



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION



**42nd DIRECTING COUNCIL**  
**52nd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE**

Washington, D.C., 25-29 September 2000

---

CD42/SR/6  
27 September 2000  
ORIGINAL: ENGLISH–FRENCH–  
PORTUGUESE–SPANISH

**PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SIXTH MEETING**  
**ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA REUNIÓN**

Wednesday, 27 September 2000, at 2:30 p.m.  
Miércoles, 27 de septiembre de 2000, a las 2.30 p.m.

*President:*

*Presidenta:*

Hon. Clarice Modeste-Curwen

Grenada

*Contents*  
*Contenido*

Preparations for the Third Summit of the Americas  
Preparativos para la Tercera Cumbre de las Américas

*Item 4.3: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas (cont.)*

*Punto 4.3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (cont.)*

*(continued overleaf)*  
*(continúa al dorso)*

Note: This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify the Conference Documents Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Chief, Conference Services, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 2000. The final text will be published in the *Proceedings* of the Council.

Nota: Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias,

CD42/SR/6

Page 2

Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N. W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 2000. El texto definitivo se publicará en las *Actas* del Consejo.

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

*Item 4.4:* Vaccines and Immunization  
*Punto 4.4:* Vacunas e inmunización

*Item 7.1:* PAHO Award for Administration, 2000  
*Punto 7.1:* Premio OPS en Administración, 2000

*The meeting was called to order at 2:30 p.m.*

*Se abre la reunión a las 2.30 p.m.*

PREPARATIONS FOR THE THIRD SUMMIT OF THE AMERICAS  
PREPARATIVOS PARA LA TERCERA CUMBRE DE LAS AMÉRICAS

The PRESIDENT introduced Mr. Peter Boehm, Canadian Ambassador to the Organization of American States, and asked him to address the Meeting on the preparations for the Third Summit of the Americas in 2001.

Mr. BOEHM (Ambassador of Canada to the Organization of American States), reporting on the preparations for the Third Summit of the Americas, to be held in Quebec in April 2001, said that the forthcoming Summit would build on the work accomplished at the earlier Summits in Miami and Santiago, and particularly the commitments entered into by the countries participating in those Summits. The periodic meetings of the Presidents and Prime Ministers of the CARICOM countries had also been very helpful in terms of setting out and defining an agenda for the Summit.

Since the Miami Summit, the media had devoted most of their attention to the development of the free trade area of the Americas, but there had also been much activity in infrastructure areas such as energy and transport. Recently, the mayors of the Region had also been meeting to suggest activities that might take place at the municipal level, chiefly in the social policy sector, including health. In view of the amount of activity going on, it had become clear that there was a need to coordinate the work being done by institutions and

countries. Sometimes there were parallel agendas. The preparation, implementation and monitoring of summits mandates could not simply be left to countries, because governments came and went, but institutions continued to exist as institutions, and could take on many of the priorities and much of the technical assistance that might be required.

Canada believed that there should be a focus on realistic objectives. There was no need to deal with everything, but credibility was an issue, and Canada had attempted to engage civil society in a series of consultations leading up to the Summit at Quebec to look at democratization issues.

He reiterated Canada's invitation to all Member States that had participated in the earlier Summits and hoped they would be able to attend the forthcoming one. Canada was aware that institutions and participating countries had limited resources, and had therefore looked for multisectoral partnerships and set up a streamlined, realistic plan of action, recognizing and reinforcing linkages in order to have action areas that involved democracy, prosperity, and trade. But there could be no prosperity without education and health and no political stability and democratic consolidation without human security and the development it involved. The challenge was to ensure consistency and coordination and to ensure that action was not compartmentalized by country, sector or institution. Obviously, in terms of social policy or structural and technological issues, PAHO had an important role that could be developed.

“Connectivity” was a term that his country would like to promote at the Summit. It meant networking, and elaborating capacities and technologies in the Americas to strengthen governments, democracy, accountability, access, and transparency, and to increase prosperity. Much of that was already taking place between Ministries of Health in the Hemisphere. However, much more could be done. The question was how it could be done better.

ITEM 4.3: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN THE AMERICAS (*continued*)

PUNTO 4.3: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMÉRICAS (*continuación*)

The Delegate of TRINIDAD AND TOBAGO thanked PAHO for its efforts in assisting Member States to curb the spread of HIV/AIDS and to respond to the increased demands for care. The proposal to set up a Regional Revolving Fund to make anti-retroviral drugs more readily available in order to increase the quality of life of persons with HIV/AIDS would positively impact to reduce the health inequities of the Region. Her Delegation supported the resolution contained in Document CD42/7.

Trinidad and Tobago believed that collaboration and partnerships were essential in combating the menace of HIV/AIDS and for that reason had included as a member of its Delegation the Coordinator of the Caribbean Regional Network of People Living with HIV/AIDS. She called on the Coordinator to continue her Delegation’s statement.

The Representative of the Caribbean Network of People Living with HIV/AIDS commended the Government of Trinidad and Tobago for its foresight in including persons with HIV/AIDS in the national struggle to control the pandemic. She also thanked PAHO for its assistance in establishing the Caribbean Regional Network. The Network, together with PAHO and other agencies, had made significant progress in the Region, particularly in the areas of policy making, developing relevant programs, and changing attitudes to the issue. The 10th Conference, to be held in 2001 in Trinidad and Tobago, was timely and would share lessons learnt and, seek to bring together the infected and affected communities, businesses, and religious groups in a multisectoral approach to the pandemic. It would also seek to foster strategic alliances and raise the awareness of people living with HIV/AIDS with regard to their needs and rights. The support of PAHO and the Member States was critical to the success of the Conference, and she hoped it would receive that support.

The Delegate of the BAHAMAS said that Dr. Zacharias's presentation had highlighted the escalation of the problem of HIV/AIDS in the Region and in the Caribbean in particular. In highly matriarchal societies such as the Bahamas, women were not only at the center of home life, but were often the sole economic providers. AIDS had become the commonest cause of death among women aged 24–30 years, thus exacerbating the socioeconomic effects of the disease.

Although the first documented cases of AIDS in the Bahamas had been found among active homosexuals, it was at present prevalent throughout the population, those at highest risk being women and infants. Reports showed that 35% of all current cases were women.

The Government of the Bahamas had recognized the threat of the disease at a very early stage and had instituted various measures such as setting up the National Standing Committee on HIV/AIDS and establishing an outpatient clinic in 1985. Since 1986, 10% of all hospital beds had been redesigned and assigned to HIV/AIDS-infected persons. An AIDS Secretariat had been set up in 1988. By 1990, zero-prevalence studies were being carried out in prisons, public STI clinics, among crack cocaine users, and, with voluntary consent, among antenatal patients at government clinics. The first AZT intervention program designed to reduce mother-to-child transmission had been funded in 1995, and the results had been very encouraging. Vertical transmission studies were being carried out in coordination with the Hospital for Sick Children in Toronto, Canada, and the Bahamas was currently the site for studies by the National Institutes of Health and the Abbott Drug Company. A number of other projects, such as youth education on risky lifestyles, were under way. All of that experience meant that the Bahamas had developed a considerable body of expertise in clinical treatment to reduce vertical transmission, in contact-tracing, and in HIV counseling. Successes in those areas had been noted and had resulted in a decline in the number of new cases of AIDS.

The Government of the Bahamas was deeply committed to the program and wished to emphasize the success of its care-based services. It supported the resolution in Document CD42/7, with the amendments proposed by Brazil and Argentina, while recognizing that the cost of large-scale use of anti-retroviral therapies might be prohibitive. The Bahamas also supported the establishment of a revolving fund for drug purchases, while recognizing that the fund would involve more than just securing lower prices.

Le Délégué de la FRANCE salue les progrès importants enregistrés dans la réflexion sur l'amélioration des systèmes de surveillance, de prévention et de l'accès aux soins ainsi que de la qualité de la prise en charge de patients en fonction de leur environnement.

La France a soutenu et continuera à soutenir la lutte contre le VIH/SIDA/IST dans la Région à travers diverses initiatives à caractère bilatéral, notamment en Haïti, dans les pays de l'OICS, au Brésil et au niveau régional dans les pays du Cône Sud. Un assistant technique français travaille sur ce thème au sein même de l'équipe de l'OPS au CAREC à Trinidad depuis 1995. L'appui de la France dans la Région des Amériques a porté sur des domaines aussi variés que la sécurité transfusionnelle, l'information/education/ communication, la formation du personnel médical et paramédical, la réduction de la transmission materno-foetale du VIH, l'équipement de laboratoires et leur maintenance, les systèmes d'information et de surveillance épidémiologiques, l'appui à la réforme des systèmes de santé, la bioéthique, etc.

La France est particulièrement attentive à la question de l'accès aux soins, y compris aux médicaments qui ont fait leurs preuves. Elle accueille donc les propositions relatives à la mise en place d'un fonds de roulement destiné à faciliter la mise à disposition des médicaments. Par ailleurs, une discussion a été engagée avec l'OMS sur l'organisation par la France, en 2001, d'une conférence internationale sur l'accès aux traitements pour les patients affectés par le VIH.

Une évaluation de la contribution française à la lutte contre le SIDA au cours des dix dernières années dans le monde est en cours et une évaluation plus spécifique des efforts de la France dans la région des Caraïbes est prévue au cours du dernier trimestre 2000. Sur la base de ces évaluations, la France se prononcera sur les modalités de son implication dans les années à venir. Un appui continu pourrait être apporté au renforcement de la sécurité transfusionnelle en collaboration étroite avec l'OPS et un appui particulier pourrait être prêté à l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes et à la réduction des risques de transmission du VIH chez ces populations, notamment au Brésil.

