



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/8
28 September 2000
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

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

Thursday, 28 September 2000, at 2:30 p.m.
Jueves, 28 de septiembre de 2000, a las 2.30 p.m.

President:

Presidenta:

Hon. Clarice Modeste-Curwen

Grenada

Contents *Contenido*

Item 4.13: PAHO/IDB/World Bank Shared Agenda for Health in the Americas
Punto 4.13: Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la Salud en las Américas

(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,

CD42/SR/8

Page 2

las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Jefe del Servicio de Conferencias, 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 4.10: Child Health
Punto 4.10: Salud infantil

Item 7.2: Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2000
Punto 7.2: Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2000

The meeting was called to order at 2:35 p.m.

Se abre la sesión a las 2.35 p.m.

ITEM 4.13: PAHO/IDB/WORLD BANK SHARED AGENDA FOR HEALTH IN THE AMERICAS

PUNTO 4.13: AGENDA COMPARTIDA DE LA OPS/BID/BANCO MUNDIAL EN PRO DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS

El Representante del COMITÉ EJECUTIVO informa sobre este punto y afirma que el Comité recibió con beneplácito el acuerdo de colaboración entre la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, que se presentó en la sesión de junio pasado. Dicho cuerpo reconoció que no es fácil lograr la cooperación y colaboración entre organismos que tienen diferencias de orientación, estructura institucional y procedimientos administrativos; por ello, encomió al Director por el papel decisivo que desempeñó al promover y elaborar la agenda compartida. Se expresó la opinión de que la agenda permitiría a las tres instituciones complementar recíprocamente sus actividades y evitar duplicación de esfuerzos, al tiempo que se aprovecharían al máximo los puntos fuertes de cada organismo. Se alentó a la OPS a que siguiera desarrollando la agenda y la tradujese en actos concretos, especialmente a nivel de país. También se la instó a explorar las posibilidades de que algunos organismos bilaterales participaran en la ejecución de la agenda común. El Comité tomó nota del informe sobre la agenda compartida y dio su respaldo a la iniciativa de colaboración entre las tres instituciones para mejorar la situación sanitaria en la Región, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto.

La Dra. KLINGER (OPS) informa al Consejo sobre la situación actual de la iniciativa de la agenda compartida para la salud. Con apoyo de una serie de diapositivas, hace la siguiente reseña. En 1998, el Dr. Alleyne propuso a sus homólogos en el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo trabajar conjuntamente con objeto de que la cooperación internacional pudiera impulsar mejor la agenda de salud pública de los países de América Latina y el Caribe. La propuesta fue aceptada por el Banco Mundial y por el Banco Interamericano de Desarrollo, y las tres instituciones acordaron que esta iniciativa involucraría más adelante a organismos de ayuda bilateral.

Una de las bases de la iniciativa está constituida por los valores y objetivos comunes a las instituciones participantes, que son: contribuir eficazmente a mejorar la salud de los pueblos de las Américas; disminuir y eliminar las desigualdades existentes en la situación sanitaria y en el acceso a los servicios de salud y de saneamiento básico; fortalecer y mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud; y promover una mayor interacción entre la salud y el desarrollo económico y social. Partiendo de lo anterior, se trazaron tres líneas fundamentales de trabajo: el apoyo a los procesos de reforma sanitaria; el fortalecimiento institucional de los programas de salud pública, incluidas la promoción de la salud y la prevención y el control de enfermedades; y el fortalecimiento del liderazgo de las autoridades sanitarias en los componentes del desarrollo relacionados con la salud.

En función de los principios y valores mencionados, se determinaron las cuatro áreas iniciales de liderazgo, donde ya se ha comenzado a trabajar mediante sendos grupos de trabajo que se ocupan del control y vigilancia de enfermedades; las cuentas sanitarias nacionales; los asuntos farmacéuticos; y el medio ambiente. En el área de control de enfermedades se está trabajando en fortalecer la vigilancia regional de las enfermedades transmisibles; desarrollar sistemas de vigilancia y control de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en la Región; y promover la utilización de metodologías conjuntas en la vigilancia y la elaboración de instrumentos estandarizados. En el área de cuentas sanitarias nacionales, se está tratando de determinar la procedencia de los recursos financieros y su uso en el sector de la salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe; apoyar el desarrollo de sistemas sostenibles de cuentas sanitarias nacionales en algunos países; generar e intercambiar información importante sobre la asignación de recursos en el sector de la salud de dichos países; crear una práctica común, sostenible, de cuentas sanitarias nacionales; y hacer un uso eficaz de los recursos financieros y técnicos disponibles mediante acciones coordinadas. En el área farmacéutica, se está colaborando en esferas prioritarias, como implantar mecanismos para compartir conocimientos entre las tres instituciones involucradas y sus beneficiarios, y promover prácticas y políticas de crédito que mejoren el acceso a los medicamentos de buena calidad.

Como consecuencia de lo mencionado, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud acordaron promover activamente la agenda compartida de salud para las Américas. A tal efecto, los directivos de las tres organizaciones enviarán pronto una carta a todas sus oficinas en los países, con objeto de hacerles conscientes de esta iniciativa y de la función que les compete de promoverla en el ámbito nacional. Se ha creado asimismo el Grupo de Coordinación, un mecanismo permanente para identificar oportunidades de actuación coordinada y complementaria, que se reúne mensualmente para abordar problemas, evaluar cómo avanza la iniciativa y promover su desarrollo a todos los niveles de las tres organizaciones, e invitar a otros actores destacados a incorporarse activamente a la agenda compartida. Finalmente, la Dra. Klinger informa de que la Declaración de la Agenda Compartida para la Salud en las Américas se firmó a fines de junio de este año.

The Representative of the WORLD BANK said that the World Bank felt privileged to have been able to take part in the preparation and implementation of the Shared Agenda. The key element of the Agenda was the emphasis laid on poverty and improving the health of the poor in Latin America and the World Bank was happy to work with IDB and PAHO to leverage existing actions in the direction in its view, the initiative was not intended to bring new activities and resources to new areas, but to look at areas of existing common work and pool resources and efforts to do an even better job. The initial leadership areas of disease

surveillance, national health accounts, pharmaceuticals, and the environment were key areas where the three organizations could make a large impact if their efforts were combined.

The World Bank appreciated Dr. Alleyne's efforts to push through the Shared Agenda and looked forward to years of collaboration on it.

The Representative of the INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK pointed out that as the Director had recognized when PAHO initiated the Shared Agenda, coordination between the three institutions had existed for a long time but had been sporadic. The real value, of the shared Agenda lay in its initiation of regular technical-level contacts between the three institutions in order to coordinate work on common issues.

He agreed with the World Bank on the importance of the four leadership areas. But other areas not originally in the Shared Agenda had arisen and were being worked on for example diseases surveillance in Central America, occupational health, and women's health and reproductive health. The Shared Agenda thus clearly went beyond leadership areas to a much more day-to-day technical level contact.

He joined with the Representative of the World Bank in congratulating PAHO for launching the initiative and also looked forward to seeing the fruits of their collaboration.

The Representative of CANADA supported and appreciated PAHO's efforts in developing the Shared Agenda for Health in the Americas. Collaborations of that kind were never simple. However, he felt that the initiative represented real progress in elevating the

importance of health in the agendas of the banks and other institutions. It was gratifying to see them working together to achieve common goals.

The resources used by PAHO and the banks all originated from Member States and Canada believed it would be money well spent. Improving efficiency in health interventions should lead to decreased duplication of effort and increased collaboration on health projects within countries. The emphasis on equity was also welcome, since negative impacts were experienced to a greater extent in marginalized and poor populations. His Delegation hoped to receive regular reports on the degree of success achieved in the implementation of the Shared Agenda.

O Delegado do BRASIL disse que a elaboração de uma proposta de atuação conjunta por três agências internacionais demonstra maturidade no tratamento das questões sociais nos países em desenvolvimento, sobretudo no diz respeito à saúde.

No Brasil, o seminário sobre contas nacionais e a primeira reunião do respectivo grupo de trabalho, promovidos pelo Ministério da Saúde e a OPAS, mostraram a importância dos esforços para a compatibilização de dados e estatísticas sobre receitas e gastos com saúde nos diversos países.

