importante, y en 1999 solo ha habido 1.768 casos, es decir, una reducción del 50%, en comparación con el mismo período de 1998. Se piensa que en 1999 el número de casos notificados será el menor de la historia de las Américas, es decir que se está avanzando hacia el logro de la meta. Actualmente se conoce la transmisión confirmada de la enfermedad en Argentina, Bolivia, Brasil y República Dominicana y, desde que se publicó el informe del Director hace dos semanas, se han identificado dos casos de sarampión en Cuzco, Perú, y tres en Costa Rica. La lección es que hay que mantener la guardia muy alta, porque seguirán habiendo importaciones, y esos focos restantes de transmisión ponen de relieve la importancia de lograr y mantener altas coberturas de vacunación en cada municipio y en cada localidad. En estos momentos hay planes de emergencia en Bolivia, Brasil y República Dominicana. El brote de sarampión en República Dominicana es de suma importancia, porque supone un desafío para Haití, ya que los dos países comparten la misma isla. Finalmente, en todos los países de América, es fundamental poner en marcha la estrategia de vacunación recomendada por la OPS para la erradicación de la enfermedad en su totalidad. La cobertura de rutina debe ser por lo menos del 95% en

cada municipio y las campañas de seguimiento se deben llevar a cabo, para los niños de 1 a 4 años, por lo menos cada cuatro años. Las lecciones aprendidas indican que se puede alcanzar la interrupción del sarampión para el final del año 2000.

El tercer punto que desea mencionar se refiere a la poliomielitis. La Dra. Brundtland se refirió en su presentación al gran logro de las Américas, pero no hay que bajar la guardia. Han pasado ya ocho años desde el último caso. La Dra. Brundtland habló de cinco, pero probablemente se refería a los cinco años transcurridos desde la certificación de 1994, ya que el último caso fue en 1991, en Perú. Sin embargo, los indicadores de vigilancia, que eran muy altos antes de la certificación, comenzaron a disminuir, y hay que actuar con mucha energía para mantener esos indicadores en un nivel adecuado. Hay países que tienen contacto con América Latina, por ejemplo Angola, en donde hay mucha polio en estos momentos, y es importante que no se descuide la vigilancia.

El cuarto punto es el uso de otras vacunas, además de las tradicionales. Hay vacunas que a veces se denominan nuevas, pero algunas de ellas están siendo utilizadas en los países industrializados desde hace más de 15 años, como la vacuna contra la rubéola y la parotiditis combinada con el sarampión, las vacunas contra la hepatitis B y otras más recientes como el *Hemophilus influenzae* tipo B. Esas vacunas pueden tener un impacto muy grande en la mortalidad de menores de 5 años. Es importante comprobar que en estos momentos los países de las Américas están empezando a utilizar esas vacunas, y en muchos de ellos se han introducido programas de rutina. Por ejemplo, la

vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B se utiliza en 1999 en la mayoría de los países, lo que implica que más del 80% de los niños que nacen en América Latina están viviendo en esos países.

Cuando Uruguay y Chile introdujeron la vacuna, la enfermedad fue prácticamente erradicada. Para el año 2000, prácticamente todos los países la estarán utilizando, con ciertas excepciones tales como Ecuador, Guatemala y Paraguay, por lo que esa vacuna quedará en la historia como la de más rápida introducción en América Latina.

La vacuna contra la parotiditis, la rubéola y el sarampión está siendo también utilizada para más del 80% de los niños que nacen en América Latina, y el uso de estas vacunas permite esperar el control y la erradicación de otras enfermedades. Los países de la comunidad del Caribe están utilizando desde hace mucho tiempo la vacuna contra esas tres enfermedades para eliminar la rubéola congénita. En una acción pionera, las Bahamas ha hecho una campaña de vacunación de toda la población hasta los 40 años para interrumpir la transmisión. Hoy, todos los países de la comunidad del Caribe tienen por meta erradicar y eliminar la transmisión de la rubéola para el año 2000.

La vacuna contra la fiebre amarilla se está utilizando ahora en aquellas áreas en donde hay transmisión de la enfermedad, y se debe seguir así para evitar la reurbanización de la enfermedad.

El quinto punto que desea mencionar se refiere a la calidad de las vacunas, porque si se vacuna hay que utilizar vacunas de buena calidad y hay ejemplos de países—no tanto de América Latina—en que los programas de vacunación abarcan casi el 100% de la

población, pero que en alguna ocasión la vacuna no ha sido de buena calidad. A este respecto, es importante la puesta en práctica de programas de control de calidad, y la OPS está trabajando con los países para que se cumplan las seis funciones fundamentales: la licenciatura de las vacunas, la evaluación clínica, las buenas prácticas de manufactura, la liberación de lotes, las pruebas de laboratorio y la vigilancia por mercadeo. Por otra parte, es importante, también, que se hagan estudios de factibilidad económica de la producción local de vacunas, porque muchos países de la Región las están produciendo, y es importante esa factibilidad económica para la buena calidad de las vacunas.

El sexto punto se refiere al financiamiento de los programas. En los últimos tres quinquenios hubo un aumento en la asignación de recursos nacionales de más o menos US\$ 430 millones en el quinquenio 1987-1991, más de \$600 millones en 1992-1996 y había un aumento más o menos similar entre 1997 y 2001. En cuanto a los recursos de agencias colaboradoras externas, han disminuído casi a la mitad en los últimos 15 años y para el quinquenio actual, en que se estima que los recursos deberían de ser del orden de los \$53 millones, solo se han movilizado unos \$40 millones. Lo preocupante es que los recursos nacionales se han estancado, y esas nuevas vacunas y otras que llegarán costarán más que las actuales, por lo que hay que pensar en mayores inversiones. La OPS ha movilizado recursos para los programas nacionales desde el período 1990-1991 hasta el 2001, y en los últimos tres años ha aumentado esa movilización, gracias a subsidios de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, los Gobiernos de Brasil, España y los Países

Bajos y, últimamente, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

El Delegado de ECUADOR felicita al Dr. de Quadros por su informe tan completo, concreto y claro y agradece a la OPS y a otras agencias de cooperación internacional el apoyo prestado a su país en las campañas de vacunación. Así se ha podido realizar con éxito la campaña contra el sarampión, y en los últimos años, como ya se ha indicado, no se han registrado nuevos casos. Además se han podido introducir nuevas vacunas como la triple viral y, en las zonas de riesgo, contra hepatitis B y contra la malaria, y se están haciendo todos los esfuerzos necesarios para introducir la vacuna contra el *Haemophilus influenzae*. En el caso de Ecuador la descentralización no ha sido problema. Se ha puesto gran cuidado en mantener el papel rector del Ministerio de Salud y probablemente esa es la clave: la norma tiene que estar siempre a nivel central y cumplirse en todo el país.

La Delegada de PUERTO RICO manifiesta que el Departamento de Salud, después de estudiar la resolución referente al punto de vacuna e inmunización, desea expresar su apoyo con las siguientes observaciones:

En cuanto al elogio a todos los países por la prioridad otorgada a sus programas de inmunización y la introducción de nuevas vacunas, dice que Puerto Rico ha estabilizado altos niveles de vacunación infantil en los menores de 2 años al lograr un 81, 84, 88 y 94%, respectivamente, en la serie de cuatro de DTP, tres de polio y una de MMR en los

últimos cuatro años, de conformidad con los estudios de cobertura nacional auspiciados por los CDC.

El Departamento de Salud participó prioritariamente en el área curativa sin dar la debida importancia a lo preventivo, y como consecuencia se pudo ver que, para 1992, el porcentaje de vacunación de los menores de 2 años era de 39%. Por otro lado, se ha incorporado con éxito otra vacuna al esquema de cuatro, tres y uno en los últimos años, hasta el punto de que las tres dosis de *Haemophilus influenzae* y las tres de hepatitis B se han incorporado con notable éxito en un 92,3% de los niños de 24 meses.