El Delegado de CHILE dice que su país considera la lucha contra la infección por el VIH/SIDA y, en particular, los esfuerzos en el ámbito de la salud sexual como una prioridad sanitaria, en concordancia con el proyecto de resolución sometido a la consideración del 42.º Consejo Directivo. El sector de la salud tiene una amplia experiencia de colaboración con otros sectores del Estado y de la sociedad civil en los ámbitos de prevención y atención. Se

ha asignado un papel muy importante a las organizaciones representativas de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA, las cuales están participando activamente en el grupo temático del ONUSIDA en Chile, que a su vez está llevando a cabo proyectos que permitan mejorar la capacidad del sistema sanitario nacional para responder a este problema, así como fortalecer la capacidad de las personas afectadas.

El acceso a la atención oportuna y de buena calidad ha sido también una prioridad en Chile, que incluso forma parte —junto con Uganda, Côte d'Ivoire y Viet Nam— de un proyecto piloto colaborativo con el ONUSIDA sobre cómo mejorar el acceso a la asistencia de las personas con infección por el VIH/SIDA, el cual se evaluó recientemente en Durban (Sudáfrica). Este proyecto, que puede ser de interés para la Región, tiene dos componentes esenciales: por una parte, el mayor acceso al tratamiento mediante la disminución de precios negociada con las empresas farmacéuticas y la realización de compras por intermedio del PNUD, a fin de aminorar los costos de importación. Por otra parte, el fortalecimiento de la capacidad de las personas aquejadas de la enfermedad, con objeto de mejorar el tratamiento y prevenir la transmisión por medio de estrategias como el apoyo y capacitación de los equipos de salud y la facilitación del trabajo entre pares. Otro aspecto central ha sido la defensa de los derechos de estos pacientes y la lucha contra su discriminación. Actualmente, el parlamento chileno examina un proyecto de ley sobre el SIDA y los derechos de las

personas, tema que forma parte de la ley de derechos, deberes y garantías de las personas en materia de salud.

Por otra parte, para Chile la cooperación internacional es muy importante como medio de compartir y aprender experiencias positivas en las esferas de la prevención, el tratamiento y la vigilancia epidemiológica; por tal motivo, desde 1996 participa en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. Por lo tanto, la delegación de Chile manifiesta su adhesión a la sugerencia de la delegación de Argentina en el sentido de que el Director debería promover iniciativas con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y apoyar los esfuerzos para elaborar estudios y propuestas tendentes a mejorar las respuestas nacionales frente a la infección por el VIH/SIDA. El orador añade que, para avanzar en el ámbito de la atención, le parece también fundamental apoyar el papel activo de la OPS y el ONUSIDA en las iniciativas para aumentar el acceso a medicamentos y suministros de las personas aquejadas por la infección. Finalmente, manifiesta que su delegación respalda el proyecto de resolución sobre el tema que se ha sometido a la consideración del Consejo, con las modificaciones propuestas por las delegaciones de Brasil y de Argentina.

La déléguée d'HAÏTI se référant à l'exposé du Professeur Zacharías en ce qui concerne la volonté politique et la disponibilité des ressources dans la lutte contre le SIDA, informe les Membres du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de la ferme volonté politique du Gouvernement

haïtien manifestée à maintes reprises par les prises de position publiques du Président de République, du Premier Ministre, de l'épouse du Président et de personnalités politiques et de la société civile du pays en faveur de la lutte contre ce fléau.

Elle désire apporter au document CD42/7 relatif au syndrome d'immunodéficience acquise dans les Amériques certaines précisions au niveau des chiffres fournis concernant la situation de l'épidémie du VIH/ SIDA en Haïti.

Au paragraphe traitant de la situation du SIDA aux Caraïbes, il est mentionné que certaines études révèlent qu'en 1996, 13% des femmes enceintes étaient séropositives. Il faut préciser que le chiffre de 13% n'avait été retrouvé que dans un seul des 9 sites du pays où s'était déroulée l'enquête de séroprévalence; chez les femmes enceintes, la moyenne en était de 7. Elle prie donc instamment l'auteur du rapport, d'introduire les corrections appropriées. Elle souligne que bien qu'Haïti soit un pays à forte prévalence de VIH, il faut être précis. Une nouvelle enquête de séroprévalence réalisée au niveau des mêmes sites en 1999 fait état de taux de prévalence de moins de 5%. Cette information est en train d'être validée et elle sera transmise au service concerné de la PAHO.

Au nombre des activités entreprises en Haïti, le Ministère de la santé publique et de la population, en collaboration avec ses partenaires, a mis sur pied une vaste campagne de sensibilisation, ciblant les jeunes particulièrement. Cette activité, appelée Caravane des

Artistes et des Jeunes contre le SIDA, est innovatrice et est un excellent moyen de faire passer les messages de prévention.

La vaccination anti-VIH va bientôt débiter au Centre Guesquieux, centre de recherche et d'excellence établi dans le pays depuis plus de 20 ans. La mise en place étant déjà faite, les essais vaccinaux commenceront dès le mois prochain.

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant est une activité de prévention qui ne peut être négligée et des efforts sont déployés pour rendre disponible l'AZT pour les femmes enceintes séropositives, non seulement au niveau des institutions ciblées par le projet en cours d'exécution, mais encore dans d'autres institutions partenaires. Actuellement, il n'existe que quatre centres de traitements, bien peu devant l'immensité de la tâche. En outre, le 2<sup>e</sup> plan stratégique nationale de lutte contre le VIH/SIDA pour les 5 prochaines années est en cours d'élaboration. Il sera conforme aux plans stratégiques caraïbéens. Ces activités, et d'autres, ne seraient pas possibles sans des partenaires engagés, tant nationaux qu'internationaux notamment la Banque mondiale, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OPS/OMS et un pays ami, la France.

La Délégué félicite l'OPS/OMS pour le projet de résolution CE126.R5 qui répond à ses attentes et elle suggère au Directeur d'approuver les amendements proposés par le Délégué du Brésil. Elle souhaite que les peuples les plus démunis du continent puissent avoir accès au fonds de roulement non seulement pour l'acquisition de produits médicamenteux et

des réactifs, mais également pour l'achat des substituts de lait maternel. Elle met fin à son exposé en disant que "Haiti is no longer part of the problem, Haiti is part of the solution."

The Delegate of BELIZE said his country had not escaped the HIV/AIDS epidemic and was experiencing a situation similar to that of the other Caribbean and Central American countries. There had been a consistent upward trend in the number of HIV/AIDS cases since the first in 1986, with a current cumulative total of 333 AIDS and 1,087 HIV positive cases, mostly in the 15–44 age range, and mostly through sexual contact.

The Government of Belize had demonstrated political will, responding to the Ministry of Health by setting up a National Aids Commission, including the Ministries of Health, Human Development, Education, and Social Services, the private sector and NGOs. A national strategic plan and a national sectoral plan had been developed and there had been continued efforts to improve the HIV/AIDS surveillance plan.

With very scant resources, Belize had nonetheless developed a strategy for health education, improved treatment and diagnosis, and instituted 100% screening of blood donors. A large-scale project to prevent mother-to-child transmission had recently been set up with the help of the Ministry of Health of the Bahamas and UNAIDS. As a result, it was expected that 40%–45% of newborns would be protected from infection. His Delegation supported the resolution before the Council and thanked PAHO and the Caribbean countries, including Cuba, Trinidad, and Guyana, for their support.

The Delegate of JAMAICA reported that since the first case in 1982, there had been a total of 6,434 cases of AIDS, amounting to 178 per 100,000 of the population. The distribution had been 61.6% males and 38.4% females, with the female fatality rate so far being 61%. The main mode of transmission had been heterosexual contact. The HIV rates continued to rise since 1998 and, as in most other countries in the Region, the rate of increase was higher in women than in men.

Nevertheless, the problem was beginning to be successfully addressed. Jamaica had a well-structured, comprehensive national program with an institutional planning framework and trained staff. Blood quality control was in place and blood transfusion now posed a negligible threat. Safe sex was a widespread practice, reducing HIV as well as syphilis risk. There was considerable public awareness and information among the population on HIV/AIDS issues, and it was well understood that the epidemic represented a development as well as a health problem.

The establishment of a joint UN/PAHO/WHO team had led to the elaboration of an integrated plan of action to support the national control program. In that connection Jamaica wished to offer special thanks to Dr. Wint of CARICOM and to the Government of Barbados for their help and support.

The lessons Jamaica had learnt so far were that the epidemic could not be controlled on the basis of a purely biomedical control model and that community involvement was the

most appropriate and cost-effective approach. Behavioral change had been shown to work best in target groups, but it was a slow process that could only work in a supportive environment. Therefore, prevention, care, and support efforts should be given equal importance. As with any other disease, persons treated with compassion had better survival rates. They sought medical attention earlier and responded better to treatment.

In the area of reduction of mother-to-child transmission, interventions were feasible but only where good antenatal coverage was available. There was also a need to standardize treatment procedures and protocols, and to work out legal frameworks and institutional procedures for persons living with AIDS, their families, and their orphans.

