



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/8
26 September 2002
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH
PORTUGUESE-SPANISH

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

Thursday, 26 September 2002, at 2:30 p.m.
Jueves, 26 de septiembre de 2002, a las 2.30 p.m.

President: Senator the Hon. Samuel Aymer Antigua and Barbuda
Presidente: Antigua y Barbuda

Contents *Contenido*

Item 4.9: Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
Punto 4.9: Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas

(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.*)

- Item 4.10:* Public Health Response to Chronic Diseases
Punto 4.10: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
- Item 4.11:* Women, Health and Development
Punto 4.11: La mujer, la salud y el desarrollo

*The meeting was called to order at 2:36 p.m.
Se abre la reunión a las 2.36 p.m.*

ITEM 4.9: REGIONAL STRATEGY FOR MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY REDUCTION

PUNTO 4.9: ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS

The Hon. Leslie RAMSAMMY (Representative of the Executive Committee) said that the Executive Committee had examined the Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction at its 130th Session. Dr. Virginia Camacho, Regional Advisor on PAHO's Maternal Mortality Reduction Initiative, had described the strategy, which was designed to translate the lessons learned from the past into action. The strategy sought to promote effective public policies and guidelines at the national and municipal levels; promote best practices and evidence-based interventions, notably essential obstetric care and skilled attendance at birth; increase community interventions and participation; build partnerships and coalitions; strengthen maternal mortality and morbidity surveillance systems; finance maternal and perinatal health services within health sector reform; and increase investment in maternal and perinatal health promotion interventions.

The Executive Committee had applauded the approach laid out in the document and welcomed the changes made following the discussion of an earlier draft by the Subcommittee on Planning and Programming. The Committee had also welcomed the strategy's focus on deciding interventions on an individual basis, taking into consideration evidence and best practices, as well as risk assessment specific to each

individual pregnancy. The Committee had viewed the disproportionately high maternal death rates among poor and underprivileged women as one of the most egregious manifestations of inequity in health, and had stressed that improving the situation should be a major public health priority of all governments. In addition, it had emphasized that poverty reduction and education were crucial strategies for maternal mortality reduction, as the majority of maternal deaths occurred among the poorest women with the least schooling.

The Committee had also underscored the need for community action to address the problems that contributed to high maternal death rates, and had considered it essential for any education and health promotion campaigns aimed at fostering safe motherhood to target men as well as women. Various delegates had highlighted the need for training, adequate interinstitutional cooperation, and, above all, a multisectoral approach to address the socioeconomic, employment, and educational challenges that women faced in addition to their health and nutritional needs.

Several suggestions had been made for improving the document. One such suggestion had been to expand the section on causes of maternal death, as only adolescent pregnancy was discussed in depth. One delegate had expressed the view that the phrase “reproductive health services” in the international context now had the connotation of abortion services and recommended that it should be changed to “reproductive health care,” so as not to give the impression that the document was in any way promoting abortion in the Region. Some delegates had felt that the document focused excessively on essential obstetric care to the exclusion of other strategies such as

antenatal care prevention, and education, particularly addressing sexually transmitted infections, HIV/AIDS, and recourse to unsafe abortion. Greater attention to maternal morbidity had also been suggested, as the document focused mainly on maternal mortality.

The Committee adopted Resolution CE130.R10 recommending that the Pan American Sanitary Conference adopt the resolution annexed to Document CSP26/14.

Mr. AISTON (Canada) said that his country strongly supported the regional plan for maternal mortality and morbidity reduction. Reducing maternal mortality and morbidity through, inter alia, the promotion of sexual and reproductive health was a key public health priority in the Americas. Between 5% and 15% of the global burden of disease was associated with failure to address reproductive health needs. As highlighted in Document CSP26/14, adolescent pregnancy was a critical issue, as such pregnancies accounted for a disproportionate share of maternal deaths and disabilities. Moreover, early parenthood limited educational and employment opportunities, further entrenching poverty for parents and children.

At the 1994 International Conference on Population and Development, the 1995 Fourth World Conference on Women, and their five-year review conferences, the international community had agreed that all people had the right to access the information, education, and services they needed to protect their sexual and reproductive health. To successfully reduce the high burden of illness and disability among women and adolescent girls in the Americas, comprehensive sexual and reproductive health

services were essential. Those services should include safe, reliable, and high-quality family planning methods, as well as information, education, and counseling.