Apoya igualmente la segunda resolución, que propone una expresión de agradecimiento a organismos asociados como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional y la Agencia Española de Cooperación Internacional, así como una felicitación a “March of Dimes” y a los CDC para la erradicación del sarampión. Puerto Rico trabaja estrechamente con los CDC en el área de vacunación y ha desarrollado modelos efectivos de colaboración, tanto a nivel internacional como local, que son parte esencial del éxito de su programa. Hace suya la exhortación del Comité Ejecutivo a los Estados Miembros para que mantengan la calidad y la eficacia de los servicios de vacunación y vigilancia de enfermedades prevenibles por vacuna a lo largo de todo el proceso de reforma de los servicios de salud. Puerto Rico participa activamente en reuniones y proyectos conjuntos con las aseguradoras de esos servicios que son ahora las responsables de la prestación de servicios de salud pública y comparte con ellas recursos y estrategias de educación e

información a profesionales y al público en general, abaratando así los altos costos de promoción habituales. De igual manera, apoya la resolución en favor de que se procuren los recursos necesarios para sostener los programas de vacunación, que se aseguren las mejores estrategias de inmunización y se vigilen las enfermedades prevenibles por vacuna, dando énfasis a la erradicación del sarampión. Puerto Rico ha logrado y mantenido en cero la morbilidad del sarampión común durante los últimos dos años y medio, lo que constituye una prueba de su solidaridad con la resolución del Comité Ejecutivo. De igual modo, en el país se han registrado cero casos de polio en los últimos nueve años, lo que ha sido posible gracias a la intensa y consistente labor conjunta de los sectores gubernamental, privado y comunitario.

Mediante la aplicación de la ley 25 del 25 de septiembre de 1983, que regula la vacunación obligatoria para la entrada a la escuela, se han logrado también más del 97% en la primera MMR para el primero y duodécimo grado, los centros de cuidado diurno, los kindergarten y los centros de Headstart. Puerto Rico solicita respetuosamente que se le incluya en el proceso de recolección y publicación de datos de la Organización Panamericana de la Salud, y se compromete al intercambio de información y de estrategias con todas las partes del mundo, esperando aumentar su visibilidad y participación en los organismos internacionales.

Por último, desea felicitar al Dr. de Quadros y al Dr. Oliva de la OPS, que colaboraron con Puerto Rico mediante el envío de la Dra. Isabel Stefano para que trabajara junto con la Secretaría de Salud, y con la epidemióloga Dra. Carmen Deseda en

la gran campaña masiva de vacunación de marzo de 1994. Los avances logrados en esa materia son logros de la humanidad y, por tanto, representan derechos a la preservación y protección de la salud de todos los pueblos hermanos.

El Delegado de VENEZUELA agradece el claro informe presentado por el Dr. de Quadros y dice que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de su país respalda el proyecto de resolución.

La decisión adoptada por Venezuela en 1997 de administrar la vacuna trivalente contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis ha permitido avanzar en forma acelerada hacia el logro de la meta de erradicar el sarampión para el año 2002. Por otra parte, a principios del año en curso se decidió comprar la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B, que se empezará a administrar en todo el país a los niños menores de 2 años a finales del año, en el marco del esquema nacional de inmunizaciones.

Este año se ha empezado a administrar la vacuna contra la hepatitis B como parte del esquema nacional de inmunizaciones y se han hecho esfuerzos para mejorar el sistema de planificación a fin de optimizar y consolidar el almacén nacional de vacunas dependiente del Ministerio de Salud, que centraliza su compra y distribución. Por último, se están realizando esfuerzos para reforzar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica a fin de poder evaluar los resultados e impactos del programa y de ampliar la cobertura.

La Delegada de URUGUAY dice que se siente orgullosa del sistema de vacunación de su país, que en la actualidad está vacunando contra la tuberculosis, la difteria, el tétanos, la tos convulsiva, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, las paperas, el *Haemophilus influenzae* y la varicela. Además, se ha añadido la vacuna pentavalente contra la hepatitis B y las infecciones del *Haemophilus influenzae*.

En todos los puestos de vacunación públicos y privados la vacunación es totalmente gratuita, al tiempo que existe un marco legal que declara obligatoria la administración a la población de las vacunas incluídas en este programa, por considerarse que la vacunación no es una opción del individuo, sino un deber establecido en beneficio de la persona y la sociedad. Desde 1997, el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Uruguay cuenta con un sistema de registro que hace posible el seguimiento del estado de vacunación de cada niño que nace en el país.

En Uruguay, el 99% de los nacimientos tienen lugar en centros de asistencia y por ende es posible administrar la primera vacuna BCG a los recién nacidos. El último caso de poliomielitis registrado data de 1979, el último de difteria de 1975 y no se ha registrado ningún caso de tétanos de recién nacidos desde 1982. Los casos de sarampión han disminuido hasta el punto de que la situación epidemiológica permite encarar las acciones de eliminación definitiva de esta enfermedad a corto plazo, en tanto que los casos de meningitis disminuyeron drásticamente a partir de 1994, año en que se inició la vacunación contra esta enfermedad. La inclusión de esta vacuna en el programa y la

estrategia utilizada para administrarla sirvieron de ejemplos para otros países de la Región.

El programa también ha administrado con éxito otras vacunas no obligatorias entre los grupos de riesgo, como por ejemplo contra la gripe, la meningitis meningocócica y la hepatitis B.

La Delegada de REPÚBLICA DOMINICANA dice que en su país el plan de erradicación del sarampión se inició en 1993. En la fase de ataque, la cobertura alcanzó el 83% entre los menores de 15 años. En 1994 se llevó a cabo otra campaña, lográndose interrumpir la circulación del virus. La última campaña de seguimiento se realizó en 1998, pero solo se logró una cobertura del 60%. En febrero de este año los casos sospechosos notificados ascendían a 13, de los cuales se confirmaron 11. El gen del virus del sarampión aislado por el CDC fue el B6.

Este año las actividades de vacunación se iniciaron en las provincias del este, pero luego se hicieron extensivas a todo el país, debido a los casos registrados en otras provincias y en el Distrito Nacional. Se han investigado 1.428 casos sospechosos y se han confirmado 154. El mayor número de ellos se ha registrado en las zonas marginales del Distrito Nacional.

En respuesta a esto se ha puesto en marcha un plan estratégico de control y erradicación del sarampión, así como un plan de capacitación del personal sanitario, al tiempo que se han intensificado las actividades de vacunación. Además, se está

ejecutando un plan de vacunación de adultos jóvenes, militares, trabajadores de zonas francas y hoteles, personal de salud y estudiantes universitarios. Por otra parte, se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y su coordinación y se han ajustado los mecanismos de supervisión de la calidad de las muestras de laboratorio. Además, se están organizando talleres de capacitación con énfasis en la erradicación del sarampión. Hasta el momento se ha capacitado a 55 médicos, 258 enfermeras, 86 técnicos de laboratorio y a otras 166 personas del área sanitaria. En resumen, República Dominicana está trabajando intensamente para reducir al mínimo los casos de infección por el virus del sarampión.

The Delegate of GUYANA said that the leadership demonstrated by the Region of the Americas in the area of childhood immunization was unsurpassed in the global arena. The vibrant spirit of Pan Americanism had been demonstrated very clearly in December 1998 when, with the assistance of PAHO, the Government of Brazil had donated 50.000 doses of yellow fever vaccine for the emergency vaccination of the border population in Guyana. That effort was complemented by work in the areas of Brazil and Venezuela bordering Guyana, which had been affected by an outbreak of the disease. As a result, Guyana had had no cases of yellow fever. With technical assistance from PAHO and UNICEF, more than 80% of the Guyanese population had now been vaccinated against yellow fever, and the yellow fever vaccine had been incorporated in the national childhood immunization schedule. His Delegation hoped that the Council would

consider recommending that yellow fever vaccination coverage be broadened in endemic or high-risk areas.