É importante que as iniciativas desse gênero procurem fortalecer os sistemas de saúde e promover a equidade, para que se reduzam as diferenças entre as regiões, estados e municípios de um mesmo país. O Ministério da Saúde do Brasil parabeniza as instituições

por essa iniciativa conjunta e espera que ela se traduza em insumos para que o governo e a sociedade civil possam promover melhorias substanciais nas condições de vida de nossas populações.

El Delegado de BOLIVIA dice que su gobierno felicita a los tres organismos por esta iniciativa y la respalda íntegramente. A su modo de ver, ésta representa un progreso, pues resulta esencial que las tres instituciones coordinen su trabajo y fijen metas comunes, habida cuenta de que tienen objetivos esenciales similares. El Gobierno de Bolivia considera que la agenda debería ampliar las áreas de liderazgo, incluyendo el Programa Ampliado de Inmunización, porque éste se ocupa de un problema de salud pública que atañe al conjunto de los países mencionados y porque, además, podría partir de una experiencia concreta como es el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Con respecto al tema de las cuentas sanitarias nacionales, el delegado propone que las cuentas se desglosen por divisiones geográficas y políticas, al objeto de que la toma de decisiones tenga una mayor equidad.

El Delegado del PARAGUAY también felicita a las tres instituciones y manifiesta el apoyo de su delegación a la iniciativa de la agenda compartida, pues considera que ésta mejorará las acciones sectoriales desarrolladas en los países y favorecerá la utilización más eficiente de los recursos. A la fecha, el Paraguay tiene proyectos en el sector de la salud con financiamiento de ambos bancos y, de hecho, desde el inicio de los proyectos se ha buscado la coordinación y la cooperación conjunta con la OPS/OMS y los bancos.

La Delegada de VENEZUELA opina que la iniciativa es muy interesante, por las ventajas que se podrían derivar de los esfuerzos por institucionalizar la complementariedad y la coordinación entre los tres organismos signatarios. Además de incrementar el valor agregado del trabajo de cada uno, podría abrir nuevas perspectivas y modalidades de cooperación técnica y financiera en el campo de la salud. Resulta muy positivo constatar la coincidencia de valores y objetivos, fundamentalmente en lo que se refiere a la preocupación sobre la situación de la salud como elemento propio del bienestar y como bien en sí mismo. La preocupación que estos organismos manifiestan en la agenda por la búsqueda de la equidad reitera su disposición de respaldar a los gobiernos de la Región a la hora de enfrentarse con los desafíos éticos y políticos que este propósito supone.

En el caso de Venezuela, es esperanzador suponer que, en el marco de la iniciativa, ambos organismos financieros ofrecerán mejores condiciones y mostrarán mayor flexibilidad frente a la situación particular de cada país. Además, la agenda compartida debería respaldar, técnica y financieramente, la experimentación de nuevos mecanismos para la asignación de recursos. En particular, sería bueno que se definieran también los aspectos que podría abordar la iniciativa con relación al comercio internacional de medicamentos, así como los costos de estos y otros insumos básicos para atender las enfermedades prioritarias o para las personas más necesitadas. Es valioso el apoyo que se pretende prestar a la reforma sanitaria y al fortalecimiento institucional de los programas de salud pública, vale decir, al

liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los componentes del desarrollo que tienen que ver con la salud. La oradora concluye su intervención solicitando que se defina la manera en que se va a operacionalizar la agenda y los medios que se utilizarán para informar de manera continua sobre los progresos obtenidos y las enseñanzas aprendidas.

El Delegado de la REPÚBLICA DOMINICANA felicita también a la OPS por esta iniciativa, cuya necesidad acaba de experimentar su país. Cuenta que, hace poco más de un mes, al entrar en funciones el nuevo gobierno, comprobaron que cinco dependencias estaban trabajando en el mismo proyecto en diferentes puntos del país. El Secretario de Salud Pública se comunicó inmediatamente con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano, con objeto de lograr que los trabajos del proyecto se encauzaran en una sola dirección y bajo la coordinación de la Secretaría. Añade que es preciso mejorar la eficiencia y la eficacia en materia de salud, a fin de lograr la equidad y reducir algunos de los aspectos más preocupantes de la pobreza, para lo cual, indudablemente, se necesita aunar esfuerzos.

El Delegado de la ARGENTINA se suma a las felicitaciones y manifiesta su agrado por que uno de los temas elegidos para comenzar los trabajos de la agenda conjunta sean las cuentas sanitarias nacionales, pues los datos sobre gasto y financiamiento del sector de la salud son esenciales para planificar las políticas sanitarias y hacer de éstas instrumentos poderosos en la lucha contra la inequidad en el continente. Por otra parte, informa al Consejo de que, en la última reunión de ministros de MERCOSUR, realizada en Buenos

Aires el mes de junio pasado, la Argentina propuso que los países miembros efectuaran un estudio conjunto de las cuentas sanitarias nacionales.

La Dra. KLINGER (OPS) agradece las expresiones de respaldo a la iniciativa formuladas por los delegados y responde a un par de preguntas. Acerca de cómo se va a operacionalizar la agenda compartida, dice que, a tal efecto s,e crearon los cuatro grupos de trabajo mencionados en su oportunidad, que ya están funcionando. En relación con los mecanismos para informar sobre los adelantos de la iniciativa e intercambiar experiencias, responde que, salvo mejor opinión del Director, esto se hará por conducto de los Cuerpos Directivos de la OPS.

The DIRECTOR was pleased with the degree of enthusiasm for the Shared Agenda. Institution a such as PAHO, IDB, and the World Bank had their own forms of work and could begin to work together unless they shared certain common values. But the joint concerns of all three bodies had from the beginning been the issues of poverty and inequity, and those issues had been discussed so often by the three institutions that there had been no difficulty in agreeing on joint values.

Once the Shared Agenda had become operational it had become important for the three organizations to encourage of the in offices in the countries to collaborate on development of the products at country level and to facilitate interaction among the agencies.

Instructions had already gone to the representatives of the three agencies encouraging that form of contact.

In response to the question as to how information would reach the Members, he noted that Dr. Klinger had correctly said that the Governing Bodies would keep the Members informed on progress.

Referring to how the new flow of resources into the Region could be tapped, Mr. Iglesias (IDB) had pointed out that on occasions countries borrowed for particular activities but that within those loans it would be easy to add a component for health. In one instance, a country had requested a \$50 million loan for education, and Mr. Iglesias had noted how simple it would have been to earmark half a million dollars of that for AIDS education instead of securing a separate loan for that program. It was important to be sensitive to the opportunities that arose and to make use of the resources already available to strengthen the area of health.

With regard to the question of coordination and collaboration between agencies it was important to remember that coordination, had to be applied in concrete terms. It might seem restrictive to have started on certain specific areas, but it had been agreed by all that the starting point needed to be something specific. The joint funding by World Bank and PAHO in the area of pharmaceuticals was a clear demonstration of mutuality of interest. A specific topic had been identified and then a specific plan had been formulated to move ahead with it.

That was an example of the added value to be derived from the implementation of the Share Agenda.

Although the Shared Agenda had initially involved three agencies it was quite possible that it might eventually be expanded to other agencies.

ITEM 4.10: CHILD HEALTH
PUNTO 4.10: SALUD INFANTIL

El representante del COMITÉ EJECUTIVO dice que éste consideró el tema de la salud de la niñez en su sesión del pasado junio. El marco y el plan regional de acción propuestos para lograr la salud y el desarrollo integral del niño habían sido examinados anteriormente por el Subcomité de Planificación y Programación, en el mes de marzo. De igual manera que el Subcomité, el Comité Ejecutivo aplaudió el enfoque holístico de la salud infantil preconizado en el documento, y expresó su apoyo decidido a la formulación de un plan regional basado en el modelo conceptual de la salud integral del niño. Además, recalcó que la salud infantil debe concebirse como parte del proceso continuo del crecimiento y desarrollo en todo el ciclo de vida y señaló que la inversión en la salud de los niños redundaría a la larga en adultos más sanos y productivos con los beneficios sociales y económicos consiguientes para los países. Se puso de relieve la necesidad de una actuación multisectorial y multidisciplinaria. El Comité mencionó varias áreas que debían fortalecerse en el documento e incorporarse en el plan de acción, por ejemplo, dar más importancia a la actividad física de los niños. También alentó a la oficina a que empezara a elaborar los

indicadores necesarios para vigilar y evaluar el plan una vez que se ponga en práctica. Varios delegados recalcaron que era preciso destacar los vínculos entre la salud infantil y la salud materna, familiar y comunitaria, así como aumentar la conciencia sobre la responsabilidad social y del Estado con respecto a la promoción y protección de la salud de los niños. También se insistió en la necesidad de prestar mayor atención a la salud y el desarrollo de los niños preescolares, que a menudo tienen menos contacto formal con los servicios de salud que los niños más pequeños a mayores. Además, el Comité opinó que debía aclararse la relación entre el Plan regional y la Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Varios delegados señalaron que los países tendrían oportunidad de aportar sus puntos de vista para elaborar la agenda regional en materia de salud infantil con motivo de la reunión de los Ministros de Salud que se celebrará en octubre, antes de la Cumbre Iberoamericana prevista para noviembre del presente año. Al Comité le pareció que la consideración de este tema por el Consejo Directivo sería importante a la hora de configurar las recomendaciones que los Ministros de Salud transmitirían a los Jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre.