His delegation had felt that the resolution proposed by the Executive Committee should more clearly emphasize the need for a comprehensive approach. At the same time, as highlighted in the document, the issue of financing and health sector reform imposed a major challenge in ensuring universal access to quality care and services, particularly for rural, poor, and marginalized women in the Americas. Canada encouraged a continuous focus on developing innovative strategies and approaches for sustainable financing and improved access. Accordingly, Canada, in consultation with several other countries, had put forward the following amendments to the proposed resolution (PR/7):

Change operative paragraph 1(b) to read: “Ensure that the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality is a health sector priority and that all women and adolescents girls have ready and affordable access to essential obstetric care, well-equipped and adequately staffed maternal health care services, skilled attendance at delivery, emergency obstetric care, effective referral and transport to higher levels of care when necessary, post-partum care, and family planning in order to, inter alia, promote safe motherhood.”

Change operative paragraph 2(c) to read: “develop, in consultation with the United Nations organizations, a program of work at the regional and at the country level which fully integrates safe, reliable, and high-quality family planning methods, as well as information, education, and counseling to reduce early and unplanned pregnancies and prevent sexually transmitted infections and HIV/AIDS.”

El Dr. MUÑOZ (Chile) dice que, en algunos países de la Región, los niveles de organización de los servicios de salud dirigidos al control prenatal y del riesgo obstétrico y ginecológico y a la planificación familiar son inaceptables y, por ende valora la decisión del Director de avanzar en materia de intervenciones específicas de costo-efectividad reconocida para reducir la mortalidad materna en las Américas. Chile apoya el proyecto de resolución propuesto, con las enmiendas convenidas con las delegaciones del Canadá y los Estados Unidos.

La Dra. RICO (México) dice que uno de los componentes sustantivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 de México, el Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, tiene por objeto asegurar una atención prenatal adecuada, un parto sin complicaciones y el desarrollo en pie de igualdad de niños y niñas hasta los dos años de edad, así como evitar 420.000 muertes maternas, 4.000 muertes de recién nacidos y 12.000 muertes de menores de dos años. Tomando como base los objetivos de este Programa de Acción, México estima que la acción prevista en el párrafo 3.1.4 de la Estrategia regional expuesta en el documento CSP26/14, correspondiente al empoderamiento de las mujeres, sus familias y comunidades, debiera figurar entre las más prioritarias de la Región.

En este ámbito, cabe destacar dos riesgos. El primero es el que precede a la concepción, en vista del gran número de mujeres que, habiendo sufrido complicaciones en partos anteriores, se quedan embarazadas de nuevo sin una evaluación completa de su estado de salud e incluso con un período intergenésico corto. El segundo, el de la

adolescente embarazada, requiere mejorar la atención mediante programas integrados de educación sexual e intervenciones específicas.

El Dr. CARBONE (Perú) opina que la mortalidad materna sigue siendo un estigma en muchos países de la Región y dice que en la Reunión de Cochabamba se convino en que el 75 por ciento de las muertes maternas son resultado de la falta de acceso a servicios sanitarios. Hace falta, pues, un gran esfuerzo de trabajo con la familia, la comunidad y la pareja para promover la corresponsabilidad entre el hombre y la mujer desde la infancia. El Perú apoya el proyecto de resolución enmendado sobre el tema en examen, y opina que éste debe seguir estando presente en todas las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, hasta que la mortalidad materna deje de ser un enigma para los países de la Región. Por ello, solicita que se examine en la próxima reunión del Consejo Directivo, en conjunción con el tema de la mortalidad neonatal.

A Sra. TESS (Brasil) congratulou a OPAS pela inclusão do tema mortalidade materna nessa Conferência. A promoção da saúde da mulher vem sendo tratada com prioridade na política nacional de saúde do Brasil. Aumentou-se a remuneração do parto realizado pelo Sistema Único de Saúde em 160%, e também o valor das internações por complicações da gestação. Introduziu-se o pagamento da anestesia peridural, no parto normal, e o pagamento do parto hospitalar realizado por enfermeira obstétrica. Para aumentar o número dessas profissionais, estão sendo financiados cursos de especialização por todo o país. Criou-se o prêmio Galba de Araújo, com o propósito de revelar experiências inovadoras de maternidades públicas que privilegiem o acolhimento