Guyana appreciated PAHO's role in the Caribbean in promoting the introduction of new vaccines into national immunization programs. It looked forward to support from PAHO for the introduction of the pentavalent vaccines, which would greatly improve coverage, and thus protection, of young children. On behalf of the CARICOM countries, Guyana wished to reaffirm its support for the proposed resolution.

Le Délégué de la FRANCE annonce la réalisation en France et dans les départements français d'Amérique en particulier, des campagnes de vaccination complètes: tuberculose, tétcoq, hémophilus influenzae, hépatite B. La France s'est engagée dans les programmes de vaccination proposés par l'Organisation parce que les résultats n'étaient pas assez bons pour la rougeole. C'est pourquoi, avec l'aide du Dr de Quadros, a été mis en place le plan de surveillance de la rougeole en Guadeloupe; il sera étendu à la Martinique et avec le concours de la cellule d'épidémiologie régionale, ultérieurement à la Guyane.

La France s'attache à améliorer la couverture vaccinale par le vaccin coq avec l'avancement de l'âge d'administration de la deuxième dose et en mobilisant le secteur public et privé.

Ces efforts sont portés par les collectivités décentralisées qui se sont largement mobilisées sur ces objectifs et qui étendent leurs actions à la zone Caraïbe. En outre, consciente de l'intérêt de produire des vaccins conjugués, la France soutient la recherche

au niveau du programme mondial. Le Délégué conclut en annonçant son soutien à la résolution proposée.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that the achievements of the Americas in the area of vaccines and immunization could serve as a model for other Regions. The countries of the Region were now in a position to help the rest of the world with polio eradication. One opportunity for such collaboration would be the participation of experienced immunization staff in the “Stop Polio” Teams working in other Regions where polio eradication was still a problem. However, the ability to work in English was required for participation on those teams. Her Delegation encouraged any countries that might be interested in sending staff to contact Dr. de Quadros.

Although the report highlighted considerable progress in eliminating measles, it also emphasized remaining challenges, notably the lack of effective surveillance systems, strong political will, and adequate financial resources. The U.S. Centers for Disease Control and Prevention were working with PAHO on a project to strengthen measles and rubella surveillance in the Americas. Her Delegation applauded the leadership of the Caribbean in that region’s campaign to eliminate rubella by the year 2000.

Another area that would benefit from increased attention was the area of vaccine development, production, and quality control, although anticipated shortfalls in extrabudgetary funding might be an impediment to PAHO’s efforts in that regard. The United States encouraged the Organization to continue its efforts to mobilize necessary resources from a variety of sources.

El Delegado de CHILE dice que el programa chileno de inmunización descansa en un compromiso con la sostenibilidad de la vacunación acorde con la realidad epidemiológica del país. No se ha registrado ningún caso autóctono de sarampión desde la primera campaña masiva de vacunación realizada en 1992, que estuvo dirigida a los niños de 9 meses a 14 años de edad y alcanzó una cobertura del 99,1%. La primera campaña de seguimiento, realizada en 1996, comprendió a los niños de 1 a 14 años y alcanzó una cobertura de 100%. Aunque la cobertura de vacunación contra el sarampión al año de edad se mantiene por encima del 91%, se prevé realizar una segunda campaña de seguimiento en el año 2000, que irá dirigida a los menores de 5 años. El riesgo de importación de casos seguirá siendo el principal obstáculo a la erradicación del sarampión para el año 2000.

En Chile no se ha registrado ningún caso de poliomiелitis desde 1975 y el país ha venido cumpliendo con los indicadores de erradicación de la poliomiелitis desde 1994.

En cuanto a la parálisis flácida aguda, una red nacional de vigilancia inmunobiológica integrada por los sectores público y privado garantiza que el virus de la poliomiелitis no circule por el país. La cobertura de vacunación contra la poliomiелitis es de 91% para la tercera dosis a los 6 meses de edad. Una alta cobertura de vacunación contra la poliomiелitis, así como una vigilancia epidemiológica efectiva, son los factores clave para evitar que el virus salvaje pueda reingresar en el territorio nacional.

La cobertura de los programas de administración de la primera serie de vacunas BCG y DTP, así como de las vacunas contra la poliomielitis y el *Haemophilus influenzae* es de 90%. En julio de 1996 se inició el programa de vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo B, que ha dado resultados extraordinarios (solo se han registrado casos esporádicos de infección grave en niños no vacunados).

En cuanto a la rubéola, desde 1990 se vacuna al año de edad en asociación con el sarampión y la parotiditis y luego se administra una vacuna de refuerzo cuando los niños alcanzan la edad escolar.

Dada la situación epidemiológica derivada de los brotes epidémicos de 1997 y 1998, el Ministerio de Salud decidió vacunar a toda la población femenina de 10 a 29 años de edad. Hace cuatro años que se viene administrando la vacuna contra la influenza para adultos mayores y niños, y el Instituto de Salud Pública controla rigurosamente la calidad de todos los productos biológicos utilizados en el país.

Por último, Chile pide que los planes de apoyo de la OPS previstos en el proyecto de resolución abarquen la prestación de apoyo técnico y político a los productores nacionales que tienen interés en seguir produciendo vacunas, a fin de estimular la cooperación horizontal subregional o regional, sobre todo entre Brasil, Chile, Cuba, México, y Venezuela, así como la competencia basada en los precios, lo que garantizará la sostenibilidad de un programa regional de intercambio de vacunas a precios que no guardan relación alguna con los precios internacionales, y facilitará la introducción de nuevas vacunas a los países de la Región.

The Delegate of CANADA congratulated PAHO for its initiative and continued leadership in the efforts to control and eliminate vaccine-preventable diseases in the Americas and for being a catalyst for efforts at the global level. In April 1999 Canada had been pleased to host the 13th meeting of the PAHO Technical Advisory Group on Vaccine-Preventable Diseases, and the meeting had engendered a great deal of interest among national parties responsible for immunization. Canada remained committed to the global polio eradication campaign and to continued surveillance of acute flaccid paralysis (AFP) through its pediatrician-based active surveillance program. However, as in other countries in the Region, ensuring adequate and timely investigation of AFP cases was a challenge, and Canada therefore shared PAHO's concern about the need to remain vigilant against the introduction of poliovirus transmission in the Region.

Her Delegation was pleased with the progress towards measles elimination. Mass catch-up campaigns and the introduction of two-dose routine measles vaccine had led to a significant decrease in the number of measles cases in her country. Nevertheless, a major challenge to measles elimination in Canada was the importation of cases. The threat posed by imported cases underscored the importance of international partnerships in working towards disease elimination goals. At the 25th Pan American Sanitary Conference, Canada had urged PAHO to take action to promote the rapid establishment of a global measles eradication goal. It reiterated that recommendation, since a global

eradication effort would be the best protection for the Americas against measles importation once the Region successfully met its elimination goal.

Canada continued to seek the elimination of neonatal and childhood tetanus and the prevention of serious sequelae from mumps. While it had not succeeded in totally eliminating diphtheria, only one or two cases of respiratory diphtheria had been reported each year since 1992. The introduction of acellular pertussis vaccine for primary immunization of children across Canada in 1997-1998, with a combined vaccine for diphtheria, tetanus, pertussis, Hib, and polio, was expected to have a significant impact on pertussis-related morbidity and mortality. The hepatitis B vaccine was now offered in all school immunization programs, and several jurisdictions in Canada had introduced the vaccine into their infant immunization programs.

Canada was pleased with PAHO's effort to promote rubella vaccination programs in the Region and develop surveillance definitions and guidelines for the control of congenital rubella syndrome, especially since a number of the congenital rubella syndrome cases in Canada in past years had been linked to countries in the Region that did not have routine immunization programs. Similarly, its Government was pleased with the progress in introducing Hib vaccine into country vaccination schedules. Canada had introduced the conjugate vaccine several years ago, and cases of Hib-related disease were now rarer and sporadic.