En la resolución aprobada sobre este tema, el Comité recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución por la cual inste a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, mantengan el tema de la salud y el desarrollo del niño en la lista de los asuntos públicos más importantes, a que tengan en cuenta la necesidad de dar prioridad a la salud y el

desarrollo del niño en el proceso de reforma sanitaria, y a que promuevan la investigación orientada a mejorar la salud de la niñez. Al Director se le pide que apoye la elaboración de un Plan regional de acción basado en el marco presentado en el documento, que promueva la preparación de indicadores para evaluar los programas de salud infantil, cuya finalidad primordial sea la promoción de la salud, que propugne en los foros nacionales e internacionales que se dé atención prioritaria a la salud integral de la niñez, y que siga manteniendo el liderazgo de la OPS en la esfera de la salud del niño y del adolescente en las Américas, en el seno de diversos foros regionales y mundiales, en especial las Cumbres Iberoamericanas y el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la infancia programada para septiembre del año próximo.

Ms. COLLADO (PAHO) drew the attention of the Meeting to the fact that the document before them was the result of the collaborative efforts of five different Divisions within PAHO. As such it was a clear illustration of the integration of focus that had been advocated in the discussions throughout the Session.

In her presentation, she proposed to focus specifically on children from birth to ten years of age. Child health was a priority because they were children, and they had rights, but also because they constituted 50% of the population of the Region, and because they were important in terms of their needs and demands on health services. They were also important

as the makers of the future and, at the beginning of the new millennium, were the focus for a new agenda and a means for equity, which itself was fundamental to health.

The reason for introducing a new orientation in the year 2000 was to highlight both the successes of the present programs, such as nutrition, immunization, prenatal coverage, decreases in infant morbidity and mortality, and their failures. More was known at present time about the patterns and determinants of health and illness. There were higher expectations as a result of the successes, and it was also recognized that investing in today produced savings in the future.

One of the lessons learned over the past decade since the World Summit for Children in 1990 was that there were critical moments in which to intervene to promote healthy behaviors and to avoid permanent damage. Early intervention produced impacts through the entire life cycle. Investment in children's health yielded results because it was the time when interventions could be most effective. However, approaches needed to be adapted to local realities. The cultural and social context in which the work was carried out needed to be understood in order to adapt approaches appropriately. The determining social factors of poverty, inequities in income, domestic violence, and illiteracy directly influenced the development of the child's health. As had been pointed out in the discussion on the Shared Agenda, alliances between sectors, agencies, providers, and institutions produced greater progress and effectiveness. Nevertheless there were challenges. One of the most important

was the need to ensure the constant presence of the health sector during critical periods. It had been noted that in the majority of the Countries the health sector was present for the first year of the child's life but later became sporadic and even nonexistent in terms of planned intervention in the life of the child from one to five years of age.

Health promotion and prevention measures needed to be incorporated and integrated with appropriate treatments. The agenda that must be addressed involved new epidemics. The barriers to health and opportunities for development that accompanied poverty and inequality of access needed to be broken. There was also a need to develop responses to reduce health risks through violence, abandonment, abuse, and child labor. Some of those issues had been recognized as public health problems in the last decade, but it was now imperative to institute the health of children as a comprehensive national responsibility.

What was being proposed was an integral approach to health and development throughout the life cycle. That involved bringing into the world children who were wanted and who had opportunities before them. It included good nutrition, starting with breast feeding; stimulus so that the children developed self-confidence, immunization and access to needed health services, possibilities for education and recreation and the provision of a safe and secure environment at all levels.

One of the lessons already learnt was that the model of development concentrating only at the individual level was not as effective as something that reached many levels at the

same time. In terms of the health sector's activities that involved protecting children's rights and also covered the entire gamut of cognitive psychosocial development, including sexual, moral, and ethical education.

At the family level it was vital to ensure safe physical and social environments. Parenting skills needed to be developed, identifying new approaches to gender roles and respecting differences. At the community level there needed to be opportunities to incorporate health in the public agenda and to create healthy spaces, healthy municipalities, and to make schools meaningful places to learn about health. At the population level policies and legislation needed to be put in place to provide the framework to support healthy children.

The time had perhaps come to create a Regional Plan of Action for Integral Child Health and Development that could be adapted in the different countries. There were opportunities for research and dissemination of knowledge on which to base policies and programs; strategic alliances could be developed; activities of advocacy and strategies of mass communication could be elaborated to increase social awareness. It would also be possible to formulate tools and models for the application and evaluation of the integrated approach, to develop opportunities for learning for personnel and to include those themes in undergraduate and graduate education programs.

What results could be expected if those policies were put into action? There would be not only the Regional Plan of Action, but policies that truly protected children's rights and

strengthened the role of civil structures and health services; there would be guidelines for the reorientation of the health services to promote integral development working with families and communities; there would be an increase in knowledge of the content and best methodologies to facilitate integral development in childhood; there would be competently trained personnel, cooperation from the mass media, and the application of methodologies of social communication to help empower the population. Lastly, there would be greater effectiveness through expanded alliances and the mobilization of resources.

PAHO had estimated the budgetary allocations that would be necessary to implement those objectives. They involved one regional post, the creation of an advisory group, some basic research, the development of the plan as well as its implementation, support in the countries, information production and dissemination and human resource development through subregional meetings. The Region as a whole was looking for a brighter future, in which each child had an opportunity for a healthy life.

The Delegate of JAMAICA said his Delegation supported the resolution contained in Document CD42/14 and reminded the Meeting that the Fifth Ministerial Meeting on Children and Social Policy in the Americas would be held in Kingston, Jamaica from 9–13 October 2000 as a follow-up to the World Summit for Children held in New York in 1990. That Meeting had outlined a Plan of Action including objectives to be achieved in the 1990s in the areas of nutrition, drinking water, education, sanitation, and protection for children in

especially difficult situations. Since that time there had been four ministerial meetings in the Region designed to strengthen and evaluate the progress of each country in the formulation and implementation of policies in favor of children.

The meeting in Jamaica would be unlike the previous meeting in that it would last five days. The first three days would be devoted to technical discussions and the last two to political deliberations and agreements leading to the articulation of a Kingston consensus. The technical meetings would be organized in thematic workshops, each including sub-themes. It was expected that each workshop would be coordinated and partially financed by agencies of the UN System.

The technical and political deliberations would be organized around the two principal objectives of the meeting. The first one would deal with the level of compliance with the goals set at the first World Summit and would be presented in a document entitled *Lessons Learned*. The document had been prepared on the basis of statistical information gathered at the national level, following a standardized format. It highlighted the successes and challenges of the national plans in achieving the goals established at the 1990 Summit. The second objective was a future agenda for children, in which policy priorities would be delineated to guide actions in favor of children during the first ten years of the 21st century.

A notable different between the forthcoming meeting and the earlier Summit was that for the first time children themselves would formally participate at the Meeting. Every effort

was being made to include children on each national delegation. They would also participate in the workshop discussions and their views would be included in the final declaration.

There were two important paradigm shifts to be noted in preparation for the Meeting. Firstly, there had been a shift in the approach to children's issues from a sectoral perspective to a cross-sectoral one, for example, children's issues were now regarded as important components of programs as varied as poverty alleviation, debt relief, environmental protection, or governance. Secondly, there was a shift away from a pathological curative approach, which still applied to children in difficult circumstances, to a developmental preventative approach, which regarded children as integral components of social capital.

Jamaica hoped that the PAHO Member States would support and participate in the forthcoming Meeting and that the resolution before the Council would strengthen the position of the Countries at that Meeting.