Several Delegations had expressed reservations about the feasibility of large-scale anti-retroviral therapies on the grounds of cost. There were also problems connected with discrimination, confidentiality, and compassionate health care. In addition, it was important to increasingly target those populations most at risk: commercial sex workers, same sex partners, inner city inhabitants, and prisoners.

El Delegado de la REPÚBLICA DOMINICANA afirma que el problema del SIDA en el Caribe, fundamentalmente en la isla de Hispaniola, que comprende Haití y la República Dominicana, rebasa el ámbito de la salud y abarca los campos económico y político. Se calcula que alrededor del 2% de la población dominicana está infectada con el VIH. Como consecuencia, también ha aumentado el número de casos de tuberculosis, en especial con

farmacorresistencia múltiple, hasta el punto de que la principal causa de mortalidad materna en la República Dominicana es la tuberculosis como complicación de la infección por el VIH/SIDA. Huelga decir que esta situación tiene una repercusión social y sanitaria enorme. El problema reviste tal importancia, que el Gobierno dominicano acaba de formar una comisión para que analice la situación y formule políticas que ayuden a afrontarla eficazmente.

Señala el orador que su país acaba de concertar un préstamo con el Banco Mundial por más de 20 millones de dólares, tan solo para hacer frente al problema de la tuberculosis como complicación del SIDA. También se ha recibido ayuda de varios gobiernos de Europa, así como de Canadá, los Estados Unidos, entre otros. Si se considera que la República Dominicana tiene una población de alrededor de 8 millones de habitantes, el número de personas infectadas por el VIH debe rondar los 140.000; sencillamente, el país carece de los recursos económicos necesarios para brindarles tratamiento medicamentoso a todas ellas. Frente a esta situación, se está haciendo hincapié en una estrategia de intervención centrada en la movilización social, especialmente la enseñanza de medidas preventivas de la infección por el VIH/SIDA a los escolares en los niveles elemental y secundario. También se ha iniciado el tratamiento de las madres infectadas, por ahora en dos maternidades de la capital, que en conjunto tienen alrededor de 28 mil a 30 mil nacimientos al año. También se está trabajando con grupos que practican la prostitución alrededor de los centros turísticos, donde la tasa de prevalencia de la infección por el VIH/SIDA es más alta.

El orador destaca que la carga económica de la infección por el VIH/SIDA viene a sumarse a la cadena de problemas que agobian a los países en vías de desarrollo. A guisa de ejemplo, menciona que su país debe hacer frente al pago de los préstamos recibidos del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo y de otras instituciones, así como a la crisis provocada por los altos precios de los combustibles a nivel internacional. Por esta razón, felicita a la Organización Panamericana de la Salud por la prioridad que otorga al problema del SIDA, y reitera que en el Caribe, y especialmente en la Isla de Hispaniola, se necesita el apoyo de esta organización y de otras para poder afrontarlo. En este momento, la República Dominicana está haciendo todo lo posible para abordar este problema de salud pública y espera contribuir de ese modo a reducir la cadena de transmisión en el Caribe y en las Américas.

La representante del ONUSIDA dice que la respuesta al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe se está expandiendo e intensificando con los acontecimientos que se suceden en la Región. El ONUSIDA quiere destacar dos. El primero se refiere al Task Force del Caribe para VIH/SIDA, una iniciativa apoyada desde su comienzo por el ONUSIDA. El Task Force del Caribe ha ofrecido el marco estratégico regional para expandir la respuesta en el Caribe, en donde se registran las cifras de prevalencia de infección por VIH más altas del mundo después de las del África Subsahariana. En el año en curso, el Task Force ha presentado su plan en la Reunión del Caribbean Group for Cooperation in

Economic Development en el Banco Mundial, a la cual siguió otra reunión de donantes, celebrada en septiembre, patrocinada por el Primer Ministro de Barbados. En ella, los Gobiernos de los países del Caribe y los donantes ratificaron su compromiso con esa iniciativa y apelaron a la colaboración internacional como mecanismo de futura colaboración.

En segundo lugar, se debe mencionar el diseño de los planes integrados sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas a nivel de país. Hasta la fecha se han completado o se encuentran en su última fase 15 planes integrados en América Latina y el Caribe. Estos planes están sirviendo de modelo para otras regiones del mundo, al tiempo que reflejan la respuesta coordinada de las Naciones Unidas en apoyo a la respuesta nacional contra el VIH/SIDA, así como el compromiso del ONUSIDA de compartir los conocimientos acumulados y las acciones emprendidas en relación con la epidemia del VIH/SIDA en las Américas.

El ONUSIDA reconoce y aprecia el papel fundamental desempeñado por la Organización Panamericana de la Salud en este proceso a través del Programa Regional de SIDA y ETS. Además, desea poner de manifiesto la colaboración de todos los copatrocinadores (UNICEF, UNDP, UNFPA, UNDCP, UNESCO, OMS/OPS), las iniciativas innovadoras y la cooperación técnica horizontal, a través de las cuales los países de las Américas están promoviendo la cooperación entre países.

El ONUSIDA continuará colaborando con todos sus copatrocinadores, a fin de asegurar una respuesta internacional y nacional verdaderamente interagencial e intersectorial en la lucha contra el SIDA en las Américas.

La representante dice que la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual es una unión de profesionales que ha trabajado en la Región de las Américas durante los últimos 26 años. A lo largo de este período, la ULACETS ha recibido apoyo y ha colaborado de forma activa y permanente con la Organización Panamericana de la Salud.

Si bien coincide plenamente con el resumen elaborado por el representante del Comité Ejecutivo y con los Delegados de Argentina y Chile, que han hecho hincapié en lo que significa el problema de la transmisión a través del uso de sustancias intravenosas y en el grupo de cooperación horizontal, estima que con ello los esfuerzos se están dirigiendo exclusivamente a la lucha contra la infección por VIH. No obstante, es preciso resaltar que la infección por VIH es solamente una de las enfermedades de transmisión sexual y que existen más de treinta entidades que, aunque su impacto sea menor, tienen consecuencias deletéreas, como las del cáncer del cuello uterino, el cáncer de hígado, la hepatitis crónica o la infertilidad. Por citar otro ejemplo, a pesar de que se dispone de intervenciones costo-efectivas para eliminarla, en Uruguay la sífilis congénita causa más muertes de niños menores de un año que el SIDA. Por todo ello, solicita que en el proyecto de resolución se insista en

el control de las restantes enfermedades de transmisión sexual además del SIDA. No debe olvidarse que estudios realizados en los últimos 26 años en la Región han indicado reiteradamente que uno de los principales factores de riesgo de la infección por VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual es pertenecer a grupos socialmente marginados.

Para finalizar, invita a los delegados a participar en el próximo congreso de la ULACETS, que se celebrará en 2001 en la ciudad de México, y en el Congreso Mundial de Enfermedades de Transmisión Sexual, que tendrá lugar en 2003 en Uruguay.

Dr. ZACARÍAS (PAHO) thanked the Delegates for their comments and said they would be taken into account. He acknowledged the continued support of the governments and bilateral and multilateral agencies in the fight against HIV/AIDS in the Region.

In answer to a concern expressed on the role of insects in the transmission of HIV, he was able to state that research had proved by biological and epidemiological studies that transmission by insects does not occur.

With regard to the prohibitive cost of anti-retrovirals, work on the Revolving Fund was continuing. In addition, PAHO, UNAIDS, and WHO were exploring other means of cost reduction to increase treatment access.

The DIRECTOR said that the number and enthusiasm of the participants' contributions pointed to the importance of the topic and the merit of bringing it before the Directing Council every year.

He had been impressed by the variety of initiatives being taken, which demonstrated the high level of ingenuity of the countries of the Region in dealing with a problem that had at first seemed intractable. He was pleased to note that there seemed to be much less pessimism at present than there had been initially.

In discussion with UNAIDS on the importance of social communication, UNAIDS had agreed to provide funds for a post. That was yet another example of the close collaboration between the two organizations.

Argentina had talked of the need for horizontal cooperation. In fact, Dr. Zacarías had been active in supporting the work of the Horizontal Group on Technical Cooperation. The data provided by the Group on cost and availability of drugs was truly remarkable. It was against the spirit of cooperation for PAHO to duplicate the excellent work of another body. What PAHO could do would be to pass on information on where to find the information available.

The PRESIDENT, speaking as the Delegate of GRENADA, congratulated Dr. Zacarías and PAHO on their work. She also expressed her appreciation to the Director for having come to Grenada at her request to address the members of the Cabinet on the need for their involvement in the fight against AIDS. His remarks had been well received.

She urged all countries to continue to work together in combating AIDS, as their joint efforts could turn the course of the disease.

A RELATORA disse que a proposta de resolução relativa ao tema 4.3 (AIDS nas Américas) recebeu várias expressões de apoio mas também um grande número de propostas dos emendas, sendo que 8 foram apresentadas pela Argentina e 7 pelo Brasil. Todas estão circulando entre os delegados. Como existe muita similaridade entre as propostas dos dois países, a Relatora sugeriu a formação de um comitê de redação com a participação do Brasil e Argentina e de outros países que queiram contribuir. Sugeriu também que este comitê se reunisse com o Dr. Fernando Zacarias para consolidar essas emendas numa proposta única a ser submetida ao Conselho Diretor.