One of the most exciting initiatives currently under way in her country was the development of a national immunization records network, which would enable all

Canadian citizens, health care providers, and public health authorities to access up-to-date immunization records from anywhere in the country. The biggest challenges facing Canada's immunization program was complacency among both the public and health professionals generated by reductions in morbidity and mortality from vaccine-preventable diseases. Moreover, as more and more of the younger generations no longer experienced the devastating effects of those diseases, they tended to ignore and even oppose immunization. Canada and other Member States must continue to emphasize the benefits of immunization and the critical need to vaccinate susceptible populations.

Improving health through immunization was a matter of partnership. In 1998 Canada had committed \$50 million through the Canadian International Development Agency to support global immunization initiatives to combat polio, measles, and other deadly childhood diseases in the developing countries over a five-year period. Canada looked forward to collaborating with PAHO and the other Member States on future immunization initiatives.

O Delegado do BRASIL diz que a Delegação Brasileira apóia a resolução sobre vacinas e imunização. As medidas nela recomendadas já vêm sendo implementadas no Brasil. Destaca e agradece à OPAS pelo apoio ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil, bem como a vigilância epidemiológica das doenças preveníveis por imunizações. O Brasil atingiu em 1998 coberturas vacinais acima de 90% para todas as vacinas do esquema básico de imunizações no primeiro ano de vida. O desafio que agora

se coloca é o de alcançar a homogeneidade das coberturas vacinais até mesmo naqueles municípios mais distantes e de difícil acesso. Para isto, além do investimento em capacitação de pessoal e na infraestrutura para o armazenamento e distribuição das vacinas, vem-se desenvolvendo uma estratégia de descentralização do PNI a partir do envolvimento dos secretários municipais de saúde no planejamento, execução e tomada de decisões relativas ao PNI.

Apesar da grande epidemia de 1997, o Brasil mantém o compromisso com a meta de erradicação do sarampo até o final do ano 2000. Para isto estão sendo investidos no biênio 1999-2000 aproximadamente US\$ 3.500.000 destinados essencialmente ao reforço e à vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Foi implantado em cada um dos 27 estados brasileiros o Grupo-Tarefa de Erradicação do Sarampo. Com o apoio da OPAS e a presença de profissionais da América Latina, foi também realizado no Rio de Janeiro, em maio passado, o Primeiro Curso Internacional de Erradicação do Sarampo. Além disso, foram intensificadas as ações de vacinação dos grupos mais expostos e de maior risco, como profissionais de saúde, educação, turismo, e migrantes procedentes de áreas de baixa cobertura vacinal que mudam para as grandes cidades brasileiras. Está programada para julho de 2000 a III Campanha Nacional de Vacinação contra o sarampo para o grupo etário de nove meses aos 4 anos de idade. Neste ano de 1999, o Brasil comemora 10 anos sem poliomielite pelo poliovírus selvagem. Isto se deve à cobertura vacinal próxima de 100% com a vacina antipólio oral. Por outro lado, o distanciamento da ocorrência de doença e a falsa sensação de segurança conferida pela erradicação vem

acarretando uma perda da qualidade dos indicadores da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas. Porém, com a ocorrência, este ano, da epidemia em Angola, um país que tem laços intensos com o Brasil, intensificou-se a divulgação da necessidade de manter a vigilância das paralisias flácidas. A febre amarela silvestre é uma doença endêmica em uma ampla região do Brasil que corresponde a mais da metade da superfície do país. Em 1998/1999, ocorreram três surtos de febre amarela, sendo o maior deles, 50 casos, na ilha de Marajó. Isso, aliado a uma grande epidemia de dengue em nível nacional, e a disseminação da *Aedes aegypti* por quase todo o país, levou o Ministério da Saúde a vacinar toda a população brasileira contra a febre amarela. A vacinação iniciou-se em 1997 e em 1998 foram vacinadas 12 milhões de pessoas.

Além disso, o nosso PNI tem avançado na incorporação de novas vacinas. A vacina tríplice viral MMR já está implantada em 15 estados brasileiros para menores de 15 anos. Outros 4 estados a implantarão até o final de 1999, e os demais no primeiro semestre do ano 2000. A vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B já foi implantada em 1999 em 19 estados brasileiros, para as crianças de 2 a 23 meses de idade. Os demais estados deverão implantá-la até o final deste ano. E também em abril passado, o país realizou, pela primeira vez, uma campanha de vacinação dirigida à população idosa com a vacina contra *Haemophilus influenzae*. Foram vacinadas 7.700.000 maiores de 65 anos de idade. Uma cobertura de 85% acima de nossa meta de 70%. Considerando que para conseguir o máximo de eficácia e eficiência dos programas de imunizações das regiões de fronteira necessário o desenvolvimento de ações integradas entre os países daquela

fronteira, a Delegação propõe ao Diretor da OPAS estimular as iniciativas bilaterais e trilaterais visando o planejamento e a execução das ações de imunizações nas áreas de fronteira. Propõe também que esta questão seja incluída como mais um parágrafo no item 4 com a seguinte redação: “Solicitamos ao Diretor que indique aos Representantes da OPAS nos países a necessidade de estimular as iniciativas bilaterais e trilaterais, quando for o caso, visando ao planejamento e execução das ações de vacinação nas regiões de fronteiras.”

El Delegado de MÉXICO considera importante que en el documento se incluyan los siguientes puntos. Primero, que la Organización promoverá la investigación, el desarrollo y la producción de vacunas combinadas, no solo de vacunas combinadas, sino vacunas conjugadas de polisacáridos y proteínas. Segundo, que se aclare a qué grupos de edad corresponden las cifras de cobertura. Tercero, que se considere también a los trabajadores inmigrantes procedentes de zonas rurales como otro grupo de personas en riesgo de contraer el sarampión. Cuarto, que se realicen esfuerzos para aislar el virus en los lugares donde se registren casos de sarampión. Quinto, que se haga referencia a la ventaja adicional que aporta la vacuna contra el *Haemophilus influenzae*, puesto que con su administración puede prevenirse hasta el 25% de las neumonías lobulares con o sin derrame pleural. Y, sexto, que se haga hincapié en la conveniencia de disponer de un programa integrado de supervisión que incluya la cadena de frío en los niveles de almacenamiento y de operaciones del programa.

El Delegado de ARGENTINA dice que el Programa Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles de su país constituye uno de los principales objetivos de las políticas nacionales de salud y que el Programa Ampliado de Inmunizaciones es una de sus principales prioridades. Entre 1992 y 1998, al calendario clásico de vacunaciones se han incorporado las vacunas triple vírica, anti-*Haemophilus*, cuádruple vírica y vacuna contra el sarampión.

Las coberturas de vacunación alcanzadas entre esos años experimentó un aumento de un promedio del 4,5 de sus índices de cobertura. En 1993, se llevó a cabo la campaña masiva contra el sarampión de los menores de 14 años, cuya cobertura alcanzó el 95%, y en 1998 otra de seguimiento de niños, que alcanzó una cobertura mayor del 98%.

A pesar de que en Argentina se siguen notificando casos de sarampión, las tasas de cobertura y los indicadores de morbimortalidad estimados, al igual que otros datos, sustentan la eficiencia del programa. Por ejemplo, en 1984 se notificó el último caso de poliomielitis en Argentina. En 1992 se registraron 2.166 casos de tos convulsa y en 1998, 532, lo que supone una reducción de 75%. En 1992 se registraron 41 casos de tétanos, y en 1998, 23, lo que demuestra una reducción que supera el 50%. En esos mismo años se notificaron 7 y 0 casos de tétanos neonatal, y 4 y 0 casos de difteria, respectivamente, si bien en 1997 no se notificó ningún caso de esta última enfermedad. Por su parte, el número de casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años se redujo de 29 en 1992 a 8 en 1998, lo que es más de 70%.

