



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE 54th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 23-27 September 2002

CSP26/SR/7
26 September 2002
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SEVENTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SÉPTIMA REUNIÓN

Thursday, 26 September 2002, at 9:00 a.m.
Jueves, 26 de septiembre de 2002, a las 9.00 a.m.

President:
Presidente: Patricio Jamriska Ecuador
Later: Senator the Hon. Samuel Aymer Antigua and Barbuda
Después: Antigua y Barbuda

Contents *Contenido*

Item 4.7: Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization
Punto 4.7: Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo

(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 2002. The final text will be published in the *Proceedings* of the Conference.

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 a la Jefa 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 2002. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas de la Conferencia.

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

EXPRESSION OF SYMPATHY ON THE OCCASION OF
THE DEATH OF DR. JOÃO YUNES
PÉSAME POR EL FALLECIMIENTO DEL DR. JOÃO YUNES

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

- Item 4.4:* Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations
1999-2002
Punto 4.4: Evaluación de las Orientaciones estratégicas y programáticas
1999-2002
- Item 4.2:* Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
Punto 4.2: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- Item 4.5:* Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period
2003-2007
Punto 4.5: Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el
período 2003-2007
- Item 4.8:* Health and Aging
Punto 4.8: Salud y envejecimiento

*The meeting was called to order at 9:15 a.m.
Se abre la reunión a las 9.15 a.m.*

ITEM 4.7 EXTENSION OF SOCIAL PROTECTION IN HEALTH: JOINT INITIATIVE OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION AND THE INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION
PUNTO 4.7 AMPLIACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE SALUD: INICIATIVA CONJUNTA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

The Hon. Leslie RAMSAMMY (Representative of the Executive Committee) reported that at the Executive Committee's 130th Session, Dr. Daniel López Acuña, Director of the Division of Health Systems and Services Development, had given an update on a joint initiative being undertaken by PAHO and the International Labour Organization (ILO) to promote equitable access to health services in Latin America and the Caribbean, in particular for persons working in the informal segment of the economy and others who currently lacked adequate health care coverage. The initiative was described in document CSP26/12. The rationale for the initiative was that, despite the health system reforms undertaken in the past 15 years, a significant portion of the population of the Latin American and Caribbean countries was currently excluded from mechanisms for social protection against the risk and consequences of illness. Moreover, the extension of social protection in health was not explicitly part of most health agendas in the Region, and most health sector reforms had not concentrated on the issue.

“Social protection in health” was defined, not as the actual provision of health services, but as society's guarantee, through the different public authorities, that

individuals or groups of individuals would be able to meet their health needs through adequate access to health services, whether by way of a national health system or some other system, regardless of ability to pay. Dr. López-Acuña had identified three conditions that had to be met to guarantee social protection in health: access to health services, dignity in care, and financial security of the family. Strategies for meeting those conditions and ensuring that all citizens had access to a basic level of social protection in health were discussed in section 6 of document CSP26/9. They included establishment of special social security regimes without beneficiary contribution requirements; voluntary, government-subsidized insurance schemes; limited expansion of the supply of services; community-based systems of social protection; and gradual development of unified health systems, combining public and private subsystems.

The document proposed four lines of action relating to the steering role of the health sector, financing of social protection, health insurance, and service delivery. It encouraged the development of a participatory process at the national level, involving all key stakeholders, and the formulation of a national strategy and plan of action for extending social protection in health. At the regional level, the role of PAHO and the ILO would be to support the countries through a variety of activities, including promotion and publicizing of the initiative, identification of the causes and magnitude of exclusion and ways to combat it, establishment of a clearinghouse of information on best practices and knowledge, and mobilization of resources.

The Executive Committee had considered the joint initiative a valuable tool in support of the efforts of many countries to improve access to health services for all members of their populations, particularly the poor, the marginalized, and the vulnerable. The Committee had applauded the multisectoral approach laid out in the document and its recognition that the issue of social protection related not only to health but also to housing, education, the environment, and many other factors. The Committee had been pleased, too, to see the emphasis placed on cultural sensitivity and dignity in medical care.

Delegates had made a number of suggestions for enhancing the document. One had been the incorporation of case studies of programs and initiatives that had been successful in improving delivery of health services to unprotected population groups, both within and outside the Region. In particular, it had been suggested that the document might include more detailed information on how certain insurance systems had worked and in which countries they had been successful. It had also been considered necessary to examine carefully the sustainability of the various models proposed for extending social protection in health, especially in relation to any potential conflict with other components of social security systems, such as pensions.

Some delegates had felt that the document was unclear as to whether extension of social protection was being portrayed as a goal of the health system or as a means of achieving better health outcomes. It had also been suggested that the relationship between the initiative and WHO's work on health systems performance should be clarified.

Delegates had cautioned against the use of indicators that attempted to measure exclusion only in terms of demand for health services, since demand was influenced by multiple factors, including cultural perceptions about health and illness, as well as economic and social issues. It had been pointed out that the definition of social protection as a guarantee by the State of a right that its citizens could exercise might not necessarily apply in all cases. While many countries' constitutions enshrined the right of citizens to health and the responsibility of the government to ensure that right, access to health services was not viewed as a fundamental right by all legal systems, and every country needed to seek its own solutions to the matter of access to health care, taking into account its own situation, rules, and philosophy.

Several delegates had raised the issue of migration of health care professionals, which was having a devastating effect on some countries' ability to provide care. Since that problem related directly to access both to health care and labor, it had been considered appropriate to address it in the framework of the joint PAHO/ILO initiative. It had also been suggested that the Governing Bodies might wish to examine the subject of health workforce migration as a separate agenda item at some future time.

The Executive Committee resolution on the item recommended that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution urging Member States to extend social protection in health, promote processes of social dialogue that would permit the definition of national objectives and strategies in this field, and include the extension of social protection in health as a guiding element in their sectoral reform processes. In addition it would request the directors of PAHO and the ILO to support the countries in

those efforts through dissemination of information on the problem, help in the design of models for reducing social exclusion in health, and other technical cooperation activities.

El Dr. MUÑOZ (Chile), en nombre de su país, expresa su respaldo al informe sobre el tema presentado por la iniciativa conjunta de la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), así como al proyecto sometido a la consideración de la Conferencia. La exclusión de los trabajadores de los sistemas de protección de salud es el problema más importante que deben resolver los sistemas de salud de la Región. Lamentablemente, el fraccionamiento de los seguros de salud y la falta de solidaridad en su financiamiento son problemas muy extendidos en los países y llevan a vacíos en la cobertura de los servicios, a grandes gastos por parte de las personas y a serias dificultades a la hora de orientar la planificación sanitaria. Es necesario buscar fórmulas innovadoras para combatir la exclusión en materia de salud y procurar que en dichas formulas se tenga en cuenta la necesidad de asociar el financiamiento solidario con la definición de garantías explícitas en torno a cada tipo de servicio y la oportunidad y calidad de las prestaciones a las que las personas pueden aspirar.

Chile se propone resolver las profundas inequidades del sistema de salud del país, reflejadas en las listas de espera del Fondo Nacional de Salud, destinado a los indigentes y a los trabajadores de bajos ingresos, quienes representan el 80% de la población, así como en las exclusiones y carencias de los seguros privados, que cubren al 20% restante con planes que varían según el ingreso y el riesgo de enfermar de los cotizantes. La reforma de salud en Chile está orientada a garantizar la oportunidad,

calidad y protección financiera en torno a 56 problemas de salud que representan cerca de 75% de la carga de enfermedad que afecta a la población. Esta garantía es obligatoria por ley para todos los habitantes, independientemente del seguro que los proteja. El Consejo del Plan Nacional de Salud decidirá periódicamente la inclusión de nuevos problemas de acuerdo con los avances tecnológicos y los recursos disponibles.

Independientemente de las fórmulas que se apliquen para alcanzar una mayor protección de salud, la calidad y cantidad de la oferta de los servicios con los que cuentan los países es muy relevante si esa protección ha de llevar a una verdadera resolución de los problemas de salud de la población con mayores carencias y riesgos sanitarios. Por tanto, iniciativas como la de la OPS y la OIT deben tener en cuenta la necesidad de evaluar los resultados de la protección en términos de la calidad de los servicios correspondientes, que debe mejorarse, junto con la gestión de los establecimientos públicos de salud y los recursos humanos, para que los esfuerzos no se esterilicen cuando las personas busquen los servicios necesarios para tratar sus dolencias. En el caso de grupos especiales, revisten gran importancia las organizaciones no gubernamentales que prestan de servicios de salud financiados por medio de los mismos mecanismos.