*The meeting was suspended at 3:45 p.m. and resumed at 4:15 p.m.*

*Se suspende la reunión a las 3.45 p.m. y se reanuda a las 4.15 p.m.*

ITEM 4.4: VACCINES AND IMMUNIZATION

PUNTO 4.4: VACUNAS E INMUNIZACIÓN

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que éste examinó el tema de vacunas e inmunización en su 126.<sup>a</sup> sesión, celebrada en junio pasado. El Comité encomió a la OPS por su liderazgo de muchos años en este campo y manifestó su apoyo a las actividades en curso descritas en el documento correspondiente. Se consideraron particularmente dignos de relieve la inclusión de la administración de suplemento de vitamina A en los programas de vacunación y los proyectos orientados hacia el desarrollo de vacuna y el control de la calidad de su producción. Se instó a la OPS a que fomentara mayor colaboración en la comunicación entre los investigadores dedicados al desarrollo de vacunas,

así como el intercambio entre los países de experiencias fructíferas en esta área. El Comité expresó inquietud ante la persistencia de grandes disparidades en las tasas de cobertura de vacunación entre los países y entre distintos grupos dentro de los países. En la ponencia sobre este tema se informó de que la OPS ha venido realizando evaluaciones de los programas nacionales de vacunación para identificar los obstáculos que se oponen a la cobertura universal. El Comité indicó que esas evaluaciones quizá ayuden a los países a negociar un mayor financiamiento de los organismos de cooperación para las actividades de inmunización. El Comité también indicó que en la versión revisada del documento se debería incluir un examen de la relación entre la reforma del sector de la salud y las tendencias de la vacunación, destacando las dificultades para mantener las tasas altas de cobertura a nivel de distrito en el marco de las actividades recientes vinculadas con la reforma. El Comité, en su resolución CE126.R4, recomendó al Consejo Directivo que aprobara una resolución instando a los Estados Miembros a adoptar las medidas necesarias para mantener la cobertura alta de vacunación, asegurar el financiamiento de sus programas nacionales de vacunación y realizar evaluaciones periódicas de esos programas. Con relación al sarampión, la resolución exhorta a los países a que hagan todo lo necesario para interrumpir la transmisión y a que inicien actividades encaminadas a la contención de todo material de laboratorio que pueda albergar el poliovirus salvaje, con miras a lograr la certificación definitiva de la erradicación a nivel mundial. Asimismo, se solicita al Director, entre otras cosas, que colabore con los Estados

Miembros en dichas actividades de contención y que ayude a los Estados Miembros a sacar el máximo provecho posible de la alianza mundial para vacunas e inmunización.

El Dr. DE QUADROS (OPS) dice que va a estructurar su presentación en ocho puntos. El primero de ellos se refiere a las coberturas de vacunación, que, aunque se mantienen alrededor del 80%, no deben hacer olvidar que en la Región nacen cada año entre tres y cuatro millones de niños que no son vacunados. Hace muchos años que en los países se miden las coberturas de vacunación a nivel de los municipios y distritos, lo que permite saber dónde se encuentran los niños que no se vacunan. Por ello, es importante concentrar los recursos y la provisión de los servicios de salud justamente en esos municipios, localizados sobre todo en la periferia de las grandes ciudades.

El segundo punto se refiere a la meta de erradicación del sarampión para el año 2000, y a este respecto el orador encomia a los Estados Miembros por los esfuerzos extraordinarios que están haciendo para alcanzarla. En 1999, en la Región se notificaron alrededor de 3.000 casos de sarampión, la mayoría de ellos en los primeros tres trimestres del año. A finales del año, varios países estaban a punto de interrumpir la transmisión. En año 2000 se han notificado hasta la fecha 851 casos, la cifra más baja registrada en toda la historia de las Américas, y la mitad de esos casos se detectaron en Haití y la República Dominicana. En Brasil, al igual que en Bolivia, el virus se transmite en muy pocas áreas, y es probable que en la mayoría de los estados se haya interrumpido la transmisión. Los casos

registrados en otros países —que representan el 22% de todos los notificados este año — son importados fundamentalmente de Europa y de Asia. Se puede concluir que si se concentran los esfuerzos en los cuatro países donde todavía se transmite el virus, se dispondrá de una excelente oportunidad para interrumpir la transmisión en el año en curso. En este sentido, es preciso destacar los esfuerzos extraordinarios que se están realizando en Haití y en la República Dominicana para vacunar a todos los niños menores de 15 años.

El tercer punto alude al mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en la Región. Después de la certificación de la erradicación en 1994, hubo un deterioro importante de algunos de los indicadores de vigilancia, y la tasa de parálisis flácida aguda, que es el indicador más importante, llegó a menos de 1 por 100.000 mil niños menores de 15 años. Aunque los indicadores mejoraron en 1999, todavía hay que mantener los esfuerzos, principalmente en los países más grandes de la Región, como Brasil y México. Otro aspecto que se debe resaltar en la erradicación de la poliomielitis es que la certificación global sólo será posible cuando pueda certificarse que el virus salvaje no se transmite en la población y que los virus se almacenan en laboratorios de alta bioseguridad o se destruyen. No hay que olvidar que el último caso de viruela en el mundo estuvo asociado con el almacenamiento indebido del virus en laboratorios. Por ello es sumamente importante para la Región que cada gobierno organice comisiones nacionales encargadas de hacer un inventario de aquellos

lugares donde se guarda el virus, como laboratorios, universidades, instituciones de investigación y laboratorios de salud pública.

El cuarto punto está relacionado con la que podría denominarse “epidemia escondida”, esto es los niños que padecen tétanos neonatal y fallecen sin recibir atención médica. En este campo, los países de América Latina han avanzado mucho en los últimos 10 o 15 años. En 1999 solo se notificaron 157 casos y en muy pocas áreas de la Región. En menos del 1% de los distritos de América Latina se detectan actualmente casos esporádicos de tétanos neonatal, y la eliminación de esta enfermedad debe considerarse un problema de salud pública. Retomando el punto relativo al sarampión, cabe añadir que actualmente sólo se detecta transmisión del virus en 53 municipios de América Latina.

El quinto punto lo constituye la posible reintroducción de la fiebre amarilla en áreas urbanas de América Latina. En la Región existen áreas enzoóticas bastante extensas y el *Aedes aegypti* también se encuentra en las mismas zonas en que se detectaba con anterioridad. Por este motivo es importante mantener la vacunación de rutina contra la fiebre amarilla en esas áreas de alto riesgo, vacunar a las personas que lleguen a ellas, y organizar campañas de vacunación para mantener a la población protegida. Brasil, por ejemplo, se ha marcado como meta vacunar a toda su población contra esa enfermedad, y es posible que en ese país se haya vacunado ya a más de un tercio de la población.

El sexto punto destaca la satisfacción de todos los gobiernos por la rapidez con que se han introducido en la Región dos vacunas importantes: la vacuna contra la hepatitis B y la vacuna contra el *Hemophilus influenzae* tipo B. La vacuna contra la hepatitis B es la primera de que se dispone contra el cáncer y Paraguay y Guyana, los dos países que aún no la han introducido, lo harán en el año 2000. En cuanto a la segunda vacuna, más del 75% de los niños de la América Latina y el Caribe viven en países que ya la han incorporado en sus calendarios habituales de vacunación. En Ecuador, Paraguay, Venezuela y Guyana se está planificando introducirla este año, utilizando la tecnología más avanzada y combinándola con la DPT y la vacuna contra la hepatitis B. Esta combinación facilita la logística y reduce los costos, por cuanto permite inmunizar a los niños contra esas cinco enfermedades solamente con tres inyecciones en lugar de nueve.

Por último, ha de hacerse hincapié en la necesidad de que en los programas de vacunación se disponga de vacunas de alta calidad —porque de lo contrario la población perderá la confianza en los servicios de salud—, y de que en los países que produzcan vacunas se mantengan las buenas prácticas de manufactura. Además, deberán llevarse a cabo estudios de viabilidad y factibilidad económica de la producción local de vacunas, máxime con la capacidad instalada de que hoy se dispone. Por ejemplo, actualmente escasean algunas vacunas, como la oral contra la poliomielitis, porque algunos de sus productores se han retirado del mercado. Sin embargo, algunos países, como México,

disponen de la capacidad instalada necesaria para producirla. Si se pudieran garantizar la viabilidad de su producción y las buenas prácticas de manufactura, México podría convertirse en un importante proveedor de la vacuna para la Región de las Américas y otras regiones del mundo. Por añadidura, deberán mantenerse las autoridades nacionales de control, así como los laboratorios de control de calidad dotados de las tecnologías más modernas, con objeto de asegurar la calidad de las vacunas y controlar otras enfermedades en el futuro.

El Delegado de MÉXICO felicita a la OPS por su labor en el área de las inmunizaciones, le agradece su evaluación reciente del programa de vacunación y manifiesta su total adhesión al proyecto de resolución pertinente, sobre todo, en lo referente a la interrupción de la transmisión del sarampión.