El Delegado de EL SALVADOR señala que en su país las coberturas de las vacunaciones contra la difteria, el tétanos, el pertusis, la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis superan el 97%. Ello es el fiel reflejo de los resultados obtenidos con las actividades de los programas implantados y las campañas de vacunación realizadas, que han contado con el respaldo del Gobierno, del Sistema Nacional de Salud, la sanidad militar y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el país.

En el calendario nacional de inmunizaciones se están incorporando vacunas como la de la hepatitis B, lo cual, si bien supone un aumento del gasto público, se contempla como una inversión. A este respecto ha de mencionarse que tanto la ampliación de la cobertura de vacunación como la disminución de los precios de las vacunas han sido posibles merced a que el abastecimiento de vacunas se ha realizado a través del fondo rotatorio de la OPS. No obstante, esto ha aumentado las presiones que las compañías farmacéuticas locales han ejercido para que las vacunas se adquirieran a precio de mercado y explica las campañas de difamación contra la OPS que se han emprendido en algunos países de la Región, a sabiendas de que la Organización no realiza una competencia desleal sino que solo desempeña un papel facilitador en la adquisición de vacunas. La solución de este problema estriba en estandarizar los calendarios de vacunación y coordinar las actividades de vigilancia epidemiológica.

El Delegado de COLOMBIA dice que el descenso de la cobertura de vacunaciones del 95% al 76% observado entre 1998 y 1999 se atribuye, en primer lugar,

al conflicto armado que vive el país. Más del 50% del territorio está afectado por dicho conflicto y ello impide el acceso de las poblaciones afectadas a los servicios de salud al tiempo que las obliga a desplazarse continuamente. En segundo lugar, dicha reducción es también tributaria de la subnotificación de vacunaciones que se ha observado en las grandes ciudades. Por último, también se ha atribuido al incumplimiento de obligaciones por parte de los nuevos actores del Sistema General de la Seguridad Social.

Sin embargo, el Gobierno ha comenzado a capacitar en inmunización a personas de las comunidades afectadas por el conflicto. Asimismo, y en relación con el problema del año 2000, está automatizando y sistematizando la información mediante un esquema que permite retroalimentar los datos. Además, ha emprendido acciones de control gubernamental social que, a través de la participación de la comunidad y de asociaciones de usuarios, generan una demanda inducida que obliga a las instituciones a garantizar que se acometan las actividades de vacunación necesarias.

The Delegate of the BAHAMAS, speaking on behalf of the delegations from all the CARICOM Member States, thanked Dr. de Quadros and PAHO for their leadership in regional immunization programs. The Bahamas supported the global program to eradicate measles and would seriously consider the proposal to assist with global efforts to eradicate polio. His country was grateful to PAHO for its offer to replace the vaccines that had been lost when the cold chain was interrupted in the Bahamas as a result of hurricane Floyd.

El Delegado de PERÚ dice que en su país se está trabajando intensamente en evaluar si es factible y viable ampliar y complementar el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Dicho programa está incorporando progresivamente la evaluación externa de sus actividades para medir resultados y la evaluación interna, sobre todo para el aprendizaje y perfeccionamiento, con el propósito de introducir los cambios que se precisen para mejorar su efectividad. Los resultados obtenidos en dichas evaluaciones se han presentado a las autoridades nacionales de salud y del Congreso de la República a fin de alcanzar un compromiso nacional que garantice la continuidad de las actividades.

El Dr. DE QUADROS (OPS) dice que, respecto a los comentarios hechos por los Delegados de Guyana y Brasil, la cooperación entre países es fundamental para el éxito de las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de vigilancia epidemiológica. Por otro lado, es esencial mantener la Región libre de casos de sarampión, especialmente en Haití, República Dominicana y en otros países del Caribe.

En cuanto a los temas de investigación, desarrollo y producción de vacunas traídos a colación por los Delegados de Chile y México, considera que es extremadamente importante que se realicen estudios de viabilidad de la producción local, habida cuenta de la consolidación que se observa en los principales productores mundiales de vacunas.

Respecto a la investigación y el desarrollo de vacunas conjugadas mencionados por el Delegado de México, destaca que, a raíz de la reciente reunión celebrada en

Montevideo, diversos países que trabajaban independientemente han comenzado a aunar esfuerzos para compartir tecnologías y consolidar alianzas.

En relación con los comentarios del Delegado de El Salvador, dice que muchos países han resistido fuertes presiones de la industria farmacéutica, dando muestras de lo que el Director denomina “panamericanismo”. Solamente mediante la solidaridad será posible resistir esas presiones.

Respondiendo al Delegado de Bahamas, puntualiza que la naturaleza de los mecanismos operativos del fondo rotatorio de la OPS explica la rapidez con que pudieron enviarse vacunas durante los huracanes que azotaron el país.

Las actividades consignadas por el Delegado de Perú constituyen la primera vez que se presentan los resultados de una evaluación del programa nacional de inmunización ante el Congreso, y esto debería repetirse en otros países a fin de que puedan elaborar la legislación y obtener los recursos necesarios para la compra de vacunas.

The PRESIDENT informed the Council that since an amendment had been suggested, the proposed resolution on the item would be redrafted and presented for consideration at a later time.

PUNTO 7.2: PREMIO OPS DE INMUNIZACIÓN, 1999
ITEM 7.2: PAHO AWARD FOR IMMUNIZATION, 1999

The PRESIDENT introduced the recipient of the award, Dr. Miguel Angel Galindo Sardiñas, Chief of the National Immunization Program at the Ministry of Health of Cuba since 1981. Dr. Galindo was the fourth recipient of the PAHO Award for Immunization, which recognized outstanding technical contributions to a national immunization program and to a country's efforts in controlling and eliminating vaccine-preventable diseases. The award, which was established in 1993, included a certificate and a check for \$2,000. Nominations for the current year's award had been received from five countries, and all the candidates had been excellent. The decision of the selections committee had been difficult but unanimous.

The President described the history of the award and then presented highlights of Dr. Galindo's 36-year career in the field of immunization. During that career, he had managed 48 national immunization campaigns. Under his leadership Cuba had eliminated measles, mumps, rubella, and congenital rubella syndrome and had reduced tetanus and whooping cough to levels where they had ceased to be public health problems. Over 95% of Cuba children under 2 years of age were now protected against 10 vaccine-preventable diseases. Currently, Dr. Galindo was working with the provincial health authorities in Cuba to implement a plan to control *Haemophilus influenzae* type B. His remarkable career had had an impact on health not only in Cuba but throughout the Hemisphere.

*El Presidente hace entrega del Premio OPS de Inmunización, 1999,
al Dr. Miguel Ángel Galindo Sardiñas, de Cuba.
The President presented the PAHO Award for Immunization, 1999,
to Dr. Miguel Ángel Galindo Sardinias, of Cuba.*

El Dr. GALINDO dice que este premio constituye el más alto galardón internacional que ha recibido en el transcurso de los 37 años que ha dedicado al campo de la inmunización en todos los niveles de la organización de la salud pública y que, aunque lo recibe a título personal, sería injusto no mencionar a todos aquellos, tanto en su país como fuera de él, que han contribuido al desarrollo del Programa Nacional de Inmunización. En primer lugar, al Jefe de Estado y del Gobierno, Comandante en Jefe Fidel Castro, por su decisión política de apoyar la salud de Cuba y su vocación internacionalista y a los ministros de salud pública del período revolucionario por las estrategias aplicadas para el normal desarrollo del programa. En segundo lugar, a las organizaciones de masa por la ayuda prestada a la vacunación de la población y al abnegado trabajo de los médicos, enfermeras, dirigentes, otros técnicos y al personal del Servicio Nacional de Salud. Hace extensivo este agradecimiento a los diferentes organismos y organizaciones no gubernamentales que han brindado una valiosa ayuda al programa, entre ellos, la OPS, el UNICEF, el Club Rotario Internacional de México, Médicos del Mundo de España y Médicos sin Fronteras de Francia, por sus múltiples y valiosos asesoramientos al Programa Cubano de Inmunización; y a los doctores Ciro de

Quadros, Albert Sabin y Saul Krugman, estos dos últimos ya fallecidos, y al Dr. Allan Hinman.