da mulher. Investiram-se aproximadamente US\$ 100 milhões para equipar maternidades e capacitar seus profissionais de saúde. Desses recursos, um pouco menos da metade foi destinada à criação de sistemas estaduais de atenção à gestação de alto risco em todos os estados. Instituímos um percentual máximo de cesarianas a serem pagas no Sistema Único de Saúde, o que fez a taxa nacional de cesarianas diminuir de 32% do total de partos, em 1995, para 25% em 2001. Para melhorar a qualidade da assistência durante a gravidez, instituímos o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que prevê a realização de, no mínimo, 6 consultas e 7 exames laboratoriais durante a gestação. O município que adere ao Programa recebe \$30 por gestante adequadamente atendida. Além disso, 1 milhão de agendas para as gestantes, contendo orientações sobre cuidados com a gestação e o bebê, são entregues a cada ano, e uma série de quatro manuais contemplando assistência à gestação, parto e puerpério vem sendo distribuída às faculdades de medicina e enfermagem e aos profissionais de saúde da atenção básica em todo o país.

Complementando essas ações, comitês para investigação de morte materna já estão atuando na maioria dos estados e capitais brasileiras e está sendo financiado um estudo nacional para aferir a mortalidade materna, o qual deverá ser repetido a cada quatro anos. Como resultado, a letalidade materna no Sistema Único de Saúde diminuiu 22%, passando de 35 óbitos por 100 mil internações, em 1997, para 28 em 2001.

O Brasil comprometeu-se com a meta de redução da mortalidade materna em 75% até 2015, estabelecida na Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, e apoiou a resolução apresentada neste sentido a esta Conferência.

El Dr. DE SAINT MALO (Panamá) dice que el proceso de concertación y movilización de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se ocupan de la salud sexual y reproductiva impulsado en Panamá en el decenio de 1990 con el respaldo del Fondo de Población de las Naciones Unidas culminó en la elaboración del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el establecimiento de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En consonancia con la estrategia de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, se han destinado esfuerzos al empoderamiento de la mujer mediante la educación y la información para prevenir los embarazos no deseados. Siguiendo el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la mujer e integrarla al desarrollo reformando la legislación, promoviendo el enfoque de género, los derechos humanos, y la salud sexual y reproductiva y previniendo la violencia en la familia. Paralelamente, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social han ejecutado un plan de inversiones para mejorar la infraestructura y los equipamientos de los hospitales y otras instalaciones de salud a fin de aumentar la capacidad de la red de servicios de salud sexual y reproductiva. Por todo ello, Panamá apoya las enmiendas al proyecto de resolución propuestas por el Canadá.

El Sr. STEIGER (Estados Unidos de América) dice que los Estados Unidos apoyan el proyecto de resolución enmendado, pero no pueden aceptar nuevas enmiendas. Reducir la mortalidad materna en el Hemisferio sobre la base de la ciencia, la salud pública e intervenciones sostenibles en el contexto de la familia es una prioridad para los

Estados Unidos. La familia y comunidades fuertes son esenciales para cualquier solución a esos problemas y las estrategias que se impulsen deben traducirse en acciones que mejoren las condiciones de vida de las mujeres. Los Estados Unidos apoyan la propuesta del Perú y piden que la salud de la familia se examine en la próxima reunión del Consejo Directivo. Las estrategias para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas deben incluir también esfuerzos para ayudar a las niñas y adolescentes a conducir su vida de forma positiva. Según la perspectiva de los Estados Unidos, el proyecto de resolución sobre el tema que se examina no debe interpretarse de una forma que promueva el aborto. Es más, la labor y la asistencia técnica de la Organización no deben promover la despenalización del aborto donde no esté permitido por la ley, ni la expansión de los servicios de aborto donde existan.

El Dr. GONZÁLEZ (Cuba) dice que la mortalidad materna es innecesariamente alta y constituye una tragedia en América Latina y el Caribe. Para encarar esta cuestión hay que tener presentes los valores culturales, religiosos y otros, y es imprescindible empoderar a las mujeres, sus familias y sus comunidades inculcándoles mejores actitudes respecto de la salud sexual y reproductiva para combatir las causas fundamentales de este flagelo, como la ignorancia, la pobreza, y la marginalidad, porque es mejor disminuir la población en situación de riesgo que mejorar los servicios de salud. Esto plantea la necesidad de evaluar el riesgo reproductivo previo a la concepción y de abordar la cuestión en un contexto amplio. Al respecto, cabe recordar que el 51% de las mujeres embarazadas no están inmunizadas contra el tétanos.