El Delegado de PUERTO RICO, además de manifestar su respaldo al proyecto de resolución, dice que la implantación adecuada de la estrategia sobre salud infantil es una herramienta eficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad de los niños menores de cinco años. De hecho, el enfoque multisectorial que utiliza el Departamento de Salud de Puerto Rico en la prestación de servicios de salud comprende la mayoría de las actividades recomendadas por la estrategia integrada de las enfermedades de la primera infancia.

En Puerto Rico, más del 50% de las muertes de niños menores de cinco años están asociadas con trastornos relacionados con el bajo peso al nacer, la prematuridad, las malformaciones congénitas, los accidentes, el SIDA y los tumores malignos. Entre los factores que inciden en las causas de muerte de los niños menores de cinco años destacan, en primer lugar, algunos estilos de vida de las embarazadas, como el consumo de alcohol, el uso de drogas ilícitas, las relaciones sexuales sin protección con parejas infectadas o la nutrición inadecuada. Para hacer frente a estos problemas, se implantó un programa de visita al hogar dirigido a mujeres embarazadas y niños menores de 3 años con factores de riesgo médicos y sociales, así como un programa de alimentación suplementaria, con el cual se provee consejería y educación en nutrición, junto con alimentos a estas personas. En 1994 se aprobó una ley para la promoción del consumo de 4 miligramos de ácido fólico por todas las mujeres de 10 a 50 años de edad, y en 1995 se desarrolló un registro de niños con defectos del tubo neural que permite monitorizar la efectividad de la campaña de promoción sobre el ácido fólico. También se desarrollaron campañas educativas y actividades de alcance comunitario encaminadas a reducir los estilos de vida perjudiciales para la salud de las embarazadas, y se ha capacitado a profesionales de la salud para llevarlas a cabo.

En lo que se refiere a los accidentes de tráfico, se revisó la ley 141, que reglamenta el uso de asientos protectores y cinturones de seguridad, y ya se ha observado un aumento del número de multas. Asimismo, se han desarrollado campañas de promoción del uso del

asiento protector en colaboración con compañías privadas y el Capítulo de Pediatría de Acción Médica de Puerto Rico, y se han puesto a disposición del público oficinas en las que se evalúa la instalación apropiada del asiento protector. Además, se han implantado programas de alquiler de asientos protectores para familias con escasos recursos.

Respecto a riesgos ambientales como caídas, ahogamientos, envenenamientos o quemaduras, el Programa de visitas al hogar destaca la prevención de lesiones no intencionadas. Sobre este particular, se creó la Coalición Puertorriqueña de Seguridad de los Niños, que incluye una campaña continua dirigida a la prevención de las lesiones no intencionadas. Por otro lado, se puso en marcha un programa de desarrollo de emergencias pediátricas en el Hospital Universitario Pediátrico, con el cual se capacitan profesionales de la salud, policías, bomberos y otros recursos humanos, para que respondan apropiadamente en el lugar donde se producen las urgencias.

En cuanto a los factores biológicos y a la atención de pacientes, la reforma del sector salud garantiza que todo residente en Puerto Rico pueda elegir a su médico de atención primaria. Además, el Departamento de Salud establece los protocolos y normas que ha de observar el médico de atención primaria.

En las últimas cuatro décadas, en Puerto Rico se ha logrado reducir la mortalidad infantil a 85%. En 1955, la tasa de mortalidad infantil era 55,1 por 1.000 nacidos vivos, comparada con 10,5 por 1.000 nacidos vivos en 1998. Este año se espera alcanzar la meta

de reducir la mortalidad infantil a 8,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2000. En cuanto a la admisión temprana prenatal, los progresos han sido lentos pero positivos. En 1998 se alcanzó el 78,8%, y la meta actual es llegar al 80% en el año 2000.

Las muertes prevenibles mediante inmunización se han reducido prácticamente a cero en los últimos 6 años. Por añadidura, los casos de defectos del tubo neural han disminuido: en 1996, se registraron 100 casos comparados con 49 en 1999. La tasa de defectos del tubo neural se ha reducido de 16 por 10.000 nacidos a 9 por 10.000 nacidos vivos en 1999.

Le délégué du CANADA appuie la résolution CD42/13 et souligne que le moment est fort opportun pour aborder la question de la santé des enfants à l'approche du dixième anniversaire du Sommet mondial pour les enfants. Il prend note de l'optique retenue visant la santé de la population, l'approche holistique, l'envergure de l'analyse de la question et l'importance accordée aux milieux familiaux et communautaires.

Les preuves sont maintenant indéniables que ce qui survient dans la petite enfance joue un rôle important dans la santé, les habilités d'adaptation et la capacité d'apprentissage toute la vie durant.

Les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux du Canada ont développé un Plan d'action national pour les enfants traçant les grandes lignes d'une vision commune, des valeurs, des buts et des secteurs d'intervention prioritaires concernant les enfants et les familles. Le Canada est donc engagé : arriver à une entente fédérale-provinciale en matière

d'investissements conjoints additionnels pour appuyer le développement des jeunes enfants; à faire des investissements importants dans le revenu des familles par le truchement de la Prestation nationale pour enfants; à élargir les dispositions sur les congés de maternité et de paternité du Programme d'assurance-emploi afin de donner aux parents l'occasion de rester à la maison avec leurs nouveau-nés jusqu'à une année complète; à laisser aux familles plus d'argent une fois les impôts prélevés; à créer des milieux de travail plus favorables à la famille; et enfin, à moderniser le droit familial.

Au cours des six dernières années, le gouvernement fédéral a commencé à poser les jalons d'un meilleur avenir pour les enfants du Canada par le truchement d'initiatives comme : le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) qui vise à aider à offrir aux femmes enceintes un soutien, de l'éducation, des services d'orientation et du counseling relativement aux questions concernant les habitudes de vie comme l'abus d'alcool, le stress et la violence familiale; le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) qui prévoit un financement à long terme pour les groupes communautaires en vue de l'établissement et de la prestation de services qui répondent aux besoins d'ordre développemental des enfants à risque de moins de six ans; le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones qui offre des programmes d'intervention précoce pour les jeunes enfants autochtones en consultation avec les groupes autochtones locaux.

Ces programmes appuient les familles et les collectivités au cours de ce stade très crucial du développement des jeunes enfants en offrant un investissement qui rapportera les dividendes les plus élevés et les plus durables.

Entre autres secteurs d'activités, le Canada cite : le Programme de lutte contre le tabagisme et autres initiatives spécifiques qui visent à prévenir le syndrome alcool-foetal, le syndrome de mort subite du nourrisson, les troubles d'apprentissage et le suicide. Enfin, d'autres programmes encore sont axés sur la promotion de l'allaitement maternel et l'alimentation des nourrissons, de même que le soutien des parents.

Le Canada est également déterminé à améliorer la compréhension de l'apprentissage et du développement chez l'enfant. Les initiatives comme l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, et des projets de recherche comme celui intitulé "Comprendre la petite enfance", ou encore, le récent rapport de l'Institut canadien de santé infantile portant sur la santé des enfants au Canada, reflètent l'engagement de ce pays vis-à-vis de l'amélioration des connaissances du développement de l'enfant au sein de la famille, à l'école et dans la collectivité.

Pour conclure, le CANADA propose un certain renforcement des partenariats stratégiques entre l'OPS et les organisations régionales comme l'Institut interaméricain de l'enfant. L'Institut favorise et facilite l'adoption de mesures juridiques, éducatives et sociales en vue d'aborder la violence familiale, l'exploitation sexuelle des enfants, le système judiciaire

applicable aux jeunes et le système d'aide à l'enfance, les invalidités, la prévention des toxicomanies, la démocratie dans la famille et, de façon plus générale, les droits des enfants.

Le Canada a participé activement à la promotion des objectifs de l'O.E.A., soit la démocratie, le respect des droits de la personne, l'éradication de la pauvreté et de la discrimination, et l'intégration économique élargie, objectifs directement reliés à la santé, au bien-être, à la protection et à la participation des enfants et des jeunes.

*The meeting was suspended at 3:50 p.m. and resumed at 4:25 p.m.
Se suspende la reunión a las 3.50 p.m. y se reanuda a las 4.25 p.m.*

El Delegado de CUBA felicita a la Dra. Collado por su exposición, y dice que se cumplen 10 años de la Cumbre Mundial de la Infancia y que, como ya anunció el Delegado de Jamaica, el próximo mes de noviembre se celebrará en Panamá la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno, precedida por la Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica, cuyo tema central va a ser la infancia y la adolescencia. Además, la OMS está preparando la Cumbre Mundial de la Infancia para el próximo año, que a buen seguro marcará un hito en la concertación de posiciones.