En México hacía cinco años que no se registraba un caso de sarampión, pero este año se han presentado 28 casos. Esto llevó al país a reforzar las acciones de vigilancia epidemiológica de los grupos de alto riesgo, con especial énfasis en el personal de salud. En la reciente semana nacional de salud se administraron 400.000 dosis de vacunas contra el sarampión y la rubéola a trabajadores sanitarios, en el marco de un programa para todo el sector de la salud. Prácticamente todos los casos registrados han correspondido a niños menores de un año de edad y a adolescentes mayores de 15 años de edad que no habían recibido una segunda dosis debido a la edad que tenían cuando se implantó el programa de la segunda dosis. Las barridas casa a casa han corroborado las altas coberturas de vacunación,

principalmente en menores de cinco años de edad. Pese a esto y con la esperanza de contribuir con la OPS y con todo el continente a eliminar la transmisión del sarampión en la región, el Gobierno mexicano ha decidido vacunar, durante la tercera semana nacional de salud el próximo mes de octubre, a todos los alumnos de bachillerato, a todos los trabajadores de la educación básica e intermedia y a todos los prestadores de servicios turísticos de los principales puntos turísticos del país, lo que supondrá administrar un poco más de 5 millones de vacunas.

The Delegate of CANADA acknowledged the work of Dr. de Quadros and his staff in helping to increase overall immunization coverage in the Americas. Canada's immunization coverage remained high, and great strides had been made in reducing measles outbreaks. Complete data for 1999 were not yet available, but it was known that all measles cases reported since 1998 were either direct importations or import-related cases occurring in unimmunized individuals in groups that opposed immunization on religious and philosophical grounds.

Canada had introduced a National Immunization Awareness Week in 1998 to raise public awareness of the importance of complete and timely immunizations for all children. The National Immunization Awareness Program, which had been adopted as a national strategy, was a multisectoral initiative whose goals included reaching national immunization targets by

promoting the benefits of immunization to all ages, reinforcing knowledge about immunization issues, and supporting the achievement of targeted national immunization coverage rates.

A Working Group for Laboratory Containment of Wild Poliovirus had been formed in March 2000 to help Canada to implement the WHO Global Action Plan to prevent reintroduction of wild polioviruses into the community from the laboratory. Canada was also making progress in the development and implementation of a pandemic Influenza Contingency Plan through the negotiation of multi-year vaccine contracts to secure annual and pandemic vaccine supplies for the country.

Through the Canadian International Development Agency (CIDA), Canada continued to support various PAHO immunization initiatives, including the laboratory and epidemiologic surveillance of pneumococcal disease, *Haemophilus influenzae*, and meningococcal disease, and to contribute both financially and technically to the Regional Plan for Measles Eradication. Canada supported the resolution before the Council.

O Delegado do BRASIL disse que seu país apóia o projeto de resolução e parabeniza a OPAS pelos êxitos já obtidos no controle de doenças evitáveis. Frisou, contudo, a necessidade de vigilância, detecção rápida e resposta adequada à permanente ameaça de reintrodução de doenças como poliomielite e sarampo. Acrescentou que os processos de descentralização ora em curso, se bem coordenados, podem facilitar um acesso mais equitativo a vacinas e a identificação de grupos sem acesso às mesmas,

segmentos suscetíveis, populações pobres e marginalizadas. Podem também promover soluções locais e envolver o conjunto da população.

Sobre doenças específicas, o Delegado reafirmou o compromisso de seu país com a manutenção dos índices de qualidade na vigilância epidemiológica de paralisias flácidas agudas. Em meados dos anos 90 o Brasil combateu a epidemia de dengue e em 1997 a de sarampo. O Ministério da Saúde está realizando diversas atividades especiais para conseguir manter a notificação de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos dentro de níveis desejados. Quanto ao sarampo, o Brasil tem mais de 13.000 casos suspeitos notificados para confirmação de pouco mais de 40. Isto atesta uma vigilância epidemiológica extremamente ativa que já detectou outras viroses eczemáticas que estão sendo objeto de investigação. Mas é preciso manter homogeneidade na cobertura vacinal e vigilância ativa, pois há sempre o risco de importação de vírus de outras regiões.

Em relação à febre amarela, o Brasil fez um grande esforço de vacinação para controlar um surto que se iniciou em seu território e em países que com ele compartilham a região amazônica. Só neste ano o país vacinou cerca de 18 milhões de pessoas e 40 milhões nos últimos 3 anos, abrangendo toda a região endêmica do país e regiões limítrofes à área endêmica.

Nesse enorme esforço de vacinação foram detectados dois eventos adversos graves relacionados à vacina contra a febre amarela e que estão sendo investigados pelo Ministério

da Saúde com a colaboração da OPAS. O relatório sobre esses casos está disponível no endereço eletrônico da Fundação Nacional de Saúde do Brasil e no da OPAS.

Ao finalizar, o Delegado apelou para que a OPAS continue a envidar esforços no sentido de garantir um acesso maior a vacinas de outras regiões e que esse acesso seja feito de forma sustentável para garantir a continuidade dos programas de vacinação.

El Delegado de BOLIVIA encomia la labor de la Organización Panamericana de la Salud en el campo de las vacunas e inmunización, y procede a puntualizar algunos aspectos del informe relativos a su país. Si bien el documento menciona que Bolivia fue el país más afectado por el sarampión en 1999, con 46% de los casos confirmados en la Región, felizmente la situación se ha superado, pues en lo que va del presente año únicamente se han notificado 37 casos, el último el 26 de febrero. Los datos sobre cobertura de vacunación son correctos; sin embargo, se observa una tendencia al estancamiento, lo que exige más atención. Por otra parte, el informe debería precisar que la cobertura de la vacuna antipoliomielítica y la DPT alcanza el 86%, la de la BCG el 91% y la de la antisarampionosa el 97%. Con respecto a la erradicación del sarampión, solo cabe añadir que Bolivia está desarrollando estrategias como el monitoreo de cobertura, la búsqueda activa y la vacunación casa por casa con supervisión estricta. En relación con la poliomielitis, el informe debería destacar la necesidad de reforzar la vigilancia a fin de detectar posibles importaciones, pues la

meta de erradicar el sarampión no debiera llevar a desatender el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis.

En Bolivia, el tétanos neonatal ya no es un problema de salud pública. En lo tocante a la rubéola, se ha incluido la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) en el calendario de vacunación; además, la vigilancia de la rubéola se ha integrado con la del sarampión, lo cual redundará en una mejoría de la sensibilidad del sistema de vigilancia. Sin embargo, aún no se ha logrado controlar el síndrome de rubéola congénita y por ello se tiene previsto para el año 2002 realizar una gran campaña de vacunación de mujeres en edad fértil. Finalmente, se ha elaborado un plan estratégico para el control de la fiebre amarilla, que prevé la vacunación total de los municipios con endemias en la primera etapa, y de los demás en la segunda. Asimismo se ha impulsado la vigilancia sindrómica en sitios centinela, lo cual ha propiciado una mayor notificación de casos, todos ellos investigados mediante laboratorio. Actualmente se cuenta con las vacunas y los recursos necesarios para el control de esta enfermedad.

El Delegado del PARAGUAY felicita al Dr. de Quadros por su informe, que pone de relieve el empeño de la Organización por apoyar los programas nacionales de inmunización. En el año 2000 el Programa Ampliado de Inmunización en Paraguay ha iniciado sus actividades, en concordancia con el diagnóstico realizado en una evaluación internacional, ajustándose a un plan anual, y con el necesario apoyo político y técnico para seguir

impulsando el compromiso asumido de erradicar el sarampión antes de que acabe el año, mantener la erradicación de la poliomielitis y controlar así también el tétanos neonatal.

El país ha dado prioridad igualmente a la inclusión de nuevas vacunas efectivas en función del costo, como las vacunas contra el *Haemophilus influenzae*, la hepatitis B y la triple viral. Se conformó un comité asesor de inmunizaciones, con la participación de sociedades científicas, universidades, la seguridad social y el sector privado, recomendándose este nuevo esquema de vacunación.

En cuanto a la erradicación del sarampión en el año 2000, Paraguay es el único país del Cono Sur que no ha notificado casos confirmados de sarampión desde hace aproximadamente 22 meses. La vigilancia del sarampión ha sido fortalecida durante el año 2000; los indicadores han mejorado fundamentalmente en el estudio de laboratorio de casos sospechosos, habiéndose estudiado hasta la fecha 569, todos con resultados negativos.

La calidad del resultado del laboratorio nacional será respaldado por el laboratorio de referencia (el de Santa Fe, Argentina), con una concordancia del 100%. Las coberturas alcanzadas contra el sarampión durante el año 1999 fueron de 72%. Como medida de intervención rápida se realizó una jornada nacional de vacunación con énfasis en el sarampión, dirigida a alcanzar la meta de erradicar esta enfermedad antes de diciembre de 2000, vacunándose a 128.000 menores de cinco años y lográndose un incremento importante en las

coberturas de niños de un año. Lo que se pretende es alcanzar la cobertura superior a 95% requerida para erradicar la enfermedad.

En Paraguay las coberturas con la vacuna de Savine han alcanzado un 80% en la última década. En el presente año se administraron vacunas indiscriminadamente a 500 mil niños menores de cinco años durante la jornada nacional de vacunación, alcanzándose en un 100% la meta fijada.

La vigilancia de las parálisis flácidas agudas ha mejorado en los últimos dos años. A partir de este año, la investigación y el seguimiento de los casos se realiza a nivel local con el apoyo de los niveles regionales y el acompañamiento de los responsables del plan a nivel central. Los casos de tétanos neonatal se han reducido en un 88% desde el inicio del plan de eliminación de esta enfermedad. De los 227 distritos, 162 se consideran de alto riesgo para el tétanos neonatal. El plan para estos distritos consiste en vacunar con dos dosis de toxoides tetánico y diftérico a todas las mujeres en edad fértil de las áreas con poca acceso a los servicios de salud.