Sugiere que la OIT y la OPS procuren incorporar los trabajadores de la salud a las iniciativas de reforma de los países, que no darán buenos resultados si no se logra un cambio cultural en dichos trabajadores de salud que les permita ver en los procesos de reforma no una amenaza, sino una oportunidad de poner en práctica sus ideales y de obtener a cambio la legítima recompensa a la que tienen derecho, dada la importancia social de su quehacer.

El Dr. FRENK (México) destaca la importancia de la iniciativa presentada, que guarda relación con uno de los temas de mayor trascendencia en lo que concierne a una nueva generación de reformas en el campo de la salud, que empiezan a enfocarse propiamente en los aspectos financieros. En México, la inseguridad financiera es uno de los tres grandes retos del sistema de salud, junto con los de la equidad y la calidad. La protección financiera es elemento central y en México también se está llevando a cabo una reforma muy importante. Según demuestra la experiencia, el tema exige una gran claridad analítica previa a la formulación de políticas. Los sistemas de información no miden de manera precisa los flujos financieros dentro del sistema de salud y ha sido necesario llevar a cabo ejercicios de contabilidad de alcance nacional para descubrir que 52% de todo el financiamiento de la salud en México correspondía al pago directo por parte de las familias en el momento de utilizar los servicios. Este pago de bolsillo es posiblemente la forma más ineficiente e injusta de financiar los servicios de salud porque añade a la carga de la enfermedad una carga financiera que es mayor mientras más enferma está la persona y genera, además, grandes ineficiencias. Se necesitan, entonces, ejercicios de contabilidad nacionales que permitan entender la dimensión financiera, es decir, cómo se mueve el dinero.

Sobre la base de este tipo de análisis hay que formular políticas en torno a tres niveles de financiamiento: 1) los mecanismos de afiliación y recolección de fondos que son la base de los esquemas de protección social o de protección financiera en salud; 2) la agregación de los riesgos, que tiene implicaciones muy profundas en términos de la

equidad (los esquemas de financiamiento comunitario, aunque son muy loables, acaban estableciendo solamente solidaridad entre los pobres, y no entre ricos y pobres); 3) la asignación de los recursos, es decir, hacia quién, bajo qué reglas y con qué prioridades se asignan los recursos.

Al cabo de 60 años de seguridad social, México se enfrenta al reto de extender la protección financiera a la población en el sector informal de la economía, que ha crecido a un paso mucho más acelerado de lo que se podía prever. El reto consiste, en definitiva, en crear sistemas universales que reconozcan, sin volver a segmentar a la población, que en el sector informal no existe la nómina, que es la gran herramienta recaudadora de la seguridad social formal.

La OPS, apunta el delegado, deberá fortalecer los aspectos operativos: identificar grupos, establecer afiliaciones, generar el conocimiento de los retos enfrentados, la participación de la comunidad. Reafirma el apoyo de México al proyecto de resolución presentado y hace un llamado a intensificar la cooperación y generar un proceso de aprendizaje compartido a fin de lograr que las reformas de la nueva generación se centren en proveer esquemas de seguridad social universales, pero adaptados a la realidad económica de una gran proporción de la fuerza de trabajo en el sector informal.

*The Hon. Samuel Aymer (Antigua and Barbuda) took the Chair.
El Sr. Samuel Aymer (Antigua y Barbuda) pasa a ocupar la Presidencia.*

Mr. AISTON (Canada) said that Canada welcomed the emphasis on the multisectoral approach to addressing the related issues of employment, housing and education, especially for marginalized or vulnerable populations. That was similar to the approach used in Canadian health policy and programming. The paper made the important point that health status and access to health service were greatly affected by income, and thus addressing poverty to combat exclusion from health protection was essential.

Inequality in the region of the Americas was worse than in any other region in the world. According to the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), the richest 10% of households had more than 35% of total income in most countries of the Region; whereas the total share of the income belonging to the lowest 40% of households was between 9% and 15% of total income in nearly all of the countries. A significant portion of the population of the Latin American and Caribbean countries would continue to be excluded from social protection in health unless such issues were addressed. Canada therefore suggested that a reference to the role of income inequality in access to health should be added to the proposed resolution.

Ms. DABBS (United States of America) welcomed the Organization's focus on the need to protect population groups excluded from health services for financial and other reasons. The United States' efforts in that area included such facilities as Medicare, Medicaid, Migrant Communities Health Centers, the Ryan-White Care Act, and

expansion of managed care. There was nevertheless a long way to go to ensure equal access to health care for all citizens.

Referring to the statement in the second paragraph of section 2 of document CSP26/12 that social protection was understood as the State's guarantee of a right that citizens could exercise, and not as a type of social welfare benefit that could be granted at the discretion of the authorities, she pointed out that the legal system of the United States did not address access to health services as a fundamental right. The improvement of the quality and reach of health care was not merely the responsibility of the State, but involved cooperation with the private sector and non-governmental and faith-based organizations. While pleased that many of its previous concerns with the initiative had been noted in the final Report of the Executive Committee the United States was disappointed that the current revision of document CSP26/12 did not incorporate the particular comment about access to health services as a fundamental right, nor respond to its questions. For example, there was a need for clarification of the respective roles and comparative advantages of PAHO and the ILO in the endeavor. There was also a need for an explanation of how the \$5 million in staff time and support costs would be allocated, and how the figure of \$25 million in extra-budgetary resources had been developed. Moreover, the document did not adequately articulate how the initiative to extend social protection in health would differ from the ongoing health sector reform initiative in the Region, which was being financed by USAID with PAHO counterpart funding. Because many of the determinants of social exclusion pertained to the

organization and financing of health services, which were major objectives for the health sector reform initiative, it seemed essential that those two efforts should be linked.

The framework for extending social protection in health did not make it a requirement that increased access to health services be tied to improved quality of care. The concept of dignity and care also needed to be more fully developed. The United States of America recommended that the initiative build upon countries' experiences in expanding access, achieving equitable financing and higher quality of services; and that it incorporate a range of work supported by international multilateral organizations working in related areas. Further, PAHO needed to identify target countries willing to embark on such a program and to identify key implementation and research issues. The relationships among the goals, purposes, expected results and strategies of the initiative needed to be better articulated. The role of technical cooperation in helping countries to implement methods and approaches developed by the joint initiative had not been mentioned. Reducing social exclusion in health did not appear to be one of the expected results at the country level.

The United States of America encouraged PAHO to define the initiative and its mandates more narrowly. Given the limited information on the problems of social exclusion, the initiative should be scaled back and should first focus on better measuring the magnitude and scope of the problem, as well as working with a small number of countries on a pilot basis to develop approaches for building public and private stakeholder involvement, and identifying and outlining relevant country-level strategies.

Against that background she proposed that the current operative paragraph 1a should be replaced with a new text that would read “identify, monitor and evaluate potential sources of social exclusion in health.” The phrase “define national strategies to extend social protection in health” should then be inserted at the beginning of operative paragraph 1c; in the same paragraph the word “their” before “sectoral” should be deleted. Operative paragraph 1d should read “implement national strategies to extend social protection and health, including by partnering with the private sector and non-governmental organizations where appropriate.” In keeping with the proposed amendments to paragraph 1, language should be added to operative paragraph 2c, so that it would read: “help countries design and formulate strategies for identifying, monitoring, and evaluating social exclusion, based on individual country needs and priorities.”

El Dr. TORRES GOITIA (Bolivia) reconoce el importante avance que representa la labor conjunta de la OPS y la OIT en lo que respecta a la protección social en materia de salud. Bolivia cuenta desde 1996 con un seguro nacional de maternidad y niñez que protege a toda la población de mujeres embarazadas y de niños menores de 5 años contra problemas de salud que causan mortalidad infantil y materna. Este aseguramiento público, financiado mediante un sistema nacional de recolección de impuestos, ha dado a las embarazadas acceso a la atención del embarazo y del parto y protege a los niños por conducto de la iniciativa conocida por Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). El gobierno municipal debe ser el articulador de este aseguramiento, independientemente del seguro social, que cubre, como máximo, a

20% de la población, y debe lograr la participación de todos los actores de salud y de la población en la medida de las posibilidades, generando mecanismos de compensación para actuar de forma solidaria entre los que pueden y no pueden financiar. La razón fundamental para trabajar este tema a nivel municipal y no nacional radica en la mayor cercanía a la gente, la cual facilita los procesos de recaudación y de fiscalización.