En cuanto al informe propiamente dicho, llama la atención que se hayan excluido los datos sobre mortalidad materna en Cuba, que están disponibles y se recogieron en “La Salud en las Américas”. En Cuba se aplica un programa de atención materno-infantil integral y multisectorial con amplia participación comunitaria gracias al cual la mujer cubana es la de menor riesgo de América Latina. Con todo, Cuba está de acuerdo con el informe y respalda también el proyecto de resolución con las enmiendas propuestas por el Canadá.

El Dr. TORRES GOITIA (Bolivia) dice que, a pesar de los esfuerzos realizados, la mortalidad materna sigue siendo elevada en su país. A principios de los años noventa se comenzó a trabajar en la estructuración adecuada de una unidad de atención a la mujer, y precisamente fue la Dra. Virginia Camacho la gestora de la creación del Plan Vida.

El Plan Vida fue el mecanismo para crear el seguro de maternidad y niñez, que ha sido un instrumento importantísimo para reducir la mortalidad materna, un seguro público financiado con la coparticipación tributaria de los gobiernos municipales. Ese seguro creó un paquete de atención para todos los problemas, en especial las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Durante el Gobierno anterior se incluyó ya la atención de la hemorragia en el primer trimestre como elemento importante para combatir la mortalidad, y el Gobierno actual ha decidido ampliar ese componente, a fin de atender al 100% la patología de la mujer embarazada en un primer nivel. Además, se está realizando un estudio económico de las repercusiones que tendría prestar esa atención en un segundo y un tercer nivel. Se quiere canalizar todos los

recursos económicos para luchar contra el grave flagelo actual de 309 muertes por 100.000 nacidos vivos.

En cuanto al aborto, se trata de un problema de salud pública que no puede soslayarse. No es posible legalizar definitivamente el aborto, pero hay que trabajar en políticas de planificación familiar y de prevención de los embarazos no deseados. Sobre todo es importante conseguir llegar a la población adolescente y joven con ideas nuevas sobre salud sexual y reproductiva que influyan directamente en el empoderamiento de la comunidad frente a la mortalidad materna.

Bolivia apoya la resolución presentada, con la modificación introducida por el Canadá.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) explica que, dado el grado de avance y el proceso de reforma en Costa Rica, con la separación de funciones entre la seguridad social y el Ministerio de Salud, la Dirección de Servicios de Salud ha estado desarrollando algunas herramientas metodológicas para evaluar sistemas y servicios. Se ha hecho un análisis de las 780 muertes infantiles y las 714 muertes maternas ocurridas en el país en un año, a fin de elaborar un perfil de riesgo, sobre todo de la mortalidad materna.

Así se ha visto que se trata especialmente de mujeres pobres y adolescentes, de áreas rurales dispersas por las zonas costeras, y se espera poder eliminar, en un futuro cercano, todas las causas de muerte materna. La idea que Costa Rica quiere compartir ahora es que el desarrollo de metodologías sencillas y claras por el personal de salud de

nivel local permite identificar acciones concretas, para lograr la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil. El problema está relacionado con el de género, porque no se trata sólo de prevenir el embarazo en las adolescentes, sino de lograr una verdadera educación que permita tomar decisiones con respecto al cuidado de los niños y disponer de los puestos necesarios para obtener la información oportuna y, sobre todo, recibir de los servicios de salud orientación e información.

El Dr. ARMADA (Venezuela) dice que Venezuela reconoce la importancia de la salud materna y apoya la Estrategia regional, comprendidas las enmiendas introducidas al correspondiente proyecto de resolución. Al respecto, destaca el apoyo financiero necesario para impulsar las acciones conducentes a empoderar a la mujer, la familia y la comunidad, así como la formación de coaliciones para reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas.

Ms. BRUMBAUGH KEENEY (International Confederation of Midwives) said that her organization wished to express its appreciation and support of the Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction and its commitment to the Safe Motherhood Initiative. Document CSP26/14 correctly identified the evidence-based strategies of skilled attendance at birth and essential obstetric care as critical interventions needed to reduce the unacceptably high rates of maternal morbidity and mortality in the Region. To fully implement the strategy's recommendations and ensure its success, workforce issues must be a priority concern. One of the objectives established under PAHO's Strategic Plan for 2002-2007 was to ensure a 90% rate of

skilled attendance at birth. To achieve that goal, there must be a sufficient number of health workers prepared to provide skilled attendance at birth and emergency obstetric care. Better distribution of the workforce was also needed in order to serve populations that currently lacked access to skilled care.