El Delegado de GUATEMALA felicita a la OPS por la ayuda y el asesoramiento que presta a los países latinoamericanos, incluido el suyo. También señala que, en el tema de las inmunizaciones, Guatemala ha avanzado sustancialmente en estos últimos años. Por ejemplo, desde 1997 no ha habido casos de sarampión ni difteria. En años recientes se han intensificado todas las actividades de vacunación, merced al plan de extensión de la

cobertura. Ahora mismo se están ultimando los arreglos para incluir en el programa nacional de vacunación las vacunas triple viral y pentavalente.

The Delegate of GUYANA reported that vaccination levels in his country had remained well above 80% for the past 10 years. Despite the challenges involved in improving immunization coverage in geographically remote areas, Guyana hoped to increase coverage of DPT, OPV, and BCG antigens to 95% by the year 2005, in keeping with the goals of the Caribbean Community's Caribbean Cooperation in Health initiative. The country was also committed to the elimination of measles and rubella by the end of 2000. The number of suspected rubella cases had decreased in 1999 following a national vaccination campaign using the MMR vaccine, and no cases of measles had been reported since 1991 despite intense surveillance.

Surveillance was also being maintained for several other diseases that had not been recorded in Guyana for a number of years: polio (the last case of which had been seen in 1962), adult and neonatal tetanus, diphtheria, whooping cough, tuberculosis, and yellow fever. The country had implemented strategies in 1998 to prevent transmission of yellow fever, including a national vaccination campaign and incorporation of the antigen into the routine childhood immunization schedule. Likewise, vaccines against hepatitis B and Haemophilus influenzae type B, which Guyana would receive through the Global Alliance for Vaccines and

Immunization, would be added to the annual vaccination schedule. Guyana supported the proposed resolution.

La Delegada de COLOMBIA dice que, en su país, el programa ampliado de inmunizaciones es un programa estatal, universal y gratuito. El Ministerio de Salud adquiere y garantiza el suministro de vacunas en todo el territorio nacional.

El esquema de vacunación se ha ampliado con la introducción de nuevas vacunas como la vacuna contra el *H. influenzae* tipo B y la vacuna contra la hepatitis B. En el último año se normalizó la administración de la vacuna contra la fiebre amarilla dirigida a la población mayor de un año que habita en la zona de mayor riesgo.

Se ha mantenido el logro de erradicar la poliomielitis, pues no se ha registrado ningún caso desde 1991, y se está cumpliendo con la meta de erradicar el sarampión, pues en lo que va del presente año no se ha notificado ningún caso.

Se sigue trabajando en la intensificación del programa con la participación activa de todas las instituciones que prestan servicios de salud, tanto públicas como privadas, bajo el nuevo lema “Todos los días son días de vacunación”, pero se observa con preocupación que los logros alcanzados correrían peligro si la escasez de vacunas a nivel mundial no permitiera garantizar el suministro oportuno. Colombia apoya, pues, a la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, y celebra la designación de la OPS como miembro del grupo de trabajo encargado de abordar estos aspectos críticos de la inmunización. Agradece a la OPS sus

esfuerzos y colaboración con en esta materia y le pide que fortalezca los mecanismos existentes a través del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA commended PAHO and its Member States for setting the standard for the rest of the world in development and implementation of vaccination strategies for the elimination of measles. The United States would continue to support PAHO's efforts to achieve and sustain measles elimination through maintenance of high immunity levels and high-quality surveillance.

The quality of acute flaccid paralysis surveillance had obviously improved in 1999 and must be sustained in order for the Region to keep its certification of polio eradication. As with polio, the possibility of measles importation would continue after the disease was eliminated from the Region, since it would remain endemic in other parts of the world. PAHO and the Member States should advocate for stronger efforts to eliminate measles globally.

The United States would continue to support the evaluations of national immunization programs, in which it had actively participated with PAHO since 1999. It endorsed PAHO's and the Member States' efforts in a number of other areas, including monitoring and support for safe injection practices, plans for comprehensive inventories of laboratories that might contain wild poliovirus or other potentially infectious material and implementation of containment plans, introduction of MMR vaccine into routine immunization programs, and efforts to harmonize vaccine regulatory activities, especially in the area of vaccine quality

control. The United States was working with other Member States on research to improve standardization and control of biological products used in humans, and would also continue to provide technical assistance to the regional network of quality control laboratories and national vaccine control authorities. Lastly, PAHO was encouraged to continue to work closely with the Global Alliance on Vaccines and Immunizations to maximize the opportunities it was expected to bring.

El Delegado de la REPÚBLICA DOMINICANA dice que su país está revisando actualmente el Programa Ampliado de Inmunización con miras a ajustar la cobertura en relación con la mayoría de las enfermedades evitables por vacunas. Hace poco hubo que afrontar una escasez de vacuna antisarampionosa de tal grado, que fue necesario apelar al Gobierno de Haití para que prestara 100 mil dosis a fin de poder mantener el programa de vacunación. Se está colaborando muy estrechamente con la OPS en el control y erradicación del sarampión. Se cuenta con vacunadores distribuidos en las 29 provincias, con un sistema de vigilancia y acciones inmediatas cuando se presentan casos presuntos. De los dos últimos brotes de sarampión ocurridos en la República Dominicana, uno fue originado por un caso importado de América del Sur que se propagó a cinco provincias. Hace apenas dos semanas, en una provincia fronteriza con Haití, se ha producido un brote que todavía está en fase de confirmación.

Recientemente se recibió una donación de \$9 millones del Gobierno del Japón para introducir la vacuna pentavalente. Además, de un préstamo para la reforma sanitaria concedido por el Banco Mundial, el gobierno dominicano destinó \$3 millones para fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización. También se está introduciendo la vacuna MMR para los niños en edad escolar.

El orador pone de relieve que la República Dominicana está haciendo un esfuerzo extraordinario para fortalecer su programa de vacunación a fin de lograr un control aceptable, pero subraya que es muy preocupante la escasez de vacunas. Por ejemplo, aunque hace más de catorce años que no se notifican casos de poliomielitis, al inicio de este año hubo una escasez de la vacuna antipoliomielítica que se prolongó tres meses.

El Delegado de PUERTO RICO dice que su país ha alcanzado logros significativos en los diez últimos años, pues ha erradicado la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles, gracias en gran medida a la cooperación de muchos sectores e instituciones. En 1999, hubo 0 casos de tétanos, 1 de sarampión, 3 de rubéola y 0 de poliomielitis. En los últimos ocho años se han incorporado al calendario de vacunación las vacunas contra *Haemophilus influenzae* de tipo B, el virus de la hepatitis B y la varicela para los niños y adolescentes. En octubre se empezará a administrar la vacuna antineumocócica conjugada a los niños de alto riesgo, y en enero de 2001 se extenderá a todos los niños que la necesiten.

Señala, para concluir, que este año el Departamento de Salud de Puerto Rico fue galardonado por tercer año consecutivo, al haber alcanzado una de las coberturas más altas de todos los Estados y territorios de los Estados Unidos. Agradece la ayuda prestada por la OPS y los CDC para alcanzar esos logros.

El Dr. DE QUADROS (OPS) comparte las observaciones hechas por las delegaciones de Bolivia, Guyana y otros países a propósito de la rubéola. De los 33.000 casos sospechosos de sarampión en que se analizaron muestras de sangre en 1999, solamente 3.000 fueron sarampión, en tanto que 9.000 fueron de rubéola. La rubéola es pues un problema muy importante en las Américas.

Cuando se determinó que el problema del síndrome de rubéola congénita costaría al Caribe anglófono unos US\$ 60 millones en los próximos 10 años, se resolvió eliminar la rubéola del Caribe anglófono con un costo de solamente unos \$6 millones. Esto es muy importante porque el Caribe anglófono también ha aportado un modelo para erradicar el sarampión. Toda la Región debe observar pues detenidamente lo que está ocurriendo en esa zona en relación con la erradicación de la rubéola para, llegado el momento, hacer extensiva su experiencia al resto de América Latina. Chile ya empezó un programa similar y por lo visto Costa Rica también está planificando uno. Se debe pensar muy seriamente en estrategias para erradicar la rubéola.

La escasez de vacunas se debe a varias razones. Como es sabido, la industria de manufactura de vacunas es una de las más consolidadas del mundo. Hoy en día existen cuatro o cinco grandes productores de vacunas, o sea que si un productor tropieza con problemas, se puede perder un cuarto o hasta la mitad de la producción mundial de vacunas, como ocurrió el año pasado, por ejemplo, en relación con la vacuna SPR.

El segundo problema se relacionó con la vacuna contra la poliomielitis. Desafortunadamente, la OMS hizo una estimación muy por debajo de las necesidades. Al comprobarse que harían falta más de tres mil millones de dosis, no había capacidad instalada para producir esa cantidad.

Hay, pues, un problema de falta de capacidad instalada para atender a las necesidades mundiales. Por ejemplo, para el año 2000 las necesidades de América Latina son de alrededor de 110 millones de dosis, pero en el Fondo Rotatorio solo se han recibido propuestas de los productores de proporcionar 80 millones de dosis, lo que supone un déficit de unos 30 millones de dosis para 2001. Se piensa que la OPS podrá sortear este obstáculo y obtener las vacunas necesarias, aunque sea con algo de retraso. Otra posibilidad sería revisar algunos de programas. Por ejemplo, cabría determinar si los días nacionales de vacunación, que hoy se hacen hasta los cinco años podrían reducirse hasta los cuatro o los tres años, para ajustar la necesidad y el uso de la vacunas.