En cuanto al documento CD42/14 , considera adecuado avanzar por medio de un modelo de desarrollo integral del niño, entendido como el logro más importante de la realización humana durante ese momento de la vida. Parece conveniente, además, subrayar la necesidad de fomentar en los niños el hábito del ejercicio físico y la nutrición adecuada que permita evitar riesgos en la su vida adulta. La salud de la niñez no puede considerarse

aisladamente de la de la madre, la familia y la comunidad, pues hay numerosas pruebas que indican que la salud materna no solamente influye en la de las mujeres, sino en la de sus hijos, en la de su familia, en la de la comunidad y en todo el proceso de desarrollo de la sociedad.

Por otra parte, en el marco conceptual de la salud de la niñez debe hacerse más hincapié en la promoción de la salud, en la participación comunitaria y en la responsabilidad del Estado y de la sociedad, sin descuidar la oferta equitativa de acciones curativas y rehabilitadoras. Además, hay que elaborar indicadores de seguimiento y evaluación del plan de acción que se acuerde. En Cuba, los cambios más significativos observados en los últimos años en la atención priorizada de la salud de la niñez han sido considerarla en el contexto de todo el ciclo vital, priorizar la promoción y prevención, y adoptar el enfoque epidemiológico del problema sobre la base de estrategias comunitarias y de la familia, así como de la atención primaria de la salud.

Considera, por último, que debería aclararse si ya se ha decidido crear un Asesor Regional Permanente encargado de este tema en la sede de la Organización Panamericana de la Salud y precisar cuál será la fuente de financiación del Plan de acción regional.

The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA stated that her country strongly supported PAHO's proposal to prioritize development of a child health framework. It was pleased that the Organization was emphasizing a comprehensive, holistic, and multisectoral approach to child health and development. Such an approach included attention

to a broad spectrum of threats to child health, from communicable diseases to violence and accidents. The education sector was a key partner for the promotion of programs targeted directly at children, such as pre-school education and health initiatives that could be integrated into schools at all levels. Education of the public at large and health care providers was also essential.

PAHO was urged to take a strong role in upcoming events pertinent to the issue of child health and development, such as the ministerial meeting on children and social policy and the Third Summit of the Americas. As a participant in the end-of-decade evaluation of the goals of the World Summit for Children, the Organization should discuss how its child health strategy complemented and augmented future goals. An additional future focus of the regional plan for child health should be the wide disparities of child health indicators that existed within some countries. An evidence-based approach should form the foundation of PAHO's new framework for child health, and vigorous evaluations of new approaches might be necessary. The Organization was encouraged to foster dialogue among the health, education, finance, planning, and other sectors so that they could determine their respective roles in contributing to the future agenda of child health.

La Delegada de VENEZUELA felicita a la OPS por el documento CD42/14, cuyo enfoque integral es un aspecto de la transformación del sector de la salud en Venezuela, que descansa en un plan de atención integral. Esto contrasta con la fragmentación en 18

programas y estrategias diferentes que había caracterizado hasta ahora a la atención a la niñez en el país, lo que era sinónimo de 18 oportunidades perdidas y estaba totalmente reñido con una concepción holística del hombre.

Venezuela enmarca ahora la atención del niño, a nivel de ambulatorios y hospitales, en un único programa integral de promoción, prevención y curación. Hay una sola historia clínica a nivel de ambulatorios, una historia familiar, y los énfasis varían según la realidad de cada localidad y sus necesidades de salud. Por ello, Venezuela respalda sin reservas el proyecto de resolución presentado.

A Delegada do BRASIL disse que sua delegação concorda com a resolução referente à saúde infantil e congratula a OPAS por incluir nesta reunião um tema de tão grande relevância, sobretudo nesse ano 2000 para o qual a maioria dos países do mundo estabeleceu metas em favor da infância e em que diversos países da América estão implementando a iniciativa da OPAS — “Criança Saudável: Uma Meta para 2002.” A saúde da criança constitui uma prioridade para o governo brasileiro e suas intervenções em prol da saúde da infância vêm contribuindo para os progressos alcançados pelo Brasil na redução da mortalidade infantil, no aumento da prevalência da amamentação, na erradicação da poliomielite e na diminuição da desnutrição protéico-calórica.

O trabalho dos 143.000 agentes comunitários de saúde e das 10.000 equipes de saúde da família no Brasil é responsável pela expansão da estratégia de atenção integrada às

doenças prevalentes na infância e vem melhorando a qualidade da assistência básica e, portanto, reduzindo a morbo e a mortalidade entre crianças menores de 5 anos.

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento perinatal e reduzir os óbitos neonatais, o Ministério da Saúde vem investindo técnica e financeiramente na melhoria da qualidade e no aumento da cobertura do pré-natal, humanização do parto e nascimento, redução das taxas de cesarianas e criação de sistemas estaduais de referência para gestantes de alto risco. Além disto, promove a alimentação saudável e o aleitamento materno por meio da distribuição de material educativo nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do Brasil. As inúmeras campanhas de comunicação de massa e o apoio da sociedade são responsáveis pelo sucesso alcançado nessa área. O aleitamento materno até os seis meses da idade aumentou de 49,5% em 1989 para 80,5% no ano passado. O acesso a uma alimentação saudável desde os primeiros momentos de vida constitui-se num direito fundamental do ser humano.

Face à importância do cumprimento das metas propostas nesta reunião para a saúde infantil, o governo brasileiro solicita ao Diretor Geral da OPAS que continue mobilizando os países membros para a importância deste tema e que continue a apoiar a realização de ações, não somente as relativas à saúde da criança mas também à prevenção da violência à criança, ações voltadas para o processo à cidadania, acesso ao nome do pai, para que todas as

crianças deste continente tenham o direito a uma infância mais justa, mais saudável e mais feliz.

The Delegate of GRENADA reported on the child health situation in her country, noting that the first five years of life shaped the future of the individual. Grenada had been able to reduce its infant mortality rate significantly. Immunization had played an important role in preventing childhood diseases and saving lives, and immunization coverage stood at 95%. All children entering the school system were required to have evidence of immunization against all the childhood diseases.

In recognition of the need to improve health services for older children, an adolescent health survey had been conducted. The results of the survey were being used to plan programs and interventions for that age group. In conjunction with the Ministry of Education, a successful pilot school health project had been carried out in one parish. Teams of health workers had visited each school weekly, screened the children, and referred those who needed further consultation to specialist medical doctors. The alarming results of that school project had convinced the Ministry of Health to expand it to the other parishes on a phased basis. In addition, a health and family life education program was now part of the school curriculum, and the government was also continuing a school feeding program.

Oral health was an area of concern, and the Ministry had received assistance from PAHO in conducting baseline studies. To help address the mental health needs of children

and adolescents, a weekly child psychiatric clinic had been instituted. It was attended regularly by approximately 40 children.

Grenada was in the process of health sector reform and administrative decentralization. With the assistance of PAHO, a rationalization study of the community and primary health care services had been conducted in February 2000 with a view to improving the capacity for delivery of services. Activities targeted at children and families would be given high priority in the re-oriented services. In addition, a family health committee had been established within the Ministry.

Grenada fully supported the resolution before the Council.

El Delegado de BOLIVIA dice que las evaluaciones permanentes de los programas de atención a la infancia y salud infantil realizadas por su Gobierno en el último decenio mostraron que el personal local no realizaba consultas integrales, que los programas segmentalizaban al niño en patologías de prevalencia determinada y que era menester descentralizar los servicios, para dar cabida a una participación mayor de las regiones en la toma de decisiones. Esto llevó al Departamento del Niño a adoptar la posición de que la atención del menor de 5 años requiere un enfoque más integral, con énfasis en la promoción y la prevención.

En el documento “La meta de niños sanos, la meta del 2002” se han identificado áreas de intervención para reducir la mortalidad neonatal en las principales ciudades del país.

Según los datos disponibles, del censo de 1992, la tasa de mortalidad es de 67 por 1000. El censo de 2002 arrojará datos más desagregados para mejorar las intervenciones. La mortalidad neonatal, registrada por el Servicio Nacional de Información de Salud, corresponde a la que se produce en los servicios de salud e indica que sólo conoce la punta del iceberg, pues la ocurrida en los hogares es muy elevada, pero no se puede registrar.