Desde la creación del Programa Nacional de Inmunización en 1962 hasta la actualidad, se han administrado más de 240 millones de dosis de 10 substancias inmunobiológicas diferentes dirigidas al control o a la eliminación de 13 enfermedades, 12 de las cuales afectan a menores de 2 años. En Cuba se han aplicado varias estrategias de vacunación, que han sido difundidas por la OPS y han servido de ayuda a otros países de la Región. Ejemplo de ello son las semanas nacionales de vacunación antipolio realizadas desde 1962, la capacitación, el mantenimiento y el seguimiento de vacunación contra el sarampión, la vacunación masiva de mujeres en edad fértil, escolares, niños y embarazadas con toxoide tetánico para prevenir el tétanos neonatal, y la estrategia a corto, mediano y largo plazo para prevenir el síndrome de la rubéola congénita y la rubéola como enfermedad.

El Programa de Inmunización de Cuba ha tenido notables éxitos a nivel hemisférico. Se ha alcanzado una cobertura de vacunación superior al 95% en la población menor de 2 años de edad contra 12 enfermedades inmunoprevenibles y se han eliminado cinco enfermedades: la poliomielitis en 1962, la difteria en 1979, el sarampión en 1993 y la rubéola y la parotiditis en 1995. En 1972 se eliminó una forma clínica grave de tétanos, el neonatal. En 1989 se eliminaron dos complicaciones graves, el síndrome de la rubéola congénita y la meningoencefalitis post-parotiditis. Han dejado de constituir un problema en salud, por tener tasas de morbilidad menores de 1 por 100.000 habitantes, el

tétanos desde hace 10 años, y la tosferina desde hace 5 años. Se ha reducido la morbilidad por enfermedad meningocócica tipo B en un 94%, la de la hepatitis B en menores de 15 años en un 97% y la de la enfermedad global en un 50%. La vacunación contra el *Haemophilus influenzae* ha logrado reducir el 50% de la morbilidad causada por este virus. Se cumple con los indicadores establecidos para la vigilancia de la poliomielitis y del sarampión.

Cuba está haciendo grandes esfuerzos para garantizar el autoabastecimiento de las vacunas, de tal manera que entre el año 2000 y el 2001, deben incorporarse al programa la vacuna triple bacteriana, la doble bacteriana en su forma pediátrica y adulta, la vacuna contra leptospira, la antitifoidea por antígeno B y la vacuna contra el *Haemophilus influenzae*. La celebración de esta reunión en Puerto Rico da la oportunidad de expresar un eterno agradecimiento del pueblo cubano al pueblo de Puerto Rico, ya que en los primeros días de febrero de 1804 zarpó de Aguadillo rumbo a Cuba, una embarcación que llevaba a bordo cuatro niños vacunados contra la viruela con una vacuna obtenida de linfa de hijos de este pueblo, que permitió la creación del Programa Nacional de Cuba el 12 de febrero de 1804.

PUNTO 4.7: CONTAMINANTES ORGÁNICOS PERSISTENTES
ITEM 4.7: PERSISTENT ORGANIC POLLUTANTS

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la atención prestada por la OPS a los contaminantes orgánicos

persistentes y expresó inquietud por los riesgos para la salud vinculados con dichas sustancias. Varios delegados subrayaron el dilema que plantea el uso de sustancias como el DDT en las campañas de salud pública contra los vectores de enfermedades y exhortaron a prestar más atención a la búsqueda de métodos alternativos eficaces y económicos de lucha antivectorial. El Comité alentó a la OPS a que siguiera colaborando con los países donde el DDT seguía en uso, a fin de salvaguardar la salud humana y el ambiente en tanto no se generalicen otras opciones eficaces. Al Comité le pareció particularmente preocupante la naturaleza transfronteriza de los contaminantes orgánicos persistentes. Se señaló que los efectos de estas sustancias trascienden los límites nacionales y hasta regionales debido al comercio internacional de alimentos que pueden estar contaminados.

Los enfoques propuestos en el documento se consideraron como un modelo para el resto del mundo, al abordar el problema de los contaminantes orgánicos persistentes tanto en el ámbito regional como el nacional. El Comité consideró que una función fundamental de la OPS es promover el intercambio de información acerca de los diversos enfoques de los países y prestar cooperación técnica, especialmente en el área de adiestramiento. Otra función importante para la Organización es recopilar datos útiles sobre la liberación y la exposición tanto a plaguicidas como a contaminantes de otro tipo en la Región, como un paso para hacer frente a los correspondientes riesgos para la salud.

Se señaló que algunos grupos de población se enfrentan con el riesgo desproporcionado de los residuos de plaguicidas en los alimentos, por ejemplo,

poblaciones indígenas del norte del Canadá, cuyo régimen alimentario es rico en productos del mar, y los niños de todas partes, debido al reducido tamaño de su cuerpo, ya que sus aparatos y sistemas están en desarrollo. Además, los difenilos policlorados, PCB y otros contaminantes aparecen en concentraciones elevadas en la leche materna de ciertos grupos, aunque se cree que los beneficios de la lactancia materna exceden los riesgos planteados por estos residuos.

El Comité también destacó la necesidad de llevar a cabo actividades intersectoriales de intercambio de información, especialmente entre el sector de la salud y el agropecuario, ya que los miembros de este último a menudo desconocen del todo los riesgos para la salud asociados con el uso de los plaguicidas y otros contaminantes orgánicos persistentes. Se sugirió que los países considerasen la posibilidad de establecer redes intersectoriales de puntos focales en los sectores sanitario, agropecuario, ambiental y laboral. La promoción de un mayor conocimiento del público acerca del uso sin riesgo de los plaguicidas en el hogar se consideró también una prioridad.

El Comité aprobó una resolución sobre este tema en la cual recomienda al Consejo Directivo que apruebe a su vez una resolución por la que apoye la iniciativa de ayudar a los Estados Miembros a afrontar los problemas asociados con los contaminantes orgánicos persistentes y los exhorte a que tomen diversas medidas para reducir el uso de sus contaminantes, en particular el de DDT.

El Dr. GALVÃO (OPS), haciendo uso de diapositivas, dice que su presentación se refiere a los contaminantes orgánicos persistentes, conocidos también por el acrónimo COP, y que el documento incorpora los comentarios hechos en las reuniones anteriores. Las actividades sobre los COP forman parte del segmento de la Agenda 21 del sector de la salud, documento relativo a los acuerdos alcanzados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo que se celebró en Rio de Janeiro en 1992.

Los COP son compuestos orgánicos tóxicos estables que persisten en el ambiente en virtud de su resistencia a la degradación. Son solubles en tejidos grasos y por ello se acumulan y entran en la cadena alimentaria. Los COP contaminan el aire, los alimentos, el agua y el suelo, y se transportan rápida y fácilmente en distancias cortas y largas. Para ilustrar la persistencia de los COP se acostumbra mencionar el DDT, que tiene una vida media de 15 años en el suelo, y el HCP cuya vida media puede llegar hasta 23 años. COP es la designación de un grupo numeroso de sustancias con diferentes características, y por eso es difícil hablar de sus efectos para la salud. Sin embargo, se conocen los relacionados con la salud reproductiva, el cáncer y la posible alteración del sistema inmunitario. Los COP se introducen en el medio como contaminantes generales en procesos industriales y en la quema del combustibles o mediante su uso como plaguicidas en la agricultura y, en algunos países, en campañas de salud pública.

Se estima que en el mundo se fabricaron millones de toneladas de COP. Por ejemplo, la producción del DDT entre 1941 y 1992 se estima en dos millones de toneladas.