Sería deseable que tanto la OPS como la OIT participen en el proceso de construcción de la estrategia con el fin de poder acumular y aprovechar la experiencia de México con el seguro popular, más las de otros países, como Canadá. Cree interesante señalar que en Bolivia los recursos humanos (los médicos, las enfermeras, las auxiliares de enfermería, etc., pero los primeros fundamentalmente) son contratados y remunerados por determinado número de horas de trabajo. A fin de ampliar la cobertura y generar mayores recursos dentro del sector sanitario, el país se propone establecer mecanismos de trabajo por rendimiento, es decir, según el número de pacientes atendidos, que determinará la asignación de un salario determinado y de incentivos posteriores. También es importante la llamada “participación concurrente”, según la cual todos los recursos nacionales y los que proceden de la cooperación externa bilateral o multilateral deben estar presentes en los planes o programas de salud municipales, evitando así la dispersión de estos recursos. Cada organismo de cooperación debe llegar al espacio municipal, donde se producen las prestaciones y se lleva a cabo la promoción de la salud, mediante sus propios canales, sus propias estructuras.

El municipio puede ser, pues, un espacio donde todos los que participan en la protección de la salud se enfoquen al mismo objetivo y donde los otros sectores, como

los de educación, saneamiento y vivienda, puedan tomar los mismos caminos, generando así un verdadero concepto de desarrollo humano en cada territorio municipal. Para evitar que cada municipio tenga un ritmo de desarrollo diferente en función de sus recursos económicos, Bolivia ha establecido la necesidad de elaborar una política nacional como base para negociar todos estos elementos.

Para terminar, el delegado apoya los cambios al proyecto de la resolución sugeridos por Canadá y los Estados Unidos de América.

Mme OOMS (FRANCE) soutient l'élargissement de la protection sociale qui implique une amélioration de l'accès aux soins. Elle salue et encourage la coordination de l'OPS et de l'OIT dans ce domaine et souligne qu'il est important de développer cette initiative qui permettra, à terme, de développer un système de gestion solidaire de la protection sociale constituant un élément régulateur du marché de la santé.

El Dr. GONZÁLEZ (Cuba) explica que cerca de 240 millones de personas en América Latina y el Caribe (aproximadamente 50% de la población) carecen de protección de salud, razón más que suficiente para analizar el tema en esta ocasión. Además, 107 millones (20%) no tienen acceso a servicios de salud por razones geográficas, lo cual constituye otro elemento que se debe tener en cuenta a la hora de analizar el problema. Todo esto indica que en la mayoría de los países de la Región no se cumple lo consignado en la constitución, es decir, que la salud es una responsabilidad del Estado y un derecho de cada ciudadano. Las razones pueden ser varias y, por tanto, la solución ha de ser multisectorial. Es de destacar la exclusión de las mujeres, los niños, los

ancianos y el sector informal de la economía, que en Cuba no existe, gracias a un sistema nacional de salud único, universal, accesible y gratis para todos los ciudadanos del país.

A la hora de considerar la exclusión social, también cabe tener presente la necesidad de examinar las prestaciones sociales del adulto mayor, que tiene un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. En todo caso, siempre será el Estado quien deberá convocar a todos los actores para que puedan contribuir a encontrar solución a los problemas de la exclusión social.

Reitera que la lucha contra la exclusión social en materia de salud debe concebirse como un esfuerzo sostenido a largo plazo. La iniciativa conjunta que la OPS y la OIT han preparado para los próximos años dará buenos frutos en la medida en que se logre que los Estados Miembros, organismos multilaterales y organismos bilaterales de cooperación participen en la lucha contra la exclusión social. Tal como se plantea en el documento, cada país deberá identificar las causas de la exclusión de salud, determinar la magnitud del problema e idear posibles soluciones a fin de elaborar estrategias y planes para un control sistemático. Los Gobiernos deberán asumir el liderazgo creando asociaciones entre las partes interesadas y estableciendo un diálogo social y político vigoroso y eficaz.

El Dr. ARMADA (Venezuela) explica que en Venezuela la salud y la seguridad social se consideran derechos fundamentales de carácter universal y que el país está tratando de establecer un único sistema nacional público de salud para resolver la gran fragmentación de los sistemas de salud y alcanzar la cobertura universal y la equidad. Se

ha reconocido, como primer paso, el carácter público y no lucrativo de la seguridad social y se han adoptado medidas dirigidas a integrar los servicios que hoy en día prestan los organismos de seguridad social y de salud pública.

Sin embargo el desarrollo de un sistema nacional de salud no es la única alternativa para alcanzar la cobertura universal y ampliar la protección social en material de salud; otras alternativas son los distintos tipos de aseguramiento.

Como cada pueblo es libre de escoger el camino más adecuado para el desarrollo de la salud, Venezuela no considera pertinente que en el documento haya referencias al tema del aseguramiento de salud, ya que hay muchas otras alternativas, como la unificación de todos los servicios públicos bajo un único sistema de salud nacional.

El orador señala algunas otras menciones similares que no considera adecuadas en un documento oficial de la OPS, particularmente las relacionadas con las limitaciones de un paquete predeterminado o con los mecanismos de pago a los proveedores de servicios. Sugiere que se eliminen del documento y mencionar en éste la existencia de distintas visiones para aumentar la cobertura en materia de salud.

Considera que la desigualdad de los ingresos es un aspecto importante del acceso dispar a los servicios, y deben mencionarse cuáles son los distintos mecanismos que lo limitan. Su país prefiere que se hable de “avanzar hacia la cobertura universal de salud”. En todo caso se conformaría con una modificación del acápite 2c de la versión del documento para que se diga: “...solicitar a los Directores de la OPS y la OIT que reconozcan la existencia de distintos modelos para la ampliación de la protección social

en materia de salud y apoyen a los países en el desarrollo de estrategias dirigidas a su implementación de acuerdo con las prioridades y principios escogidos por cada nación”.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) pide que en el proyecto de resolución se mencione específicamente la necesidad de valorar la protección social de la población migrante trabajadora, a la cual sólo se hace alusión. En su país esta población forma parte del sector informal en la mayor parte de los casos. No obstante, el enfoque tiene que ser totalmente diferente al del sector informal tradicional de los países.

Costa Rica también ha desarrollado estrategias para ampliar la protección social desde un sistema público y considera que sus experiencias del país en este sentido podrían ser compartidas con los otros países que están tratando de idear estrategias similares.

El Dr. DULLAK (Paraguay) dice que la protección social en salud es un problema en su país, cuyo sistema de seguridad social, que fue instaurado hace más de 60 años, cubre solamente al 20% de la población. En estos momentos, el Paraguay está observando los modelos de otros países, y ha decidido adoptar un modelo de seguro público de salud como proyecto piloto en uno de los departamentos del país. Este modelo, que ya ha empezado a ponerse en marcha, aúna los recursos de los diferentes niveles de los gobiernos central, departamental y municipal y se espera que en algún momento se incorporen a él también los recursos de la comunidad. La meta es eliminar la práctica actual de los gastos de bolsillo, que representan una buena parte de los recursos que entran en el sector de la salud. Se tratará de extender el modelo al resto del país,

pero de momento el plan básico de salud cubre prioritariamente a las madres y a los niños.

Mr. REYNAUD (International Labour Organization) said that the comments he had heard confirmed that the ILO and PAHO shared the same values, the same vision, and the same objectives. He had admired for a long time the deep commitment of Dr. Alleyne to the quest for equity, a quest that was also a core issue for the ILO. In her speech the previous day, the Director-elect had placed emphasis on solidarity, social justice, inclusion, and had said that it was PAHO's priority to improve the situation of the underprivileged, all of which were totally in line with the ILO's objectives.

Only one person in five in the world had adequate social security. That was considered a major social injustice by the International Labor Conference, which had instructed the ILO to launch a major campaign to promote the extension of social security coverage. Extension of social protection in health was one of the main concerns of that endeavor. The initiative was considered to be the key element in the Americas for the campaign for social security coverage for all. Inter-agency collaboration was vital, particularly in a domain as complex as social protection in health.