Los datos sobre morbilidad los recaba el Servicio Nacional de Información de Salud, sobre la base de la demanda de servicios sanitarios, pero se carece de datos de prevalencia de las principales enfermedades. Esta carencia se ha señalado a la atención del seguro básico de salud y se están elaborando formularios para recabar información más precisa, que haga posible actuar con antelación sobre la enfermedad y, en definitiva, sobre la mortalidad.

Los índices de anemia y avitaminosis existentes en el país exigen una estrategia integral que sustituya la práctica seguida hasta ahora de administrar cada suplemento en forma aislada. En Bolivia hay 1.200.000 menores de cinco años y 3.250.000 menores de 15 años. El índice de abandono del sistema escolar es del 49%. El 20% de la población está expuesta al problema de la drogadicción. No se cuenta con estadísticas sobre niños con discapacidades, ya que la mayoría no están insertos siquiera en el sistema educativo.

Si bien se ha empezado a contar con informes de contaminación ambiental en distintos puntos de las principales ciudades del país, deben considerarse otros aspectos, como la tala indiscriminada de árboles, y las emisiones tóxicas en las zonas rurales. El reciente caso de

contaminación del Río Desaguadero con petróleo puso de manifiesto que las empresas no cuentan con un presupuesto para este tipo de desastres. Tampoco existe una adecuada difusión de programas de protección de la biodiversidad. En lo que hace a los servicios de salud, las diferentes políticas impuestas han contribuido a desaprovechar oportunidades, y salta a la vista que es preciso mejorar la calidad de la atención con una política de incorporación intercultural, un enfoque de género y tecnología de punta. El Gobierno de Bolivia se adhiere plenamente a la estrategia promovida por la OPS de desarrollo integral del niño y está haciendo esfuerzos para incorporarla en sus políticas de salud infantil.

Ms. COLLADO (PAHO) said that, although there was still much work to be done, it was heartening to hear about the countries' achievements. She particularly complimented the Caribbean countries for organizing the Fifth Ministerial Meeting on Child Health and Social Policy in the Americas and for their plan to include youth in the initiative. It was also encouraging to see that the countries were looking at ways to apply lessons learned, include the family in child health strategies, and evaluate indicators of progress.

In response to the Delegate of Cuba, she stated that the child health initiative was actively seeking funds from the donor community and had received some encouraging responses. In addition, the Director had agreed to fund a post at the regional level for at least two years. The Organization was looking forward to working with the Member States in the development and implementation of a regional plan as well as national and local plans.

A RELATORA informou que não recebeu propostas de emendas ou alterações à resolução 4.10, sobre saúde infantil, constante do documento CD42/14:

THE 42nd DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report on child health (Document CD42/14);

Recognizing the need to build a new, fuller concept of the importance of child health to a better future, based on the achievements of the past decade and the new knowledge and evidence contributed by various disciplines;

Taking into account that there are still unresolved issues related to children's' rights, equity in health, development opportunities, and solutions for basic health problems, as well as emerging issues affecting child health, yet aware of the importance of dealing with a broader public health agenda involving determinants and understanding that investment in child health is justified; and

Recognizing the moment as a critical one for the development of child health due to the global attention on the 10th anniversary evaluation of the World Summit for Children as well as the United Nations General Assembly special session planned for September 2001, when the agenda for children in the new millennium will be established,

RESOLVES:

1. To request the Member States to:
 - (a) institute national processes to review policies and legislation vis-à-vis their conformity with children's' rights, distribution of resources to achieve child and family friendliness, and community and environmental contributions to integral child health and development possibilities;
 - (b) maintain the topic of integral child health and development on the public agenda using, among other mechanisms, those available through the application of social communication methodologies, and joining in national and international efforts and networks promoting development in this area;

- (c) include in the health sector reform processes a provision for the reorganization of health systems and services so that they reflect the urgent need to prioritize and invest in integral child health and development;
 - (d) contribute towards the improvement of child health through stimulating research activities, paying special attention to operationalizing integration at local levels, and developing monitoring and evaluation criteria.
2. To request the Director to:
- (a) promote the mobilization of resources to enable adequate investment and advocate in national and international forums that priority attention be given to integral child health activities;
 - (b) support the development of a regional plan for action based on the framework suggested which would include multidisciplinary and multisectoral inputs and coordinated efforts with partner agencies;
 - (c) stimulate the development of a network of interested parties for the identification, testing, and evaluation of indicators that would reflect both process and achievements in monitoring child health programs whose focus is on the integration of health promotion with preventative and therapeutic efforts, i.e., criteria for evaluating health, and not just its absence;
 - (d) continue PAHO's leadership role in the Americas in child and adolescent health and nutrition within the various regional and global venues, including the United Nations Special session of the General Assembly in 2001 for follow-up to the World Summit for Children, the Ibero-American Summits, and the Fifth Ministerial Meeting on Children and Social Policy in the Americas.

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la salud de la niñez (documento CD42/14);

Reconociendo la necesidad de elaborar un concepto nuevo, más pleno de la importancia de la salud de la niñez para un mejor futuro, basado en los logros del último

decenio y en los nuevos conocimientos y las pruebas científicas aportadas por diversas disciplinas;

Teniendo en cuenta que todavía quedan problemas sin resolver en relación con los derechos de los niños, la equidad en materia de salud, las oportunidades de desarrollo y la solución de los problemas de salud básicos, así como los problemas nuevos que afectan a la salud de la niñez, pero plenamente consciente de la importancia de llevar adelante un programa de salud pública más amplio que incluya los factores determinantes y la comprensión de que se justifica la inversión en la salud de la niñez, y

Reconociendo que este es un momento crucial para el desarrollo de la salud de la niñez debido a la atención mundial que atraerá la evaluación con motivo del décimo aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas programada para septiembre de 2001, en la cual se establecerá el plan de acción para los niños en el nuevo milenio,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que instituyan procesos nacionales para examinar las políticas y la legislación con miras a comprobar que tengan en cuenta los derechos de los niños, una distribución de los recursos que sea favorable a los niños y las familias, y las contribuciones comunitarias y ambientales a las posibilidades de salud y desarrollo integral del niño;
 - b) a que mantengan el tema de la salud y el desarrollo integral del niño en la lista de los asuntos públicos más importantes, valiéndose para ello, entre otros mecanismos, de los métodos de comunicación social, y a que se unan a las iniciativas y redes nacionales e internacionales que promueven el desarrollo en esta área;
 - c) a que incluyan en el proceso de reforma del sector de la salud las disposiciones necesarias para reorganizar los sistemas y servicios de salud de tal manera que reflejen la necesidad urgente de dar prioridad e invertir en la salud y el desarrollo integral del niño;
 - d) a que contribuyan al mejoramiento de la salud de la niñez estimulando las actividades de investigación, prestando atención especial a lograr la integración a nivel local, y estableciendo los criterios de monitoreo y evaluación.
2. Solicitar al Director:
 - a) que promueva la movilización de los recursos para permitir la inversión adecuada y que propugne en los foros nacionales e internacionales que se dé atención prioritaria a las actividades de salud integral de la niñez;
 - b) que apoye la formulación de un plan regional de acción basado en el marco propuesto, que incluiría aspectos multidisciplinarios y multisectoriales, así como actividades coordinadas con organismos asociados;
 - c) que estimule el establecimiento de una red de partes interesadas para la elaboración, puesta a prueba y evaluación de indicadores que reflejen tanto el proceso como los logros en el monitoreo de los programas de salud de la niñez cuyo foco de interés sea la integración de la promoción de la salud con actividades preventivas y terapéuticas; es decir, los criterios para evaluar la salud, y no solo su ausencia.

- d) que siga manteniendo el liderazgo de la OPS en las Américas en lo referente a la salud y nutrición de niños y adolescentes como parte de las diversas iniciativas regionales y mundiales, entre ellas el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia 2001, las Cumbres Iberoamericanas y la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

ITEM 7.1: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH,
2000

PUNTO 7.1: PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA,
2000

The PRESIDENT informed the Council that the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health had been created by the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) in 1978 with the support of staff members of PAHO and other persons dedicated to international health, as an expression of admiration and affection for the late Dr. Horwitz, who had passed away on 17 July 2000. As a four-term director of PAHO, Dr. Horwitz had promoted the integration of health and economic development and had attracted large capital investments for health care programs from world lending agencies. He had been instrumental in the creation of PAHEF and had served as its president for 12 years.