Recruitment and education of professional health workers must be increased. Expanding distance education programs to include content on essential obstetric care might be an appropriate strategy for increasing the number of skilled birth attendants by enabling health professionals to remain in their home communities while receiving training. Essential obstetric care should be incorporated into the curriculum for physicians and nurses and into training programs for practicing health professionals.

Multidisciplinary collaboration and partnerships must be forged to facilitate sharing of knowledge and skills that would strengthen the provision of essential obstetric care. For example, physicians could offer expertise on managing complicated pregnancies, while midwifery professionals could offer expertise on maintaining and managing normal labor and innovative ante-partum care models. In addition, appropriate policies and regulations were needed to enable health care providers trained as skilled birth attendants to actually provide services.

Le Dr VOLTAIRE (Haïti) se réfère à la problématique de la mortalité maternelle en Haïti, dans un contexte régional où le taux de mortalité maternelle, inutilement élevé, constitue une véritable tragédie.

Depuis la fin des années quatre-vingt, à l'occasion de l'émergence du concept de la maternité sans risque, la mortalité maternelle n'a pas augmentée dans la Région mais ne s'est pas non plus améliorée au niveau souhaité.

À la lumière des nouvelles connaissances sur les causes des morts maternelles et des leçons apprises, il est généralement accepté qu'une réduction de la mortalité maternelle passe non seulement par le développement économique et social mais aussi et surtout par la disponibilité du traitement efficace et accessible par les interventions sanitaires précises. De là est né le concept de soins obstétricaux essentiels, qui impliquent la présence d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement et un meilleur accès à des soins maternels et néonataux de qualité.

Dans le plan régional de réduction de la mortalité maternelle des Amériques, l'OPS/OMS recommande plusieurs stratégies, issues d'une analyse de la situation et des leçons apprises qui appuient fortement la promotion de pratiques modèles et d'interventions factuelles et une approche multisectorielle.

Les principales stratégies recommandées par l'OPS sont:

- La promotion d'une politique gouvernementale et des guides efficaces au niveau national et municipal, soit la décentralisation;
- La fourniture de soins de santé génésique: garantir la disponibilité de soins obstétricaux essentiels et la présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement. L'accent est mis ici sur la qualité des soins.
- La responsabilisation des femmes, famille et collectivité, soit le concept de participation communautaire;

- La création de partenariat et de coalition, soit l'approche multisectorielle dans cette lutte contre la mortalité maternelle;
- Renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle et enfin,
- L'assurance du financement des soins de santé génésique, soit la réforme du secteur santé. Il faut donc une bonne articulation entre le financement du secteur et celui des soins maternels.

En Haïti, beaucoup d'efforts ont été déployés en vue de réduire notamment le taux de mortalité maternelle. Le ministre de la santé publique et de la population a choisi la réduction de la mortalité maternelle comme porte d'entrée dans son plan d'action prioritaire pour réorganiser le système de santé. Le Gouvernement a également créé, l'année dernière, une école nationale d'infirmières et de sages-femmes, dans une perspective de professionnalisation des soins maternels.

Dans ce contexte, un comité a été créé pour l'élaboration d'un plan national stratégique de réduction de la mortalité maternelle. Ce Comité, formé d'experts nationaux et de plusieurs différents secteurs, se réunit tous les lundis et s'est fixé une date butoir, d'ici la fin du mois de novembre, pour remettre officiellement le document achevé aux autorités de façon à disposer de ce plan national stratégique de lutte contre la mortalité maternelle. Toutes les recommandations de l'OPS/OMS ainsi que les grandes lignes de la politique nationale de santé sont prises en considération, en prenant le soin de les adapter aux conditions spéciales d'Haïti.

Le directeur de l'OPS, le Docteur George Alleyne, pour encourager les efforts déployés par le ministère, a octroyé un support additionnel de un million de dollars américains qui seront dédiés uniquement à renforcer les activités de réduction de la mortalité maternelle. Un consultant national a été recruté pour renforcer et accélérer les activités comprises dans ce don spécial. La représentation de l'OPS en Haïti joue également un rôle assez important et s'efforce d'intégrer, dans la mesure du possible, la composante réduction de la mortalité maternelle dans tous les programmes en Haïti où le taux de mortalité maternelle est de l'ordre de plus de 500 pour 100 000 naissances vivantes.