While it was not a simple task to have two large and well-established international organizations work together, a genuine capacity for cooperation between PAHO and the ILO on the extension of social protection in health had been established in recent years. It was pleasing that the joint initiative could be presented to the Conference

during its centennial session. That for him symbolized the importance of the challenge which the initiative entailed.

El Sr. SOLARI (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo), declara que la ampliación de la protección social en materia de salud es un tema que preocupa profundamente al BID y felicita a la OPS y a la OIT por su iniciativa conjunta. El BID está empezando a elaborar una nueva estrategia de salud para su cooperación financiera y extrafinanciera con los países en el período de 2003-2015, proceso durante el cual aspira a entablar un diálogo fecundo y continuo con los países.

En América Latina y el Caribe se observa una gran diversidad en lo que respecta a los tipos de financiamiento y acuerdos institucionales y organizaciones que intervienen en el financiamiento de los servicios de salud. Aclara el orador que sus afirmaciones no se refieren, por lo tanto, a ningún país en particular, sino a la situación regional en su conjunto. El gasto promedio en salud de la Región actualmente representa casi 7% del producto regional bruto, por comparación con 3% en Asia Sudoriental. Aproximadamente 50% de ese gasto es un gasto directo que proviene del bolsillo de los usuarios y sus familiares; 25% corresponde a los sistemas de seguridad social, y el 25% restante proviene de rentas generales. El grado de solidaridad es, sin embargo, justamente inverso para los tres, siendo mayor el que corresponde a rentas generales, seguido por el de la seguridad social y después por el de los hogares. En resumen, el sistema en general es muy caro y muy poco solidario y el acceso directo a los servicios es muy desigual y depende del nivel de ingresos.

Según el propio informe presentado, 17% de los partos en la Región son atendidos por personal calificado, al mismo tiempo que en algunos países se practican cesáreas para comodidad de la madre y del médico tratante en casi 50% de los partos. Todo ello ilustra que el acceso no sólo es desigual, sino que en algunos casos hay una gran ineficiencia. El observador del BID señala que parte de esta última radica en los seguros sociales por enfermedad, que no se han orientado ni a la prevención de accidentes y de enfermedades ocupacionales, ni a la promoción de salud entre la población asegurada. Tampoco son seguros competitivos en las áreas de captación de recursos humanos ni de prestación de servicios, sino más bien “islas” de privilegio dentro de un sistema muy desigual. Dichos sistemas de seguros no son eficientes, además, porque se orientan eminentemente hacia las prácticas curativas y rehabilitadoras y descuidan las funciones esenciales de la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Si bien es cierto que la Región de las Américas y del Caribe está a la cabeza del mundo en materia de inmunizaciones, no lo está en cuanto al consumo de tabaco, al sedentarismo, la alimentación o la protección de la salud mental. El sistema no beneficia debidamente a la población porque su orientación es inadecuada. Por lo tanto, la estrategia que planifica el BID para trabajar con los países continúa la línea de reformas del sector salud emprendida desde 1994 y se encamina a ampliar la protección social en salud, pero en dos fases fundamentales. La primera se centra en revitalizar la salud pública en América Latina, adecuándola al marco epidemiológico del siglo XXI, en el cual destacan las lesiones por actos violentos y accidentes y las enfermedades no

transmisibles. En la segunda se pone énfasis en mejorar la eficiencia de los recursos y de la prestación de servicios con miras a lograr mayor equidad.

El Dr. VARELA (Uruguay) dice que su país tiene unos parámetros de salud realmente muy buenos, con una cobertura prácticamente del 100% en el caso de los trabajadores informales. Cuando esos trabajadores están en determinados niveles de pobreza, tienen la cobertura de todo el sector público. Pero lo que se necesita, dada la experiencia que Uruguay tiene en la OIT, más que normas de este tipo es la ampliación a las posibilidades de comercio. Solamente así se podrán producir los recursos fiscales necesarios para dedicarlos a las áreas sociales. Es preciso una reorientación de los recursos para lograr mejores resultados en este aspecto.

Por otra parte, el orador se alinea con la posición de los Estados Unidos, porque en unas economías que tienen que pasar por un proceso de austeridad, es de elemental responsabilidad que se sepa cómo se van a aplicar esos fondos.

El Dr. SALAS (Observador, Federación Internacional Farmacéutica) dice que es gratificante ver como la filosofía de la participación y la colaboración se va transformando en realidad. Decía don Oscar Arias Sánchez, Premio Nobel de la Paz, y ex Presidente de Costa Rica, en su discurso de inauguración del Congreso Mundial Farmacéutico celebrado en Francia, que “la pobreza no necesita pasaporte ni visado para trasladarse de un país a otro”, y ahora sabemos que con esa migración desde un mundo de desesperanza hacia un sueño de esperanza y dignificación viajan también la enfermedad y la falta de educación sobre la salud. Es sin duda el momento de una alianza más

generosa y comprometida de los países desarrollados con los países en desarrollo en el nuevo escenario de los tiempos, y desde luego, de una política de inclusión y participación amplia ante los sectores gubernamentales y no gubernamentales en el ámbito nacional.

En la Región, los escasos recursos existentes deben inventariarse y consolidarse bajo una sola línea de pensamiento y una sola estrategia de acción para dar respuesta pronta a las necesidades que cada vez se convierten más en demandas. Desde este punto de vista, lo importante son las estrategias para alcanzar los objetivos de interés nacional. El programa conjunto de la OMS y la Federación Farmacéutica Internacional para la operación de foros farmacéuticos regionales en Europa, las Américas, Asia y África constituye sin duda uno de los mejores ejemplos de cooperación entre organismos gubernamentales y no gubernamentales para mejorar el acceso a los medicamentos y el uso racional y adecuado de los mismos por la población usuaria. América Latina sólo representa el 6% del consumo mundial de medicamentos, y Brasil, México y Argentina, el 67% del consumo latinoamericano. Al alto precio de los mismos —el promedio por unidad de medicamento en la Región es de US\$ 5,40, comparable con España (\$5,60), Italia (\$6,40) y Francia (\$5,00)—, se agrega un factor que hasta ahora no se ha empezado a cuantificar y a reconocer en su verdadera dimensión.

En países desarrollados como los Estados Unidos e Inglaterra, estudios de farmacoeconomía demuestran que entre el 12 y 14% de los ingresos hospitalarios a través de los servicios de emergencia tienen su origen en problemas asociados al uso irracional e inadecuado de medicamentos. El 70% de los médicos aceptan prescribir el

medicamento que el paciente les solicita y que conocen por la publicidad. Los pacientes interrumpen su medicación o utilizan mal los medicamentos porque no tienen acceso a la información suficiente o adecuada por parte de médicos y farmacéuticos. Algunos gobiernos desregulan el marco jurídico y profesional del medicamento bajo las banderas interesadas del autodiagnóstico y la automedicación. Realmente, el acceso al medicamento sólo cumplirá una adecuada relación costo-beneficio en la medida que se actúe, legisle o deje de regular su manejo profesional para mejorar sustancialmente su uso adecuado y racional, tanto a nivel institucional como privado.

Por último, el orador manifiesta que el Foro Farmacéutico de las Américas, con el apoyo que se deriva de la productiva colaboración entre la Federación Internacional Farmacéutica, la OMS, la OPS y las organizaciones profesionales farmacéuticas, tanto regionales como nacionales, está mejorando las herramientas e instrumentos necesarios para la participación de los farmacéuticos y los servicios farmacéuticos públicos y privados en el mejoramiento del acceso de la población a los medicamentos y en asegurar su uso adecuado y racional.

El Dr. LÓPEZ-ACUÑA (Director, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) agradece los valiosos comentarios sobre el documento y el proyecto de resolución, y muy especialmente al Dr. Emmanuel Reynaud, Director del Departamento de Seguridad Social de la OIT. Ha habido un diálogo muy fructífero entre el Director de la Organización, el Dr. George Alleyne, y el Director General de la OIT, el Dr. Juan

Somavia, que con enorme visión decidieron poner juntas las capacidades y ventajas comparativas de las dos organizaciones.