The Horwitz Award, being given for the 23rd time, served to stimulate excellence and leadership in health work of primarily regional significance. Over the years, it had recognized

individuals from a variety of essential public health professions and had become a badge of merit and a motivating force for all health workers in the Americas.

The Abraham Horwitz Award was one of the many ways PAHO and PAHEF had cooperated since the Foundation was founded nearly 32 years ago to support the fundamental objectives of PAHO and WHO. The Foundation's nonprofit status and organizational flexibility had allowed it to use donations, grants, and loans to finance important health programs.

The President introduced Dr. Malden Nesheim, Chairman of the Pan American Health and Education Foundation, who would present the award winner. Dr. Nesheim was a distinguished Provost Emeritus and Professor of Nutrition at Cornell University, had received the Conrad A. Elvehjem Award for public service from the American Institute of Nutrition, and had been elected to the American Academy of Arts and Sciences in 1995 and a Fellow of the American Society of Nutritional Sciences in 1997.

Dr. NESHEIM said that Dr. Abraam Sonis of Argentina had played an important role in the evolutionary process that had characterized health administration during the last four decades in Argentina and in the Region. He was a recognized leader in the transformation of public health care from an empirical approach to the evidence-based science model that characterized today's approach to public health. He had been instrumental in the introduction

of modern tools for public health administration, including system theory, operational research, epidemiology, and mathematical models.

As Professor of Health Administration and as Director of the School of Public Health of the University of Buenos Aires, he had played an important role in the modernization of teaching and the creation of a new degree of Master of Health Administration. Through his leadership in the Association of Schools of Public Health of Latin America, he had helped to shape a new generation of public health workers.

Dr. Sonis was broadly published in international journals of medicine. Of special note was his systematic study of the interrelationship between health and the economic and social factors that determine it. His book "Health, Medicine and Social Economic Development" had, through five editions, served as a basis for studies and programs in this field.

Further advancing the field of public health administration, Dr. Sonis had served as Cabinet Chief of the Ministry of Health of Argentina and had led the effort to define the modern postulates of home care for tuberculosis. He now served as the Dean of the School of Medical Sciences, Maimonides University, Argentina.

From 1976 to 1982, he had made outstanding contributions to PAHO itself, as director of the Latin American Center for Information in the Health Sciences, a PAHO/WHO Collaborating Center, in Brazil. He had been instrumental in helping to change the concept of a library from one based on books to one based on computerized networks. He was

credited with creating the Latin American Index Medicus, which included hundreds of public health titles from the Region of the Americas.

Dr. Sonis had received his medical degree from the Universidad Nacional del Litoral, Argentina, and a Ph.D. in Public Health, from the London School of Hygiene, London University.

In celebrating the selection of Dr. Sonis, it was also fitting to remember Dr. Horwitz, who dedicated his own life to the health of the people of the Americas. He had remained active in Foundation affairs almost to the end and had been elected President Emeritus at the last meeting of the Board of Trustees, in recognition of his contributions. As Dr. Horwitz would recognize, despite all the significant contributions PAHO had made to health in the Region, there was still much work to do, and the Foundation would continue to support PAHO programs throughout the countries of the Americas.

He thanked Dr. Sonis for all that he had done to make the Americas a healthier place for all its people.

Dr. Nesheim presented the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2000, to Dr. Abraam Sonis of Argentina.

El Dr. Nesheim hace entrega del Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2000, al Dr. Abraam Sonis de la Argentina.

El Dr. SONIS pronuncia el siguiente discurso de aceptación del Premio Abraham

Horwitz 2000:

En enero del corriente año se constituyó en la sede de la OMS en Ginebra la “Comisión de Macroeconomía y Salud”, presidida por Jeffrey Sachs e integrada por

destacados economistas del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el PNUD y otros organismos internacionales y nacionales.

El objetivo de la comisión es realizar en dos años estudios que demuestren cómo los programas de salud pueden contribuir al desarrollo económico de los países y reducir así la pobreza, ya que existe creciente evidencia de este hecho. Cito textualmente: “Podemos estar en un círculo vicioso declinante, en el cual una pobre salud conduce a un bajo ingreso y este bajo ingreso a una mala salud”. “Por el contrario podríamos estar en un círculo virtuoso, donde mejor salud acrecienta el ingreso y este creciente ingreso mejora la salud” (The Lancet, vol. 359. January 29, 2000, y vol. 355, Abril 22, 2000).

Después del economicismo “à outrance” de las dos últimas décadas, no deja de ser interesante este nuevo enfoque de los economistas y los decisions-makers que nos retrotrae a 40 años atrás, a 1960, cuando Abraham Horwitz, recientemente elegido Director, explicitó sus conceptos sobre el tema, exactamente con el mismo razonamiento: el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza, y la importancia de la inversión en salud como estrategia para el desarrollo, inspirando la Declaración de Punta del Este de 1961 y toda la política que impulsó a la OPS en las décadas siguientes y que nos llevó a publicar en 1964 “Salud y Desarrollo Económico Social”.

Valga este simple recuerdo como homenaje emocionado al Dr. Horwitz, a su visión de estadista y a su gigantesca labor como realizador, que nos iluminó a todos y que hizo escuela en nuestro continente.

Resulta imposible un planteo actual, moderno, de la atención de la salud sin que aparezca como tema prioritario la equidad. Y donde no aparece es porque sin ninguna duda ha sido soslayado deliberadamente.

Y es que se trata del punto clave de nuestro sector, por múltiples factores, suficientemente conocidos y cuya explicitación y dinámica desbordaría el marco de esta presentación.

Lejos pues de nuestra intención profundizar el tema en esta instancia; nos limitaremos por el contrario a señalar algunos de sus aspectos relevantes, que creemos pueden contribuir al análisis del problema y al refuerzo de los programas que tienen a la equidad como objetivo.

Señalemos en primer lugar la gran cantidad de definiciones sobre equidad que circulan en el sector, expresión sin duda de la complejidad del tema y de la dificultad para

circunscribirlo, dada las distintas disciplinas que lo estudian; tenemos así definiciones filosóficas, económicas, epidemiológicas o políticas, centradas cada una de ellas en su propia perspectiva.

Hace ya muchos años, seguramente 30 o 35, un maestro de la Salud Pública, Herman Hilleboe, decía que resultaría más fácil definir equidad por su ausencia, por su contrario, por lo que hoy denominamos - utilizando un anglicismo ya aceptado en nuestro idioma - inequidad, y desde este piso, eliminando sus no deseadas características, acercarnos paulatinamente hacia la equidad.

Pero han pasado tres o cuatro décadas y resulta imprescindible una definición, y sobre todo, una definición operativa. Podemos pensar así que la equidad en la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica:

- Igual acceso a la atención para igual necesidad.
- Igual utilización de recursos para igual necesidad.
- Igual calidad de la atención para todos.

No se nos escapa que estos tres mandamientos no cubren la totalidad del concepto, pero hablamos de una definición operativa para el sector salud, a la cual, para acercarnos, sacrificamos amplitud. Pero más adelante volveremos sobre el tema.

Una definición operativa nos resulta importante dada la dificultad que se observa en la práctica para implementar las recomendaciones sobre equidad que inundan el campo de la salud en los últimos años. Una revisión de las resoluciones de múltiples reuniones internacionales y de los programas de gobierno de todos los países muestra claramente el interés que existe para la promoción de la equidad, que figura como objetivo en el discurso político sanitario, pero que sólo alcanza un peso relativo, y a veces muy relativo a la hora de las decisiones.

Y cabe entonces preguntarse ¿si la meta es la equidad, si ningún país tiene como programa de gobierno la inequidad, por qué es entonces tan persistente y generalizada la falta de equidad en la salud?