A Sra. CAMACHO (Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem) parabenizou a OPAS pela inclusão da redução da mortalidade materna na pauta da Conferência. Em nome das 19 organizações de enfermeiras que compõem a Federação, afirmou que entende a mortalidade materna como um dos maiores problemas de saúde pública na América Latina e Caribe. Solicitou maior ênfase à capacitação de pessoal, médicos, enfermeiras e parteiras, bem como às condições de trabalho, e ainda às modificações necessárias no modelo de atenção vigente, com vistas à melhoria da atenção prestada a mulher no que se refere ao período gestacional.

La Dra. CAMACHO (OPS) considera muy positivos los comentarios que ha suscitado la propuesta y otorga gran importancia a la posibilidad de que todos los países estén de acuerdo, especialmente en lo relativo a las propuestas de resolución presentadas por la Organización.

Desde el lanzamiento del plan regional en 1990, todos los países se están esforzando por reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, y se dispone de indicadores que demuestran el impacto de esos esfuerzos. No obstante, algunos Estados Miembros tienen cifras de mortalidad materna realmente inaceptables, por lo que es importante que se reconozca el problema. Existe la voluntad política y el compromiso de afrontar la tragedia, que en la Región afecta a 25.000 mujeres en edad fértil.

La OPS no ha presentado una propuesta nueva sino la revisión de 12 años de experiencia en la ejecución de un plan. El documento de políticas se ha redactado en consulta con todos los Estados Miembros, a partir de la experiencia y la información científica más recientes y teniendo en cuenta el sentir de las mujeres. Asimismo, se ha contado con el trabajo de diversos socios de la cooperación internacional, entre los que figuran organismos internacionales y gubernamentales. El apoyo recibido no se ha limitado al proceso de formulación sino que se ha extendido también al de reducción de la mortalidad materna en los países.

Agradece a los Estados Miembros que permitan documentar las experiencias exitosas para generar el diálogo entre los países en donde la tragedia es mayor. Todos los países de la Región cuentan con intervenciones de salud pública satisfactorias a mayor o menor escala.

La oradora agradece también la propuesta del Brasil de crear un fondo voluntario para superar una de las principales dificultades de la Región, la movilización de recursos financieros en los países.

The DIRECTOR was pleased that the topic of maternal morbidity and mortality had elicited such a high level of interest. He had long said that the high rates of maternal mortality in some countries was a scandal in the Region and a blot upon all who worked in public health. Part of the reason that the problem persisted was that it had remained hidden. It was essential to increase awareness of the issue because only when it was widely accepted by all levels of society that women should not die in childbirth would real progress be made. He encouraged ministers of health to be aggressive in drawing attention to the seriousness and magnitude of the problem at the national level, and he congratulated the Minister of Health of Haiti for doing just that and for pointing out that the knowledge and technology to address the problem were already available.

While progress had been made, maternal death rates remained unacceptably high. Worse still were the great disparities in rates. In no other area of public health were there such large differences between countries. In that sense, maternal mortality was one of the greatest manifestations of inequity in the Region.

He welcomed Brazil's proposal to set up a fund for the reduction of maternal mortality. PAHO was grateful for the funds it had received from various governments, but there was a definite need for more funding, especially to increase communication activities and dissemination of information on the problem. Regarding Peru's proposal that the issue of maternal mortality be examined every year, he suggested that it would be preferable to leave it to the Governing Bodies to decide how often to consider the matter, rather than binding them to yearly examination. However, he did strongly encourage the

Delegate of Peru to request that the Executive Committee include the topic on the agendas of the Governing Bodies in 2003.

The PRESIDENT asked the Rapporteur to read out the amendments to the resolution proposed by Canada and the United States of America.

La RELATORA da lectura a las enmiendas propuestas por el Canadá y los Estados Unidos de América.

Apartado b) del párrafo 1 de la parte dispositiva:

“velen por que la reducción de la morbilidad materna y neonatal sea una prioridad del sector sanitario, y por que las mujeres y las adolescentes tengan acceso fácil y económico a la atención obstétrica esencial, a servicios obstétricos bien equipados y dotados del suficiente personal, a la asistencia del parto por personal cualificado, a la atención obstétrica de urgencia, al envío y transporte eficaces a centros de nivel asistencial más elevado, en caso de necesidad, a la atención tras el parto y a la planificación familiar para promover, entre otras cosas, la maternidad sin riesgos;”

En los apartados c) y f) se ha añadido “morbilidad”, después de “mortalidad”.