A continuación, resume algunos puntos fundamentales que fueron ampliamente abordados. La Región se enfrenta con un grave problema de exclusión del acceso a los servicios de salud. Se trata también, como señaló el Secretario de Salud de México, de una exclusión de la protección financiera tanto para atender los problemas de salud como para contener los efectos que la salud tiene sobre la economía de los hogares. Ese problema de exclusión se agrava enormemente con el gran crecimiento del sector informal de la economía, que no se incluye en las contribuciones que puedan hacerse a través de la nómina a cualquier plan de financiamiento de la seguridad social y que constituye cada vez más un sector al que hay que dar una respuesta y para el que no existe un mecanismo establecido en la mayor parte de los sistemas de salud del continente.

Este problema estructural de la Región se ve agravado por las características de sus sistemas de salud, eso es, por la segmentación institucional y por el limitado trasvase que hay entre los compartimentos estancos de la atención financiada con recursos del Estado. Dicha segmentación agrava la exclusión y dificulta las medidas que puedan dar respuestas eficaces. De ahí la importancia que tiene la magnitud del gasto de bolsillo en la Región, que supone sobretodo que los sectores más desprotegidos de la población son los que más proporción de su ingreso tienen que poner de manera directa para cubrir gastos que no están directamente cubiertos por las atenciones financiadas por el Estado o por la seguridad social. Algún país de la Región tiene hasta un 75% del financiamiento en

salud que procede del gasto de bolsillo. Este debe ser uno de los ejes centrales de esta nueva generación de reformas que hoy se tienen que plantear: no sólo el tema de la eficiencia y la gestión, sino también de la protección social en salud, de la protección financiera, del acceso y de la recuperación de las funciones esenciales de salud pública y de la autoridad sanitaria.

No hay duda de que hay que buscar nuevos caminos, y eso es a lo que se refiere la noción del trabajo conjunto de la OPS y la OIT de extensión de la protección social en salud. El tema clave es cómo se impulsa una acción eficaz de protección de la ciudadanía como una protección pública de los servicios, para que el acceso universal a la atención de salud sea en verdad un derecho humano fundamental. En algunos países eso se hará a través de un servicio único de salud o de un sistema nacional de salud con un financiamiento basado en impuestos generales que no afectan, entre otras cosas, ni la nómina ni incrementan los costos laborales. En otros casos habrá que ver hasta dónde se puede llegar con la expansión del mecanismo tradicional de las contribuciones tripartitas de empleados, empleadores y gobierno a los mecanismos de la seguridad social.

El documento de la OIT y la OPS plantea la necesidad de examinar con enorme profundidad analítica las causas y magnitudes de la exclusión, por una parte, y por la otra de analizar los mecanismos que de acuerdo con el sistema de salud de cada país puedan ponerse en marcha para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la protección financiera de los ciudadanos y de sus familias, con miras a respetar el compromiso ciudadano del derecho a la salud universal para todos.

The PRESIDENT requested the Rapporteur to distribute a revised version of the proposed resolution in the light of the comments and suggestions made.

EXPRESSION OF SYMPATHY ON THE OCCASION OF THE
DEATH OF DR. JOÃO YUNES.
PÉSAME POR EL FALLECIMIENTO DEL DR. JOÃO YUNES.

The DIRECTOR reported that he had just learned of the decease of Dr. João Yunes, who for many years had been the PAHO Representative in Cuba. He had also been the Director of PAHO's Division of Health Promotion, and frequently head of the delegation of Brazil. He had been a representative to the Executive Board in Geneva, and an outstanding health professional. On behalf of the Conference he expressed sympathy to Brazil on the loss of a truly remarkable man.

Continuando en español el Director expresa sus condolencias a la familia del Dr. Yunes.

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

- Item 4.4:* Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002
Punto 4.4: Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para
1999-2002

La RELATORA presenta el proyecto de resolución propuesto por Venezuela:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/9 “Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002”;

Teniendo en cuenta la resolución CSP25.R4 adoptada por la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana y en particular la parte 3b, que solicita al Director que evalúe el impacto de la cooperación técnica utilizando las orientaciones estratégicas como marco de referencia,

Habiendo sido informada de situaciones que mueven a preocupación, relacionadas con el elevado índice de incumplimiento de las metas regionales adoptadas por la Organización para el período 1999-2002, y con un porcentaje alto de metas consideradas no mensurables porque la información disponible es insuficiente, difícil de obtener, desactualizada o no comparable, y

Constatando que el documento referido no satisface plenamente el propósito expresado en la resolución CSP25.R4,

RESUELVE:

1. No dar por cumplido en su totalidad el mandato adoptado por la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en esta materia.
2. Solicitar al Director que presente un nuevo documento para ser sometido al Consejo Directivo a realizarse en 2003.

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined document CSP26/9 "Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002;"

Taking into account Resolution CSP25.R4, adopted by the 25th Pan American Sanitary Conference and, in particular, section 3b, which requests the Director to assess the impact of technical cooperation utilizing the strategic orientations as the frame of reference;

Having been informed of troubling situations related to the high degree of failure to meet the regional goals adopted by the Organization for the period 1999-2002 and the high percentage of goals considered unmeasurable because the available information is insufficient, unavailable, not up-to-date, or not comparable; and

Declaring that the document in question does not fully satisfy the purpose expressed in Resolution CSP25.R4,

RESOLVES:

1. To declare that the mandate adopted by the 25th Pan American Sanitary Conference in this area has not fully been met.
2. To request the Director to present a new document for submission to the Directing Council to be held in 2003.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución¹.
Decision: The proposed resolution was adopted¹.

Item 4.2: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
Punto 4.2: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

La RELATORA presenta el proyecto de resolución, da lectura a las enmiendas propuestas por Brasil y los Estados Unidos de América y solicita que se incorpore como último párrafo en la parte preambular el siguiente texto:

¹ Resolution CSP26.R11
Resolución CSP26.R11

Teniendo en cuenta la "Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública", adoptada por la cuarta Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, celebrada en Doha (Qatar), del 9 al 14 de noviembre de 2001.

Asimismo, que se agregue el siguiente acápite al párrafo 2 de la parte dispositiva:

- c) explore medidas para reforzar la capacidad nacional del control de calidad de los medicamentos genéricos.

Mr. O'BRIEN (Trinidad and Tobago) pointed out that operative paragraph 3 contained the words "request that he report to the Governing Bodies in the future only when he considers..." In light of the election of Dr. Mirta Roses to the post of Director the previous day, he suggested that the wording be changed to "request that a report be made to the Governing Bodies only when it was considered..."

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted¹.
Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado¹.

Item 4.5 *Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the period 2003-2007*
Punto 4.5: *Plan Estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007*

La RELATORA presenta el proyecto de resolución y da lectura a las enmiendas propuestas por Chile y Venezuela:

Al final del párrafo 1 de la parte dispositiva se ha añadido: "con las modificaciones indicadas por la Conferencia".

¹ Resolution CSP26.R12
Resolución CSP26.R12

- En el párrafo 2 de la parte dispositiva se han añadido los siguientes acápites:
- d) presente informes anuales de seguimiento y evaluación de la implementación del Plan Estratégico, particularmente en lo referente al impacto de la cooperación técnica;
 - e) presente un análisis de las características organizacionales existentes y requeridas para la implementación del plan.
 - f) acoja el interés expresado por varias delegaciones, en cuanto a que en la próxima reunión del Consejo Directivo de la Organización, dicho Consejo tenga la facultad de efectuar modificaciones al Plan Estratégico, a la luz de las consideraciones que presenten en esa reunión tanto los Estados Miembros como la nueva Directora.
 - g) incluya en el documento final las modificaciones aprobadas por este Consejo Directivo, para todos los efectos.

The DIRECTOR pointed out that the presentation of a full monitoring and evaluation report every year, as called for in operative paragraph 2(d), was a huge task. Since the Directing Council discussed the budget every two years, and those discussions necessarily covered what had happened with the various projects undertaken, he wondered if there really was a need for an annual monitoring and evaluation report.

La Dra. URBANEJA (Venezuela) entiende la preocupación del Dr. Alleyne y ratifica la solicitud de Venezuela a los Estados Miembros, porque está convencida de la importancia que tiene para los países tener un seguimiento a más corto plazo del plan estratégico. Así pues, propone realizar una evaluación no tan exhaustiva como la que se hace cada dos años, pero sí una evaluación y seguimiento anuales.