Puede que una tercera causa de la escasez estribe en la propia Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, debido al efecto que tuvo en muchos productores un mensaje inicial en el sentido de que habrían de vender más caras las vacunas. La Alianza Mundial sólo va a comprar dos vacunas: a las vacunas contra la hepatitis B y el *H. influenzae* tipo B, es decir, las más costosas. En 1999, algunos productores dejaron de liofilizar la vacuna contra la rubéola, el sarampión y la parotiditis, para liofilizar la vacuna contra el *Haemophilus*.

Por último, hay que dilucidar varios temas para aprovechar al máximo la oportunidad que brinda la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización. Como es sabido, esa Alianza es un grupo de las Naciones Unidas y de fundaciones, capitalizado con una donación de la Fundación Bill and Melinda Gates, cuyo propósito es facilitar el uso de vacunas en los países menos adelantados. En América Latina solo hay seis países que cumplen los requisitos para beneficiarse de la Alianza: Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. Por tanto, es preciso mantener el esquema que existía hace ya 15 quince años, a saber, el de los comités de colaboración y coordinación entre organismos, en cuyo marco los demás países puedan recabar el apoyo de los organismos competentes cuando las agencias nacionales no sean capaces de asumir solas el esfuerzo requerido.

The DIRECTOR emphasized the continuing importance of the topic of vaccines and immunization to the Organization.

A RELATORA declarou que não foram sugeridas alterações ao projeto de resolução referente ao tema 4.4, sobre vacinas e imunizações, e que foram observadas várias expressões de apoio.

***THE 42nd DIRECTING COUNCIL,***

Having considered the report of the Director on vaccines and immunization (Document CD42/8) and taking note of the progress being made by all countries in the control of vaccine-preventable diseases;

Taking into account that there is still a considerable number of children who are not receiving the benefits of immunization;

Cognizant of the fact that major efforts are needed to achieve the goal of measles eradication by the end of the year 2000; and

Considering that the sustainability of immunization programs and control/eradication of vaccine-preventable diseases require a permanent effort by the health sector at all levels,

**RESOLVES:**

1. To urge Member States to:
  - (a) maintain a high degree of priority in the financing of their national immunization programs, including the costs related to the introduction of new vaccines;
  - (b) target a 95% vaccination coverage for all antigens in every district of the country as the national goal;
  - (c) ensure that all measures necessary to interrupt the transmission of measles are put in place, including those related to mop-up operations and strengthening of surveillance and complete case investigation;
  - (d) initiate activities related to the containment of any laboratory material that may harbor specimens of wild poliovirus, to ensure that global certification of eradication is eventually accomplished;
  - (e) implement periodic multidisciplinary evaluations of their national immunization programs to identify any constraints that may hamper the equitable access to measures aimed at the control of vaccine-preventable diseases;
  - (f) ensure that all vaccines used in national immunization programs comply with national and international standards.
2. Request the Director to:
  - (a) collaborate with Member States in the containment of biological material that may harbor the wild poliovirus;
  - (b) support the networks of national control authorities and national control laboratories to ensure that vaccines of reliable quality are used in all countries;
  - (c) support the national program evaluations in coordination with other collaborating partners;
  - (d) assist the relevant Member States in benefiting maximally from the Global Alliance for Vaccines and Immunization.



***EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CD42/8) y teniendo en cuenta los adelantos que están logrando todos los países en el control de las enfermedades inmunoprevenibles;

Teniendo en cuenta que todavía hay un número considerable de niños que no están recibiendo los beneficios de la inmunización;

Enterado de que se necesitan importantes esfuerzos para alcanzar la meta de la erradicación del sarampión para fines de 2000, y

Considerando que la sostenibilidad de los programas de vacunación y de control o erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles requiere un esfuerzo permanente por parte del sector de la salud a todos los niveles,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que sigan otorgando una elevada prioridad al financiamiento de sus programas nacionales de vacunación, incluidos los costos relacionados con la introducción de vacunas nuevas;
  - b) a que establezcan como meta nacional una cobertura de vacunación de 95% para todos los antígenos en cada distrito del país;
  - c) a que procuren que se adopten todas las medidas necesarias para interrumpir la transmisión del sarampión, en especial las relativas a las operaciones de barrido y el fortalecimiento de la vigilancia y la investigación completa de casos;
  - d) a que emprendan actividades relacionadas con la contención de todo material de laboratorio que pueda alojar especímenes del poliovirus salvaje, para asegurar que con el tiempo se logre la certificación mundial de la erradicación;
  - e) a que efectúen evaluaciones multidisciplinarias periódicas de sus programas nacionales de vacunación a objeto de identificar cualquier limitación que pueda

obstaculizar el acceso equitativo a las medidas encaminadas a controlar las enfermedades inmunoprevenibles;

f) a que comprueben que todas las vacunas usadas en los programas nacionales de vacunación cumplan con las normas nacionales e internacionales.

2. Solicitar al Director:

a) que colabore con los Estados Miembros en la contención del material biológico que pueda alojar el poliovirus salvaje;

b) que respalde las redes de los servicios nacionales de control y los laboratorios nacionales de control, con el fin de lograr que en todos los países se usen vacunas de buena calidad;

c) que apoye las evaluaciones de los programas nacionales en coordinación con otros socios colaboradores;

d) que ayude a los Estados Miembros que corresponda a sacar el máximo provecho de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización.

*Decision:* The proposed resolution was adopted.

*Decisión:* Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 2000

PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 2000

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que el jurado encargado de adjudicar el Premio OPS en Administración 2000, integrado por Cuba, los Estados Unidos de América y Nicaragua, se reunió el 28 de junio de 2000. Después de examinar cuidadosamente los méritos de los candidatos el Comité decidió otorgar el premio al Dr. Roberto Fuentes García de Chile, por sus sostenidos y fructíferos esfuerzos en el campo

de la administración de salud pública. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE/126.14, por la cual hace suya la decisión del jurado de otorgar el premio al Dr. Fuentes García y transmitir el informe del jurado al Consejo Directivo para su consideración.

The PRESIDENT said that each year the governments of the countries of the Americas, through their representatives at the meetings of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization, conferred the PAHO Award for Administration in recognition of a significant contribution to the administration of national health services. The Award dated back to 1969, when the 61st Session of PAHO's Executive Committee had accepted a generous donation from Dr. Stuart Portner, former Chief of Administration of the Pan American Sanitary Bureau, to institute an annual award with the purpose of contributing to the improvement of health program administrative systems.

The recipient of the Award for 2000, Dr. Roberto Fuentes García of Chile, had received his medical degree from the University of Chile. A specialist in neurology with a certificate in health administration and quality management in health from the University of Chile and in systems theory from the Federico Santa María University, Dr. Fuentes was a 30-year veteran of the Chilean National Health Services System. During his career he had served as an area general practitioner, a neurologist, chief of the neurology

service, Chairman of the Quality Control Board of the Valparaíso Health Service, and, for the past 10 years, Director of the Valparaíso–San Antonio Health Service.

Under his leadership, the Valparaíso–San Antonio Health Service had been named one of the top 10 Chilean public services in 1998 at the conferral of the National Award for Quality in the Public Sector. The reviewers had concluded that the Service had instituted significant changes that demonstrated the commitment of its senior management and staff at all levels. The Valparaíso–San Antonio Health Service had increased its efficiency and effectiveness in the public system and within the framework of the modernization of the State. Furthermore, Dr. Fuentes had successfully implemented a modern system for user-oriented quality management, which had increased society's appreciation of civil service and the benefits it provided to the country and had also improved the staff's opportunities for personal development and job satisfaction.

Dr. Fuentes had published extensively in scientific journals in Chile and abroad and had participated as an expert on service quality at international meetings and congresses.

*The President presented the PAHO Award for Administration, 2000,  
to Dr. Roberto Fuentes García of Chile  
La Presidenta hace entrega del Premio OPS en Administración, 2000,  
al Dr. Roberto Fuentes García de Chile*

El Dr. FUENTES pronuncia el siguiente discurso de aceptación del Premio OPS en Administración 2000:

La Organización Panamericana de la Salud ha conferido un gran honor a mi país y a la V Región de Chile, al concederme el Premio OPS en Administración 2000. El fuerte de mi trabajo y la experiencia que me trae ante Uds. la desarrollé en regiones, fuera de la gran capital.

Inicié mi carrera como médico, hace treinta y un años, convencido que dedicaría mi vida a la atención directa de pacientes. Durante 5 años ejercí como médico general en una provincia del sur de mi país, según la tradición muy apreciada y considerada en esos tiempos, pues pertenezco a esas generaciones que formaron nuestros maestros con una mezcla de orgullo profesional y vocación de servicio público.

Me especialicé en Neurología. Colaboré en la fundación del primer Servicio de Neurología clínica en regiones, el cual se ubicó en el hospital Van Buren de la ciudad de Valparaíso y fui su Jefe entre los años 1985 - 1990. Dedico un recuerdo emocionado a mi maestro en esta disciplina el Profesor Jorge Gonzalez Cruchaga, al cual siempre admiré su gran humanidad y respeto por la opinión de las personas.