Y esto es válido para todos los países, ya que se observa no sólo en los países pobres o semipobres sino también en los desarrollados. Valga como ejemplo un caso reciente que creemos sumamente ilustrativo y es el tan difundido Informe Acheson, en Gran Bretaña, fruto del estudio realizado por un grupo no gubernamental, el "Independent Inquire

in the Inequalities on Health” presidido efectivamente por Donald Acheson, Ex Director del National Health Service. Comparando con las cifras del famoso Black Report que en la década de los 70 fue ignorado por el gobierno de la Sra. Thatcher, se comprobó más de 20 años después, en 1998, que los indicadores sociales y económicos habían mejorado sensiblemente en todos los grupos en que se analiza la sociedad británica. Pero lo interesante es que la brecha diferencial entre los grupos I y V se mantenía igual a pesar de los progresos y esto era válido tanto para mortalidad como para morbilidad. Así, en la población de clase I, el 17 % de sus integrantes padecía una enfermedad crónica invalidante, porcentaje que llegaba al 48 % en la clase social V de los trabajadores no calificados. Y es que parecería que aún programas de promoción de la salud (como el antitabáquico) mejoraron los indicadores, pero no alcanzaron a cerrar la brecha entre las clases sociales porque impactaron en las clases más favorecidas. Se explica en consecuencia la recomendación de que la evaluación de las políticas de salud debería hacerse teniendo en cuenta su impacto sobre la equidad.

En un discurso pronunciado en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Hamburgo, en agosto del año pasado, por nuestro director, el Dr. Alleyne, llamaba la atención que el título de su conferencia era “Equity and Health” y no “Equity in Health” ya que el primero es más amplio, al no concentrarse exclusivamente en los indicadores de salud, sino que involucra también equidad entre los factores condicionantes de la salud.

Y este concepto nos introduce de lleno en nuestro tema.

Como dicen los organismos de Naciones Unidas, la causa más grave de enfermedad en el mundo es la pobreza, y sabemos que esto es válido tanto entre países como dentro de un mismo país. Y sabemos también todo lo que involucra esta pobreza en términos de salud, tal como revelan las estadísticas que leemos a diario. Es la macrovisión de la falta de equidad, y con razón muchos autores insisten en que a este nivel se encuentra la solución global de la inequidad.

En las dos últimas décadas predominó la opinión entre muchos economistas de que el crecimiento económico de los países, por desborde, se extendería naturalmente, como por vasos comunicantes, a todos los estratos de la población. El comienzo de este siglo nos encuentra con la amarga demostración de la falsedad de esta concepción y de la necesidad de implementar políticas sociales que efectivicen realmente los objetivos que se enuncian en los programas de gobierno. Y a esta etapa daría la impresión de que nos encaminamos y así queremos creerlo, después de las décadas perdidas que acabamos de atravesar.

Así parecerían haberlo entendido los dirigentes políticos y las fuerzas económicas prevalentes, si nos atenemos a los últimos documentos de los que hoy deciden el destino de los países y de los hombres. Y es que la pobreza y la inequidad no solo se convierten a largo plazo en factores que estrangulan el crecimiento de las sociedades, sino que se tornan factores distorsionantes para el funcionamiento de la sociedad ya que obstruyen la gobernabilidad.

La inequidad, se ha repetido insistentemente en los últimos tiempos y numerosos estudios así lo confirman, no sólo actúa *per se* por sus consecuencias visibles, materiales podríamos decir, demostrables a través de los indicadores socio-económicos y de salud, sino también desde el punto de vista psicológico. Así, a nivel individual, la percepción de la inequidad generaría depresión y hostilidad, en tanto que, a nivel agregado, poblacional, las diferencias entre países o áreas y sectores de un mismo país lleva a una falta de cohesión social y a un bajo nivel en la formación de capital social que torna difícil la evolución hacia el progreso de un país. Más aún, ciertos estudios llaman la atención sobre la asociación perversa entre la falta de equidad y la explosión de los medios de comunicación, que hace ver al individuo, diaria e insistentemente, la diferencia entre la realidad en que vive y la oferta de bienes y servicios de que disponen otros sectores de la sociedad.

En forma similar, trabajos recientes demuestran que la falta de equidad como tal es un factor de importante gravitación en el nivel de salud de una población dada, independientemente del grado de pobreza. Así, destacados economistas de salud afirman que la inequidad tiene en las condiciones de salud por lo menos tanto peso como el nivel de ingreso. Pero si nos atenemos a la realidad de nuestra condición de trabajadores del campo de la salud, quizá deberíamos aceptar que en este macronivel de la inequidad, en gran parte nuestro papel se asemeja al de los astrónomos (y la imagen es de estudiosos europeos en la materia): podemos estudiar y predecir los fenómenos, pero no tenemos poder para intervenir en su curso. Si bien las situaciones quizá no sean exactamente equiparables, sí vale como visión real de nuestras posibilidades de influir con nuestras acciones médico – sanitarias en la corrección de la inequidad global que aqueja a nuestras sociedades.

Pero esta aceptación de la realidad no nos deprime ni nos conduce a la resignación, debemos proseguir incansablemente en nuestra determinación de propiciar una sociedad más justa y de convertirnos en agentes de este cambio, siguiendo la tradición de los pioneros de la Salud Pública. Y tenemos, por otro lado, un frente de batalla que sí es nuestra responsabilidad, y es lo que podríamos llamar el micronivel en la consideración de la equidad. Es el que se refiere a la inequidad en el campo de la atención de la salud, ya que somos concientes de que en nuestro propio territorio se reproducen y aún se agravan muchas de las

inequidades generadas a partir de los condicionantes de la salud. Y esto sí es responsabilidad del sector y lo vemos a diario en los servicios de atención tanto preventivos, como asistenciales y de rehabilitación.

Abundan los estudios que demuestran la importancia de la falta de equidad en la salud y la enfermedad por ingresos insuficientes, desocupación, precario nivel de vida, género, etnia, y grupo etario, en tanto escasean aquellos que tienen como objetivo analizar la equidad en los servicios de atención, estudios que recién en los últimos años han sido objeto de interés, y el panorama no es menos desolador que en el macronivel, ya que resalta a simple vista la gran disparidad en la eficiencia y aun en la calidad de la atención según las posibilidades financieras de cada individuo y de cada grupo social. La gravedad del problema ha llevado a algunos autores del campo de la salud a reflexiones pesimistas, hasta el punto de afirmar que el objetivo de mínima del sector salud debería ser no agravar en la atención las inequidades que se dan en la sociedad.

Y es que esta inequidad en la atención la vemos diariamente: por deficiencias del servicio, por vacíos en la cobertura de la población, por la desorganización del sistema de atención, por falta del conocimiento adecuado en los profesionales de la salud, por deshumanización de la atención, por burocracia, por corrupción, por citar algunas causales que se dan con diferentes grados de gravedad en muchos de nuestros países.

Este objetivo de mínima se cumplimenta con claros objetivos en la política de salud, con programación adecuada, con buena organización de los servicios, con cobertura total de la población, con un uso apropiado de la tecnología, con una utilización racional de los medicamentos, con buena preparación y buena profesionalización del recurso humano, con desarrollo profesional permanente, con medicina y atención de la salud y la enfermedad basadas en la evidencia y, por supuesto, con la participación de la población en todo el proceso y en todos los niveles de la atención. Sólo así la priorización y la racionalidad tienen sentido y así podremos impulsar sistemas de atención integrales, equitativos, eficaces, eficientes, humanizados con distribución democrática del conocimiento y de los recursos en promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Y este es el nivel de nuestro trabajo diario y nuestra responsabilidad inescapable en la búsqueda de la equidad.

Dos conceptos finales: El primero se refiere a la investigación. Si coincidimos en que el futuro de la atención se gesta a partir de la investigación, el panorama tampoco es alentador, como demuestra la puesta en marcha en Ginebra del “10/90 Global Forum in Health Research”, que llama la atención sobre el 10/90, lo que significa que el 10% de la inversión en investigación está dedicado a las afecciones que afligen al 90% de la población

mundial, en tanto el 90% de la inversión está dedicado a investigar la patología del 10% de la población mundial que goza del más elevado status económico.

Por último: un maestro de la salud pública, Kerr White, escribió hace unos años que los cambios en las sociedades se producen cuando una situación determinada se torna intolerable para una sociedad y que los sucesivas definiciones de la intolerancia social a lo largo del tiempo constituían prácticamente la historia de la salud pública. A principios del siglo XXI, sobrepasadas dos décadas de crudo economicismo, de falta de solidaridad, de mercantilismo agresivo, de crisis en la atención de la salud, ¿estaremos en el umbral de la intolerancia social que permitirá a nuestras sociedades concretar una salud y una atención de la salud equitativa? Este es el verdadero desafío que enfrentamos y al que debemos responder.

*The meeting rose at 5:35 pm.
Se levanta la sesión a las 5.35 pm.*