Mr. AISTON (Canada) said he took seriously the remarks of the Director, while at the same time agreeing with Venezuela that there was a need for a monitoring and evaluation capacity. He suggested that the Resolution be amended to adopt a less formal approach.

El Dr. MUÑOZ (Chile) está de acuerdo con lo que ha planteado el delegado de Venezuela e insiste en la necesidad de que se hagan informes anuales de seguimiento y evaluación de la ejecución del plan estratégico. Propone que, junto con el Canadá, y Venezuela, se revise el proyecto de resolución.

Mr. O'BRIEN (Trinidad and Tobago) said that he supported the views of Canada and Chile with regard to annual monitoring and evaluation reviews, but was concerned about the concentration on technical cooperation, since its effects tended to be medium to long term. With regard to operative paragraph 2(f), he believed that the Strategic Plan was a flexible guide to future action, not something cast in stone, and that the Directing Council should always have the right to change it. In consequence, operative paragraph 3 (g) seemed to be irrelevant.

The Hon. Jerome WALCOTT (Barbados) said that he, too, believed that operative paragraph 3(g) was redundant, since operative paragraph 1 referred to the modifications indicated by the Conference.

Mme OOMS appuie le Docteur Alleyne, soulignant combien l'évaluation de l'impact d'un plan requière du temps. Même s'il y a des choses qui peuvent être fournies

sur une base régulière, voire instantanée et qu'il soit possible d'effectuer un suivi d'un plan général, si on veut véritablement s'attaquer au fond du problème, l'impact du plan sur la situation de santé des populations, il faut évidemment deux voire trois, quatre années au minimum pour que l'on puisse véritablement faire un travail de qualité. Il faut donc peut-être adopter une approche un peu moins formelle, laissant bien sûr la possibilité, l'année prochaine, compte tenu du changement de direction, de faire éventuellement le point pour voir s'il est nécessaire de modifier le plan tel qu'il a été présenté cette année. Il ne faudrait pas imposer cet exercice aux délégations mais plutôt préserver ce temps pour, dans un cadre plus flexible, juger de l'opportunité du choix des priorités des actions à présenter.

Dr. WINT (Jamaica) supported the views expressed by the Director and by the delegates of Barbados and Trinidad and Tobago.

The PRESIDENT suggested that a Working Party be established consisting of the delegates of Barbados, Canada, Chile, Trinidad and Tobago and Venezuela and other interested delegations to redraft the proposed resolution, making it more flexible.

*It was so agreed.
Así se acuerda.*

*The meeting was suspended at 11:00 a.m. and resumed at 11:30 a.m.
Se suspende la reunión a las 11.00 a.m. y se reanuda a las 11.30 a.m.*

ITEM 4.8: HEALTH AND AGING
PUNTO 4.8: LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO

The Hon. Leslie RAMSAMMY (Representative of the Executive Committee), said that the item had been discussed at the Committee's 130th Session in June. As was clear in document CSP26/13, all countries in the Region were experiencing population aging, rapid growth in the number and proportion of older adults could lead to a public health crisis, overwhelming health services and creating intergenerational competition for scarce resources. However, that crisis could be averted through the implementation of actions aimed at promoting active and healthy aging. In that regard, the Committee had considered document CE130/15 to be a good framework for addressing the challenges and opportunities created by an aging population. It embraced a model of health that was comprehensive and coordinated, both within the health sector and across other sectors that contributed to good health status and sustainable health services. The Committee had acknowledged the value of an integrated approach, but also emphasized the need for countries to select those features of the approach considered appropriate to their unique demographic situation. The impact of aging varied across the Region, as did life expectancy and the proportions of older people living within countries.

The Committee had welcomed PAHO's focus on applying outcomes of the United Nations Second World Assembly on Aging, held in Madrid in April 2002. That conference, which had adopted an International Plan of Action on Aging, had provided an opportunity for countries to re-examine aging at the national and international levels and reaffirm their commitment to improving the lives of older persons. Some delegates

had cautioned against drafting a further lengthy document on the topic, preferring PAHO to work with countries towards the development of a list of common priorities for the Region, accompanied by specific and measurable steps for improving the health and well-being of older populations. The importance of taking a broad view of the direct impact that an improvement or deterioration in the health status of older populations might have on the health status of other groups had been emphasized.

The Committee had made several suggestions for improving the document, including greater emphasis on the development of community-based supportive housing or options for assisted independent living as cost-effective alternatives to institutionalization, and the inclusion of injury prevention among the targets for health promotion. In addition, it had recommended that PAHO should monitor and evaluate research in order to give ministries of health an evidence base for developing programs and policies to promote healthy aging.

The Committee recommended that the Conference adopt the resolution set out in the Annex to document CPS26/13.

The Hon. Damian GREAVES (Saint Lucia), speaking on behalf of the ministers of health of the CARICOM countries, noted that the health and well-being of older populations was a significant concern for governments. It was projected that, by 2025, persons aged 60 years and over would account for approximately 21% of the population in those countries, ranging from a low of 7.5% in Grenada to a high of 24.3% in Barbados. For the “older old” (those aged 75 years and older), the projections for 2025

ranged from a low of 1.1% in Grenada to highs of 5.3% in Dominica and 6.3% in Barbados. Concerning the “oldest old”, it was worth noting that the oldest person in the world, a 126-year old woman, lived in Dominica.

The challenge of providing appropriate services for older persons came at a time of epidemiological and social transition. Health services were being asked simultaneously to address the disabilities imposed by chronic diseases and the burden arising from new and emerging infectious diseases. Changing social structures had resulted in diminished care for older persons by the extended family and greater reliance on services provided by the state. In some countries, significant migration had affected the older population in particular ways. Grandparents were now the primary providers in households where parents had migrated or succumbed to HIV/AIDS.

Other pressures arose from the growing tendency of nationals, who had lived most of their working lives outside the Caribbean, to return to the sub-region for retirement, bringing with them high expectations, including demands for a quality of service comparable to that experienced abroad. Governments were not always able to meet such demands.

The governments of the CARICOM countries had undertaken several initiatives that recognized the contribution of older populations to development and responded to their need for quality services. They included the 1997 Charter of Civil Society for the Caribbean Community, which ensures human rights for all, regardless of age, and the inclusion of quality services for older persons within the framework of the Family Health Priority of the Caribbean Cooperation in Health Initiative.

In February 1999, the CARICOM Council of Human and Social Development had approved the Caribbean Charter on Health and Aging, that underscored the fundamental principle that health and wellness encompassed the need for preventive strategies and supportive environments, as well as senior-friendly goods and services. The Charter had three components, namely, supportive environments for older persons at home, in the community and in long-term care facilities; primary health care and health promotion; and economic security, employment and other productive activity for healthy aging.

The challenge of caring for an aging population was being addressed through national and collaborative efforts aimed at ensuring the continued well-being of older citizens and their contributions to development. More specifically, the health needs of older persons required improved services to treat hypertensive and cerebro-vascular disease, diabetes mellitus, and pulmonary, circulatory, and urinary disorders. CARICOM countries were mindful of the need to prevent debilitating conditions associated with aging through active prevention and promotion programs throughout the lifespan. Within the context of the Caribbean Strategy for Health Promotion, several countries had redesigned their health plans to give greater emphasis to the determinants of good health. The Bahamas and Barbados had established commissions and specific policies for addressing the comprehensive needs of older populations, and several other countries were planning to establish formal policies.

Comprehensive information on older persons, including their health status and social needs, was fundamental to the success of any intervention. It was therefore

gratifying to note that Barbados had been included in the PAHO multicenter study on Health, Well-being and Aging for Latin America and the Caribbean. Results from the study would be shared with other countries in the Caribbean and form the framework for developing baselines of information to support the implementation of strategies appropriate for older persons. CARICOM countries supported the proposed resolution.

Le Docteur MASSÉ (Canada) souligne que si tous les États membres de l'OPS s'inspiraient de ce code conceptuel, pour répondre aux besoins de leurs populations vieillissantes, ils auraient tous contribué largement à l'amélioration de la santé des individus et des communautés dans lesquelles vivent les aînés.