Aunque desde los años setenta se intentó controlar o eliminar los COP, estas sustancias siguen siendo un problema de salud actual. No debe olvidarse que la exposición actual podrá afectar a las generaciones futuras. Por ejemplo, el DDT fue muy utilizado en la agricultura y, según los datos del Programa de Control de la Malaria, entre 1957 y 1996 se usaron unas 211.000 toneladas para combatir la malaria en Latinoamérica. La principal preocupación sobre este compuesto es la exposición prolongada de la población, ya que el DDT tiene baja toxicidad aguda pero está clasificado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer como posible cancerígeno y su sustitución por otro producto no es posible de inmediato en algunos países.

La atención internacional a los COP originó mandatos, reuniones y acuerdos internacionales que de una forma u otra están relacionados con el capítulo 19 de la Agenda 21 sobre el manejo ambiental de sustancias químicas. Para dar seguimiento a este capítulo, los representantes de los países crearon el Fórum Intergubernamental sobre Seguridad Química (FISQ), que cuenta con el apoyo de la OMS y de la OPS. La vicepresidencia del Fórum la ocupa Argentina y el próximo Fórum se realizará en Brasil. En 1995 el Gobierno de Canadá organizó una reunión internacional sobre los COP a la cual asistieron especialistas de varios países. Entre las recomendaciones de esta reunión destaca la creación de un grupo especial de trabajo sobre COP. El Programa de Seguridad Química de la OMS preparó un informe para la Directora General de la OMS sobre COP y ese mismo año la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA50.13 sobre el tema. Luego de varias consultas se adoptó una lista inicial de

12 sustancias prioritarias que tienen un significado especial por sus potenciales efectos adversos para la salud. La resolución de la Asamblea Mundial es un documento marco que insta a los países a adoptar decisiones sobre los COP tales como que la Directora General debe cooperar en el intercambio de información y en otras actividades, y que la autoridad sanitaria debe vigilar sus efectos adversos para la salud. Los principales recursos disponibles para apoyar a los países en la aplicación de dicha resolución son la REPAMAR que promueve el uso de la capacidad institucional existente en la Región en aspectos claves para la gestión y el Centro de Distribución de información sobre COP del Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente.

Entre las actividades internacionales emprendidas se deben mencionar la creación del Programa Interinstitucional para la Gestión Regional de las Sustancias Químicas destinado a coordinar acciones de organismos internacionales; el Plan de Acción Regional de América del Norte para el manejo del DDT, que constituye un acuerdo entre México, Estados Unidos y Canadá dirigido a reducir la exposición del ser humano y el medio ambiente al DDT; el Comité Intergubernamental de Negociación sobre los COP, y el Plan Global de la OMS para la Implementación de la resolución WHA50.13. Por otro lado, un proyecto conjunto de la OPS y la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos apoyó la realización de talleres regionales de alerta sobre el problema de los COP que se realizarán en Colombia y Argentina con la participación de 21 países de la Región. Este proyecto proporcionó apoyo estratégico, técnico y financiero para realizar estudios de casos en siete países e incluye actividades tales como la promoción del

manejo, el almacenamiento y el uso seguro de plaguicidas en las campañas de salud pública; la actuación intersectorial, y el desarrollo de una red de información epidemiológica y toxicológica sobre las sustancias químicas. Un segundo grupo de actividades está relacionado con el apoyo a la eliminación progresiva del uso de los COP, el respaldo a la investigación y a la aplicación de métodos alternativos de control de plagas sin el uso de plaguicidas en la lucha antivectorial, así como la eliminación segura de las reservas de plaguicidas y en particular del DDT. En esta misma línea de acción se incluye la eliminación progresiva de los COP y se considera que la OPS debe seguir promoviendo las actividades regionales llevadas a cabo por la OMS, el Fórum y el Programa Interinstitucional de Gestión Racional de los Productos Químicos (IOMC).

A través de la colaboración entre los países ha de mantenerse a los Cuerpos Directivos informados de los progresos de la aplicación de la resolución WHA50.13 de la OMS. Asimismo, deberán movilizar recursos de acuerdo con lo establecido en la Agenda 21.

Durante el bienio 1998-1999, la OPS ha invertido en actividades relacionadas con estos temas aproximadamente \$60.000 procedentes de fondos regulares y ha movilizado unos \$3.000.000 de fondos extrapresupuestarios. En el próximo bienio se invertirán unos \$95.000 de fondos regulares y se espera movilizar \$4.000.000 de fondos extrapresupuestarios.

El Delegado de PUERTO RICO dice que el programa de COP ha sido considerado seriamente en su país por las repercusiones de estas sustancias en la salud de los seres humanos. Por ello, en Puerto Rico se han aprobado leyes y reglamentos estatales y federales sobre los plaguicidas que obligan a superar cursos de capacitación ofrecidos por el Servicio de Extensión Agrícola antes de obtener una certificación para aplicar plaguicidas de uso restringido. La ley federal también ha designado la implantación de la Agencia de Protección Ambiental en el Departamento de Agricultura de Puerto Rico.

Además, el Departamento de Agricultura Estatal estableció un programa de educación y divulgación agrícola con el servicio de extensión agrícola del Colegio de Ciencias Agrícolas de la Universidad de Puerto Rico del Recinto de Mayagüez. El Servicio de Extensión Agrícola asume la responsabilidad de la fase educativa sobre el uso y manejo de los plaguicidas, diseñando guías para usuarios comerciales de plaguicidas de uso restringido. El Secretario de Agricultura designa mediante una orden administrativa todos los plaguicidas de uso restringido que se usan en Puerto Rico. Todo negocio que se dedica a la venta de plaguicidas de uso restringido ha de tener un registro de sus ventas y no podrá venderlos a persona y entidad que no esté debidamente certificada por el Laboratorio Agroecológico del Departamento de Agricultura. Este laboratorio tiene personal técnico para orientar a los agricultores y empleados agrícolas.

Como parte del esfuerzo intersectorial, la Secretaría Auxiliar para Salud Ambiental del Departamento de Salud, amparada en la ley 132 del 28 de junio de 1966, regula la aplicación de plaguicidas con fines pecuniarios. Esta entidad otorga una licencia

a la persona o entidad que se dedica a aplicar plaguicidas, siempre que cumpla con los requisitos establecidos. La venta y el uso de DDT, aldrin y otros hidrocarburos están prohibidos en Puerto Rico y también está regulado el uso de estas sustancias por menores de edad.

O Delegado do BRASIL diz que o Brasil manifesta a sua aprovação à resolução relativa ao fomento da segurança química com especial atenção aos contaminantes orgânicos persistentes. No passado o Brasil utilizou o DDT para o controle da malária e o BHC para controlar a doença de Chagas. A substituição do BHC pelos inseticidas peretróides ocorreu no início da década de 80 e desde então o Brasil não mais utiliza o BHC nos programas de saúde pública. A partir de 94 o Ministério da Saúde iniciou a substituição do DDT nos programas de controle de vetores. Em 97 foi iniciado o processo de recolhimento e incineração do DDT que já havia sido distribuído para os estados e municípios brasileiros e, no ano passado, foi criado, dentro do Centro Nacional de Epidemiologia, um setor de vigilância ambiental que tem como uma de suas atribuições a vigilância dos contaminantes químicos ambientais para detectar precocemente as situações de risco à saúde humana.

The Delegate of CANADA expressed his country's concern about the health effects of persistent organic pollutants (POPs) and their presence in the global ecosystem. In order to protect health, concern must be converted to action. Currently,

Canada did not use any of the nine POP pesticides to be cited in a global agreement on POPs and was pressing for their worldwide elimination.

Canada had recently worked with Member States in the Caribbean to identify stockpiles of several POPs so that the chemicals could be stored safely until they were properly destroyed. Canada supported international conventions calling for the safe transport and destruction of chemicals that are no longer needed, as well as prior informed consent for importation of regulated chemicals.

The Intergovernmental Forum on Chemical Safety (IFCS), chaired by a Canadian, had contributed significantly to the understanding of the dangers of POPs, especially to the developing child. IFCS had led the call for global action on POPs.