A mediados de los 80s llamó mi atención el funcionamiento de los sistemas de atención de salud. Mientras integraba el Consejo General del Colegio Médico, máxima directiva de la profesión en mi país, conocí y colaboré con el Dr. Jorge Jimenez de la Jara, el cual me invitó a acompañarlo en su gestión como primer Ministro de Salud luego del retorno a la democracia. Asumí como Director del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en esa época una de las 26 instituciones territoriales públicas, descentralizadas, autónomas y con patrimonio propio, que sirven a la población beneficiaria del país.

El actual Sistema Nacional de Servicios de Salud creado en 1980 es heredero de la tradición del antiguo Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, el sistema actual conserva muchas de las formas de trabajo, sistemas de administración y culturas de aquella noble institución fundada en 1952. Desde 1990 a la fecha, los aires de reforma a los sistemas de atención de salud en el mundo, se expresan entre nosotros como la necesidad de adecuar esos anticuados sistemas a las necesidades y requerimientos que exige hoy día la población. Nuestra tesis reside en que todas las modificaciones a la organización, estructura y funcionamiento de las instituciones que entregan servicios de atención de salud, deben estar guiadas por las necesidades y requerimientos de la gente.

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, actualmente uno de los 28 que forman el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sirve a 420.000 habitantes, tiene 6 hospitales;

1180 camas, 400 médicos, 3.200 funcionarios y un presupuesto de \$US 60 millones. Su hospital de máxima capacidad resolutive sirve a toda la región (de 1.500.000 habitantes) con sus servicios de Neurocirugía, Oncología y trasplante renal.

Asumida la conducción del Servicio de Salud en 1990, iniciamos la búsqueda de formas de gestión que perfeccionaran su funcionamiento. Escogimos la administración por objetivos, que pusimos en práctica el año 1991 y evaluamos luego de un año de operación. Comprobamos que los equipos de trabajo no modificaron sus comportamientos, no fueron motivados por el modelo y los resultados de su aplicación fueron escasos. Dimos por fracasada esta experiencia y decidimos explorar otros caminos.

Evaluamos varias opciones escogiendo finalmente la Calidad Total. El año 1992 contratamos consultores externos, seleccionamos un grupo directivo clave de 150 personas, desarrollamos talleres de puesta en marcha y establecimos una estructura paralela para la implantación del programa. Los primeros talleres lograron captar el interés de los asistentes, quienes fueron motivados eficazmente por los consultores. Los equipos directivos adquirieron los conceptos básicos de la calidad: satisfacción del usuario con eficiencia y efectividad; mejoramiento continuo de los procesos; análisis fundados en datos; participación; trabajo en equipo; aplicación de indicadores y revisión constante de los resultados.

El Programa de Desarrollo Organizacional de la institución se fundó en tres pilares: la Planificación Estratégica, el Desarrollo del Personal y la Gestión de Calidad. Nunca aceptamos que mejor calidad en salud era sinónimo de mayor gasto o lujo. Reconocemos como guías de nuestro proyecto a los trabajos de Donabedian en el ámbito específico de la salud, pero también a Deming y Juran los cuales nos inspiraron diversas prácticas y modalidades. En el curso del proceso la estructura paralela que nos ayudó a implantar el modelo fue absorbida por la organización formal, a medida que ésta incorporaba las nuevas formas de trabajo.

Elemento central en el proceso fue la constitución de Centros de Gestión de Calidad a través de la institución; es decir en sus 6 hospitales, 3 consultorios de especialidades y 4 consultorios de atención primaria. La cantidad de centros constituidos y funcionando, junto a la cantidad de procesos mejorados, nos daba una idea de la penetración del proceso. El año 1996 contabilizamos 125 centros de gestión constituidos, con 264 procesos mejorados. Un 40% de ellos ya medían la satisfacción usuaria, proceso que luego se generalizó a medida que los equipos perdían la reticencia a efectuar esa práctica. Los Centros de Gestión se constituyeron en dependencias administrativas y servicios o unidades clínicas, sin distinción.

En el ámbito clínico, aprendimos que una forma efectiva de incorporar a los médicos en el proceso de gestión, es a través de sus propios pares, clínicos competentes que han incorporado prácticas de gestión a su quehacer diario. Con esta estrategia, logramos iniciar el desarrollo de la Gestión Clínica y el uso de la medicina basada en evidencias, las cuales incorporan el sentido de utilidad y eficiencia en la práctica clínica. Ambos conceptos llevan implícita la eliminación de desperdicios, frecuentes en las instituciones de atención de salud. El proceso de desarrollo organizacional también se extendió hacia los 20 consultorios de atención primaria de la jurisdicción, que pertenecen a la administración municipal en nuestro país.

El desarrollo organizacional se consolidó bajo los principios de la Gestión de Calidad. Pero, rápidamente absorbió conceptos y formas de otras modalidades de gestión: rediseño, reingeniería, hasta explorar actualmente la gestión basada en la ontología del lenguaje. Esta utiliza los actos de habla y considera las instituciones como redes de conversaciones, vitales en las relaciones interpersonales que movilizan a la institución. El trabajo que las personas realizan es consecuencia de la forma como éstas se relacionan a través de sus conversaciones. Sin embargo, no me referiré a esta experiencia, pues realmente pertenece a otra historia.

Estos 10 años de experiencia en Desarrollo Organizacional de un Servicio de Salud en Chile nos permitieron comprobar que el mejor funcionamiento de estas instituciones no depende exclusivamente del aumento de recursos, petición constante de profesionales, gremios de la salud y la población. Por lo demás, en nuestros países, esta vía de solución, aumento permanente de recursos al sistema, es con seguridad la más difícil de recorrer. Sin embargo, en cualquier condición financiera que siempre será considerada restrictiva, el instrumento de perspectivas ilimitadas, es la gestión y su perfeccionamiento constante.

Destaco algunos mejoramientos y rediseños pioneros en el ámbito nacional.

- Creación de un sistema de atención de urgencia prehospitalaria a la chilena, adaptado a la realidad y cultura de nuestras instituciones de salud, eficiente y efectivo, adecuado a nuestras situaciones presupuestarias y que responde a las necesidades e idiosincrasia de nuestro pueblo. Todo ello en medio de discusiones a menudo vehementes, sobre la conveniencia de implantar en el país copias de sistemas europeos o norteamericanos.
- Rediseño de los procesos de fiscalización y pago de las licencias médicas el año 1995, el cual redujo los tiempos de pago desde 40 a 9 días, con gran satisfacción de

los usuarios. Al mismo tiempo redujo en 20% el presupuesto de gasto en ese rubro, logrando estabilizar la tendencia de años anteriores que era al aumento constante. En 1999 el gobierno central decidió repetir esta experiencia en otros cuatro Servicios de Salud Metropolitanos, experiencia que se encuentra actualmente en desarrollo y con planes de continuar extendiéndose.

- Aumento de eficiencia en el uso de las camas de hospital. Siguiendo a Roemer en su afirmación: “la disponibilidad de camas en una comunidad es el principal determinante de la tasa de utilización hospitalaria”, disminuimos paulatinamente un 18% en diez años el número de camas. Los egresos aumentaron ligeramente, también la rotación, disminuyó el promedio de estada, manteniéndose el índice ocupacional. Los recursos liberados, en especial personal, se redistribuyeron hacia otras áreas del servicio de salud.
- Creación de un Fondo Solidario de Inversiones. La mayor eficiencia alcanzada por la institución permitió liberar recursos que se destinaron a inversión. También orientó en el mismo sentido la crónica insuficiencia de recursos para inversión dispuestos por los gobiernos central y regional. Este Fondo de Inversiones alcanzó un monto de \$US 1.000.000 y financió básicamente proyectos de rediseño y mejoramientos en la calidad de los servicios.

La inquietud científica, el interés por difundir nuestra experiencia y el sabio consejo de nuestro amigo Dn. Antonio Carlos D’Azevedo de gestionar la creación de nuevo conocimiento, fueron acicates que nos estimularon a presentar nuestros resultados en foros nacionales e internacionales. Se hizo tradicional la presencia de nuestra institución en las Jornadas Anuales de la Escuela de Salud Pública chilena desde el año 1994 en adelante. El año de máxima producción nuestros asociados participaron con 50 trabajos sobre gestión y desarrollo de instituciones de salud. Nuestra producción total hasta el presente superó las 120 comunicaciones nacionales. Al mismo tiempo, nuestra incorporación a la Sociedad Internacional de Calidad en Salud nos permitió asistir a los cinco últimos Congresos anuales efectuados en distintos países del mundo, en los cuales presentamos 30 papers. Estos contactos nos permitieron además un intercambio constante con sistemas de atención de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo.

Agradezco nuevamente el honor que me ha concedido el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud al distinguirme con este premio. Me congratulo por la presencia de la Sra. Ministra de Salud de mi país, a quién agradezco el respaldo a mi postulación. También por la presencia aquí de mi esposa y mi más estrecho colaborador

inmediato en nuestro trabajo diario. Pero además, un recuerdo a la distancia para los integrantes de nuestro equipo que nos acompañan en espíritu desde la lejana ciudad de Valparaíso, en Chile".

*Applause.*

*Aplausos.*

La PRESIDENTA recuerda que, según dicen, detrás de cada hombre grande se puede encontrar una mujer igualmente grande y pide un aplauso para la esposa.

*Applause.*

*Aplausos.*

Continuing in English, the President thanked Dr. García and praised the example that he set.

*The meeting rose at 5:45 p.m.*  
*Se levanta la sesión a las 5.45 p.m.*