Le vieillissement de la population est un phénomène international et il est réconfortant de constater avec quelle attention et collaboration soutenue s'est construit cette conspiration positive, si on peut l'appeler comme ça, pour faire face à ce phénomène sans précédent dans l'histoire et pour assurer le respect des droits, des conditions et de la qualité de vie des personnes.

Il y a lieu de se réjouir de l'allongement de l'espérance de vie et du défi majeur qui consiste à l'augmenter, libre d'incapacité. Il faut reconnaître que le vieillissement ne se produit pas de la même façon pour une femme ou un homme, en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou près des grands centres. Ces variables doivent être prises en considération lors de l'examen de l'ensemble des conditions nécessaires à la promotion d'une vieillesse active.

La globalité des interventions proposées, dans le cadre de ce guide, garantit que l'ensemble des déterminants de la santé soit pris en compte et que les besoins fondamentaux soient ainsi satisfaits. Les enjeux sont importants et nécessitent une mobilisation de multiples secteurs et acteurs, de façon durable.

Le Canada est très satisfait du travail effectué en collaboration avec le Mexique au cours des dernières années, sur les questions touchant au vieillissement et à la santé. L'Organisation panaméricaine de la Santé a facilité énormément le travail. La création d'un guide pour élaborer un système complet de soutien pour la promotion du vieillissement actif est une réalisation qui révélera son efficacité dans des actions concrètes.

Le rapport souligne des domaines clefs qui sont la nutrition, l'activité physique, la santé mentale, la prévention de la démence ainsi que la prestation des soins primaires à l'intention des personnes âgées. Ces aspects, qui avaient été traités à Québec l'année dernière, lors du symposium panaméricain sur le vieillissement et la santé, sont associés aux habitudes de vie individuelles, influencés par des valeurs sociales et des conditions environnementales. Il avait alors été démontré les liens directs et indirects entre les maladies chroniques. Les choix d'intervention au Canada s'articulent dans une globalité et donnent l'occasion de le faire d'une façon préventive et surtout d'en mesurer les effets.

Le Canada se réjouit de l'insistance mise sur le *logement supervisé* dans les communautés ou ce qui est également appelé, *la vie autonome assistée*. Les services au domicile peuvent permettre à un très grand nombre d'aînés de conserver leur indépendance, tout en leurs procurant un environnement sain et sécuritaire. Au Canada,

cette mesure réduira de façon importante la demande de placement en institution, un défi de taille à relever.

Le Dr Massé souligne également l'importance accordée à la définition des objectifs et des stratégies pour contrer les blessures non intentionnelles qui causent trop souvent la souffrance et les invalidités de longue durée qui peuvent être évitées.

Dans le cadre du programme national de santé publique du Québec, l'attention est également portée sur la consommation des médicaments par les aînés. Les études en cours permettent déjà d'envisager la nécessité de se doter d'objectifs et de stratégies efficaces, afin d'éviter les effets non désirés à la consommation des médicaments par les personnes âgées. Il y a lieu de s'assurer que les médicaments essentiels soient accessibles aux personnes qui en ont besoin.

Il faudra donc veiller à un équilibre entre l'accessibilité aux médicaments et leurs effets secondaires qui sont de plus en plus fréquents chez les personnes âgées. L'intention est de garder le plus longtemps possible les aînés en bonne santé, dans leur milieu naturel, pour favoriser leur participation à la vie, dans leur communauté, dans le respect de leur capacité.

El Dr. MUÑOZ (Chile) dice que el fortalecimiento de las políticas y planes de salud dirigidos al adulto mayor es una demanda que exige urgentes cambios en la estructura y la gestión de las autoridades nacionales de salud y en su vinculación con las instancias intersectoriales que los gobiernos dispongan para los mismos fines. En este sentido, su país apoya las recomendaciones incluidas en el proyecto de resolución presentado. Desde 1998, Chile ha venido implantando una política de salud del adulto mayor que incluye acciones dirigidas a mejorar la cobertura de la seguridad social y de los servicios de salud para los problemas de salud prevalecientes en este importante grupo etario. A la vez, ha ido ganando experiencia en el desarrollo de subsidios estatales dirigidos a mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores. La introducción de un programa de alimentación complementaria dirigido a los adultos mayores con más carencias, unida a programas de ejercicios físicos y otras acciones en la atención primaria, ha permitido controlar factores de riesgo coronarios y pérdidas de densidad ósea asociadas con daños de salud relevantes. Propone que el proyecto de resolución amplíe la recomendación de elaborar planes de capacitación de los trabajadores de salud de la atención primaria en el área de la promoción del envejecimiento saludable. Esos cambios no sólo deben ir dirigidos a incrementar los conocimientos sino también a modificar aptitudes hacia la población de mayor edad en los países de la Región.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that older persons at the top of President Bush's national agenda for health and social policies, United States applauded PAHO's readiness to implement the International Plan of Action on Aging. The

Organization's proposed plan addressed many of the key issues raised in the International Plan of Action on Ageing and would serve as a solid guide for countries in the Region. In working towards regional implementation of the Plan, Member States should collaborate with PAHO and other relevant United Nations agencies to develop a short list of common priorities on aging, together with specific measurable steps that could be taken to improve the health and well-being of their older populations.

PAHO's comprehensive document touched upon a wide variety of factors involved in the relationship between aging and health, ranging from the role of primary care in the management of aging-related disease to the far-reaching health differentials in the Region. A recent study by the United States National Institute on Aging concluded that specific actions taken at the primary care level could greatly influence health disparities, and that interventions aimed at helping patients better manage and understand their own treatment could reduce and possibly even eliminate socioeconomic disparities in health.

With regard to the proposed resolution, operative paragraph 1(e) appeared to stress the need for more effective regulations in the provision of care in long-term care settings, including supportive housing and assisted living. She therefore suggested that the phrase, "to vulnerable populations" be replaced by "in such settings." The resulting phrase, "regulate the provision of care in such settings" might better reflect the intent of the paragraph.

The United States of America strongly supported PAHO's leadership in working with other key United Nations agencies to advance implementation of the International

Plan of Action on Aging within the Americas. Such leadership would support the momentum needed to address the increasing challenges posed by aging populations.

El Dr. TORRES GOITIA (Bolivia) comenta que en los países donde el índice de desarrollo humano es muy bajo uno de los grupos excluidos es el de la tercera edad. Hay que acelerar la adopción de políticas y emprender acciones vigorosas para que la exclusión social de los ancianos se aborde con el mismo vigor y la misma fortaleza que la exclusión de la mujer y de los niños en las políticas de salud. En 1996 se creó en Bolivia el Seguro Nacional de Vejez, con el financiamiento de la Lotería Nacional, para atender a todas las personas mayores de 65 años que no están cubiertas por la seguridad social. Actualmente, dicho seguro se enfrenta con dificultades de financiamiento, de manera que el gobierno ha tenido que recurrir a soluciones imaginativas para financiarlo por medio del Tesoro General de la Nación y del aporte de los municipios.

Solicita que en el proyecto de resolución se agregue, al final del párrafo 1 de la parte dispositiva, otro inciso en el cual se establezca la necesidad de incorporar la enseñanza de la medicina de la tercera edad en los planes de estudios de las facultades de medicina y en los de las especialidades, particularmente la medicina interna y la cirugía general.

Mme OOMS (France) félicite le Bureau pour la qualité du document CSP26/13 et indique que deux points relatifs à la prise en charge des personnes âgées ont retenu particulièrement l'attention.

Le point 3.2 : établir des cibles de santé mentale pour les personnes âgées, qui mettent en lumière les pratiques et les traitements relatifs à la santé mentale, tant dans sa composante de diagnostic précoce que dans celle du traitement approprié.

Le point 3.3 : traiter de la réorientation des soins de santé primaire, qui mettent en évidence la nécessité de réorienter la réflexion sur les médicaments essentiels pour tenir compte des besoins d'une population vieillissante. La délégation française soutient pleinement le projet de résolution proposé et souhaite des précisions sur les maladies neurologiques dégénératives. Elle s'interroge sur l'absence de toute référence à celle-ci dans les documents, en particulier la maladie d'Alzheimer.