DDT posed a special problem globally and in the Americas. While its use to control the mosquito vectors of malaria had saved millions of lives around the world, it had also resulted in contamination and ill health. Canada supported the phased elimination of DDT, as advocated by WHO, and applauded Mexico's successful efforts to reduce its reliance on DDT while protecting public health through integrated pest management, other public health measures, and alternative pesticides.

Canada fully supported the proposed resolution but wished to suggest an addition to the work it outlined, namely, regional cooperation to gather information on current levels of POPs in human blood in order to identify the populations at greatest risk in the Americas.

Health Canada and its environmental health program would like to assist PAHO and other countries in the regional effort to control the use of POPs. To be successful, such efforts required the Member States to work in partnership to share knowledge and build capacity.

El Delegado de CHILE dice que en su país los plaguicidas organoclorados y el DDT fueron restringidos a partir de 1985, y desde 1998 se prohibió el lindano para uso agrícola. Lo más interesante ha sido la creación de una red nacional de vigilancia epidemiológica de plaguicidas desde 1993. Esta red, a cargo del Ministerio de Salud, incluye a todos los servicios de salud del país y se coordina por el Instituto de Salud Pública. La red contempla los efectos agudos de los plaguicidas por causa laboral, accidental, suicidios y homicidios, y ha abierto espacios para la discusión.

Al respecto, quisiera plantear tres ideas: la primera la necesidad de formar toxicólogos en todos los países, porque su disponibilidad es todavía bastante escasa. La segunda, que hay que apoyar los programas de formación de posgrado en gestión de salud ambiental desde una visión integral como la desarrollada con la OPS, el Instituto de Salud Pública y las universidades chilenas, a fin de no formar solo en el área de toxicología sino también en gestión ambiental y salud ambiental en su globalidad. Y la tercera, que hay que pedir el apoyo que en algún momento se prestó a la red de laboratorios de ambiente, a fin de desarrollar capacidad de certificación de productos de consumo nacional y de productos de exportación.

El Delegado de EL SALVADOR afirma que, a nivel nacional, El Salvador ha hecho importantes avances en la definición de un marco legislativo para el manejo de los compuestos orgánicos persistentes. Se han definido mecanismos de disposición final que, desgraciadamente, no están disponibles a nivel nacional o subregional. Ello, lógicamente, lleva a plantear la necesidad de articular esfuerzos entre los países que buscan eliminar esos compuestos y aquellos que poseen los medios para la tarea, sin olvidar a los otros países que están en la ruta del transporte.

De ahí que El Salvador aplauda la idea de incorporar el tema a la sesión , a fin de lograr planteamientos globales que permitan eliminar de forma definitiva esos compuestos orgánicos persistentes. De igual importancia resulta la necesidad de profundizar en la investigación de alternativas seguras o de métodos alternativos de salud pública, para sustituir el uso obligado de esos compuestos. En este sentido, El Salvador reitera su apoyo y la petición de profundizar en ese tipo de investigaciones.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that his Delegation welcomed PAHO's involvement in the effort to eliminate the dangers of persistent organic pollutants and joined the other delegations that had spoken in supporting the proposed resolution. The collaborative activities outlined in the document seemed somewhat ambitious, but PAHO had never shrunk from ambitious agendas. Several of the proposed activities could potentially serve as models for the rest of the world in addressing POPs regionally and nationally. However, it would be important to clarify

some of the terminology used in the document, particularly that related to collaboration in the use of pesticides and POPs. Not all pesticides were persistent organic pollutants and vice-versa, and in some of the listed proposals it was not clear whether the Secretariat intended to target all pesticides or just pesticides that were persistent organic pollutants, such as DDT.

With regard to DDT, a balance must be found between two very important public health objectives: controlling exposure and controlling disease. While it was important to minimize environmental releases of DDT and use it only when necessary to address public health threats, it must also be recognized that DDT continued to be a critical tool in the fight against malaria for many countries. Moreover, it was clear that effective and economically viable alternatives to DDT did not exist for those countries.

The lessons learned should be shared with other countries in the Region and in the larger global context as countries determined how best to ensure a balanced approach to human health and the environment. The United States encouraged the Organization to think more broadly about its role in addressing POPs-related human health risks. For example, PAHO had an important role to play in providing reliable data on exposure to releases of other POPs such as PCBs and dioxins.

La Delegada de URUGUAY dice que le complace que la Organización se ocupe de este tema, porque su país, que puede enorgullecerse en materia de vacunación, tiene muchas cosas todavía por vencer en este tema.

En Uruguay, desde 1968, se prohibió el uso de DDT y de otros plaguicidas organoclorados para el tratamiento de granos y de praderas pero, a pesar de ello, estudios realizados en 1975 y 1985 confirmaron la presencia de DDE, DDT, Beta HCH, HCB y dieldrín. Aún se permite el registro y la comercialización del hormiguicida Mirex por las autoridades del Ministerio de Ganadería y Agricultura, por lo que se ha sugerido a esas autoridades la urgencia de estudiar y analizar la cuestión. Una encuesta hecha en 1999 con la FAO sobre plaguicidas obsoletos en el país reveló la existencia de más de 8.000 kilos de plaguicidas Gabexane, o sea el hexaclorociclohexano. Si bien el Gabexane no se encuentra en la primera lista de los subproductos COP, actualmente el PNUMA y el Foro Internacional de Seguridad Química están estudiando su inclusión.

Uruguay no solo apoya la resolución, sino que solicita la cooperación técnica de la OPS para eliminar definitivamente esa situación en plazo breve. Solicita también cooperación internacional para poder realizar estudios epidemiológicos y, dado que los trabajos nacionales disponibles datan del decenio de 1980, se hace imprescindible la actualización de los datos.

El Delegado de COLOMBIA manifiesta que, desde 1998, cuando se realizó en Cartagena un taller sobre sensibilización a los contaminantes orgánicos, Colombia, en un trabajo interinstitucional de los ministerios de salud, medio ambiente y agricultura, ha tomado la determinación de prohibir 8 de las 11 substancias, pero queda todavía una cantidad muy significativa de DDT almacenada. Por ello, propone a la OPS y a algunos

países amigos que se programe la destrucción de un porcentaje cada año, para que esa sustancia desaparezca del suelo colombiano.

El representante de la ASOCIACIÓN INTERAMERICANA de INGENIERÍA SANITARIA y AMBIENTAL (AIDIS), apoya la recomendación del Comité Ejecutivo sobre los contaminantes orgánicos persistentes y expresa su disposición de apoyar a la OPS en el sistema de información REPAMAR, con sede en el CEPIS en Perú, con informaciones técnicas y científicas sobre los compuestos orgánicos persistentes, en especial difundiendo esas informaciones en los 32 países en que actúa. Además, la AIDIS encomendará a su división internacional de legislación, reglamentación y normas (DINOSA) que recopile la información disponible en el Hemisferio sobre normas de calidad de agua potable, normas de calidad para cuerpos de agua y medidas de protección para los aplicadores de plaguicidas.

El Dr. GALVÃO (OPS) agradece las sugerencias recibidas y quisiera aclarar cierta confusión entre plaguicidas y DDT. Muchas veces el trabajo para eliminar los COP ha llevado a otras acciones relacionadas con plaguicidas que no forman parte del grupo de los COP.

En cuanto a los residuos de DDT, se está trabajando integradamente con la FAO para establecer un soporte interagencial, tal vez con la ayuda de otros países o de otros fondos, a fin de buscar soluciones para los residuos, que son un problema común de varios países. Sobre la parte de laboratorio, se está avanzando, con la colaboración de

Canadá, específicamente en el mejoramiento y la certificación de laboratorios en la Región. A principios de año se certificará el laboratorio del CEPIS, y hay que agradecer al respecto el apoyo recibido desde Canadá.

The PRESIDENT informed the Council that the proposed resolution on the item would be recirculated after the Rapporteur had incorporated the modification suggested by Canada.

Se levanta la reunión a las 5.35 p.m.
The meeting rose at 5:35 p.m.