El Dr. MARIMÓN (Cuba) dice que en su país el envejecimiento también es un problema muy importante de salud y por eso se está llevando a cabo un plan nacional de acción integral y multisectorial, que entre los aspectos fundamentales tiene la creación de servicios básicos de apoyo al adulto mayor, como los relativos a la actividad física y la salud mental. El plan considera que los ancianos no deben verse sólo como un grupo vulnerable y asociado irremediabilmente a una serie de enfermedades y discapacidades, sino también como un grupo con grandes capacidades que pueden realizarse mediante las mejoras en la prevención, la atención y la rehabilitación de sus problemas fundamentales de salud. Se considera que una adecuada atención primaria contribuye a la promoción de

la salud y la prevención de enfermedades del adulto, y es decisiva para lograr un envejecimiento activo y con óptima calidad de vida. Cuba cuenta con un subsistema de atención primaria que cubre el 99,9% del territorio nacional con más de 30.000 médicos de familia, que son los pilares del mencionado programa. Por otra parte, teniendo en cuenta la rápida transición epidemiológica y demográfica que ha ocurrido, el personal de salud actúa ahora en un contexto demográfico sanitario diferente. Por tal motivo, se están revisando los planes de estudio para que la salud de los ancianos se tenga en cuenta en la formación de los futuros médicos.

El orador pone de relieve que el envejecimiento de la población de América Latina ha sido muy rápido y, por primera vez en la historia, no está vinculado con el desarrollo económico. Al contrario, coexiste con muchos otros problemas pendientes asociados a la deuda económica y social que consume a los países latinoamericanos. Es por ello por lo que la Delegación de Cuba solicita tanto a la OPS como a los demás organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales que incrementen los esfuerzos y los recursos para impedir que el envejecimiento se convierta en un problema para dichos países.

Cuba apoya totalmente el proyecto de resolución, que servirá para trabajar unidos en este reto de la salud para el futuro.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) dice que, frente al aumento de la proporción de personas de la tercera edad, su país ha venido desarrollando varias estrategias para la atención de este grupo de edad, entre ellas la creación del Consejo

Nacional para la Política del Adulto Mayor. Tras felicitar a la Oficina por el excelente documento que se ha preparado, sugiere que en el proyecto de resolución, dentro del inciso *c* del párrafo 1 de la parte dispositiva, se añada la necesidad de investigar todo lo relacionado con la agresión a las personas de edad, pues solo se mencionan las lesiones no intencionales. Le parece, además, que hace falta insistir en la educación de la población para saber cómo ve la gente la vejez, el respeto que tiene por los ancianos y el lugar que les da en la sociedad.

El Dr. SALVERAGLIO (Uruguay) destaca que su país tiene la mayor proporción de personas de edad de América Latina, pues actualmente el 17% de la población tiene más de 65 años de edad y su número aumenta rápidamente, lo cual causa problemas para su asistencia. Los cambios de la sociedad han influido también en este gran problema, pues hasta hace unos años la vivienda media era amplia y en ella convivían con el anciano personas de todas las edades, sobre todo las mujeres que se quedaban en casa para cuidar de la familia. Hoy en día, por el contrario, las viviendas son mucho más pequeñas, las mujeres trabajan fuera de casa y, además, los niños y jóvenes suelen tener poco aprecio por la compañía de una persona mayor en casa. Como consecuencia, a las dolencias propias de los años, el anciano muchas veces agrega un dolor quizá más grande: la soledad. En Uruguay están creciendo y multiplicándose las casas que alojan a los adultos mayores y habitualmente les dan techo y comida. Pero las personas de edad necesitan más que eso; necesitan comprensión, amor, solidaridad, compañía, respeto, cosas todas ellas que sólo se les podrán proporcionar si la sociedad rescata y destaca esos

valores, fundamentalmente en la escuela y el seno de la familia. Es posible que la educación por el amor sea el camino para mejorar la salud del adulto mayor.

A Sra. TESS (Brasil) felicitou a OPAS por ter incluído como tema da agenda da Conferência, a saúde e o envelhecimento. Informou que a melhoria da qualidade da imunização, na assistência ao idoso constitui uma prioridade para o Governo brasileiro e sugeriu a que, no parágrafo 1, d, além do acesso aos medicamentos essenciais se incluísse o acesso às vacinas.

El Dr. CARBONE (Perú) dice que su delegación coincide plenamente con el proyecto de resolución propuesto, y aprovecha para comentar que en el Perú se ha puesto en práctica un programa de atención integral del adulto mayor, con la colaboración de los ministerios de salud, de promoción del desarrollo y de la mujer. Sin embargo, agrega, ningún programa puede reemplazar, como lo dijo el delegado de Uruguay, el amor, el cariño, el afecto, el reconocimiento, la escucha y la atención que la familia y la comunidad deben brindar a las personas mayores. Por ello solicita que el próximo año, en el 44.º Consejo Directivo, se trate el tema de la salud y la familia, con inclusión del adulto mayor.

El Dr. ACUÑA (ex Director de la Oficina Sanitaria Panamericana) les recuerda a los delegados que durante su mandato el problema más sobresaliente era el de la morbilidad y la mortalidad de madres e hijos, que la Organización supo combatir eficazmente. Le parece que, de manera análoga, en la actualidad se podrían buscar

estrategias más directas para afrontar los problemas de salud de las personas mayores. Propone a guisa de ejemplo que las campañas para prevenir el tabaquismo no se enfoquen solamente en los jovencitos sino que se amplíen a las personas de cincuenta años, pues si éstas dejan de fumar pueden aún evitar muchos problemas de salud vinculados con el tabaco. De igual manera, habría que insistir en los exámenes periódicos para la detección temprana de los cánceres de próstata, de mama y del aparato reproductivo en general, pues el tratamiento oportuno puede permitir una vejez tranquila y libre de problemas. Le complace al orador que varios delegados hayan informado de que en sus países hay programas de asistencia integral de los ancianos; se lamenta, sin embargo, de que cuestiones presupuestarias o, pero aún, políticas impidan que la cobertura sea total.

Por otra parte, hablando a título personal, dice que llegar a la vejez no significa que uno deba recluirse en un asilo o una casa de recuperación; lo único que se debe hacer es disminuir el ritmo de trabajo. Por supuesto, a esa edad el ejercicio también es indispensable para mantenerse sano y debe ser parte integrante de la vida. Por último, agradece que se le haya dado la oportunidad de dirigirse a la Conferencia.

La Dra. PELÁEZ (OPS) agradece los comentarios y, de manera especial, la colaboración recibida en el nivel regional de muchos Estados Miembros que en los últimos años han participado muy activamente en la cooperación técnica entre países, así como en el intercambio fructífero de experiencias. Dice que el programa de la OPS que se ocupa de los adultos mayores se compromete a determinar la visión y la misión de lo

que se tiene que hacer en los países para lograr el envejecimiento sano y activo para la mayor parte de la población. Será preciso también diseñar estrategias específicas como las mencionadas por el Dr. Acuña para empezar a adecuar los sistemas de salud, al objeto de que ofrezcan atención por un personal capacitado que logre establecer el diagnóstico temprano, tenga acceso a los medicamentos básicos y entienda la importancia de la promoción de la salud para las personas mayores. El problema de las carencias nutricionales de este segmento de la población exige asimismo una atención especial. Otro tanto puede decirse del tema de salud mental, pues en las personas que viven más de los 70 años el riesgo de demencia se duplica y aun triplica; por lo tanto, es preciso adecuar los sistemas de asistencia a largo plazo y proporcionar a la familia el apoyo necesario para que aprenda a manejar estos problemas. El diagnóstico apropiado de las demencias, para no confundir con la enfermedad de Alzheimer otros trastornos afines que tienen tratamientos apropiados, constituye un problema cuya solución depende de contar con personal de atención primaria capacitado, además de un programa de salud mental capaz de darle seguimiento a los padecimientos que se identifiquen.

Por otro lado, la oradora reconoce que el reto con que se enfrenta el programa es grande, y consiste en ir concentrando la atención en las estrategias que son comunes a todos los países, como la necesidad de desarrollar los recursos humanos. Además de formular estrategias específicas para el programa de salud del adulto mayor, interesa también trabajar con otros programas regionales pertinentes; así, se contará con la colaboración de los programas regionales de recursos humanos, de enfermedades no transmisibles, de nutrición y actividad física, y de municipios saludables.

The PRESIDENT said that the proposed resolution would be amended in the light of the comments and suggestions made.

The meeting rose at 12:40 p.m.
Se levanta la reunión a las 12.40 p.m.