Apartado c) del párrafo 2:

“establezca, en concertación con los organismos de las Naciones Unidas, un programa de trabajo en el que se integren plenamente, en el programa de trabajo de la OPS y en cada país, métodos de planificación familiar seguros, fiables y de calidad, así como la información, la educación y el asesoramiento para reducir el número de embarazos tempranos y no deseados, y para prevenir las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA.”

The PRESIDENT asked the Delegate of Brazil to present the resolution put forward by her country on creation of a voluntary fund.

Dr. TESS read out the following proposed resolution, noting that operative paragraph 3(a) and 3(b) had been added after it was circulated to delegates:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined document CSP26/14, whereas:

Guaranteeing the life of women throughout pregnancy and childbirth, the moment they give life, is guaranteeing a basic human right;

None of the countries of the Americas has succeeded in meeting the maternal mortality reduction goal set by the World Summit for Children for the year 2000;

It will be difficult to achieve the goal of reducing maternal mortality by 75% by the year 2015, established in the Declaration of the United Nations Millennium Summit, without immediate major efforts and investment by the entire Hemisphere;

The drop in fertility in the vast majority of countries in the Americas has been obtained through national efforts, coupled with a significant financial investment on the part of the United Nations and social development agencies, has contributed to a reduction in the absolute number of maternal deaths, but has been insufficient to lower the risk of a woman dying with each pregnancy; and

Now that the anticipated drop in fertility has been achieved in Latin America and the Caribbean, significant cutbacks are progressively being made in international funding for reproductive health,

RESOLVES:

1. To approve the creation of a Voluntary Fund for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, administered by the Pan American Health Organization.
2. To ensure that resources from this Fund are used to:
 - (a) support countries that present a national plan for this purpose that clearly indicates the action to be taken, as well as the national resources to pay for it to meet the goal of the Millennium Summit;
 - (b) provide matching funds for civil society activities aimed at empowering women and increasing their understanding about pregnancy, childbirth, and the puerperium, and improving their ability to identify eventual problems early on and seek health care;
 - (c) finance national initiatives to raise awareness among local health workers and professionals and train them to adequately deal with the problem;
 - (d) monitor national outcomes.
3. To request the Director to:
 - (a) establish a Voluntary Fund for Reduction of Maternal Mortality in the Americas, and develop the corresponding Terms of Reference;
 - (b) report to the Directing Council on a timely basis on the Fund's status and progress.

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, y considerando que:

Garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que es el ciclo mediante el cual generan la vida, es garantizar un derecho humano fundamental;

Ninguno de los países americanos ha conseguido alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna establecida por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia para el año 2000;

Será difícil alcanzar la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015 sin que se den inmediatamente un gran esfuerzo conjunto e inversiones de toda América;

La reducción de las tasas de fecundidad alcanzada en la mayor parte de los países de las Américas gracias a los esfuerzos nacionales, junto con inversiones financieras considerables de las Naciones Unidas y de los organismos de fomento del desarrollo social, ha contribuido a la disminución del número de defunciones maternas, pero no lo suficiente como para reducir el riesgo de que una mujer muera con cada embarazo;

Una vez alcanzada la esperada reducción de las tasas de fecundidad en América Latina y el Caribe, los recursos internacionales que se invertían en salud reproductiva están siendo significativa y progresivamente reducidos,

RESUELVE:

1. Aprobar la creación del Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuya gestión se confía a la Organización Panamericana de la Salud.
2. Velar por que los recursos procedentes de este Fondo se destinen a:
 - a) apoyar a los países que presenten un plan nacional con esta finalidad, indicando claramente las acciones que piensan realizar, así como los recursos nacionales con que se costearán para alcanzar la meta propuesta en la Cumbre del Milenio;

- b) financiar, en contrapartida, acciones de la sociedad civil encaminadas al empoderamiento de las mujeres y a mejorar su comprensión del curso del embarazo, el parto y el puerperio, ampliando su capacidad de identificar tempranamente posibles problemas y de acudir a los servicios de salud;
 - c) financiar iniciativas nacionales para sensibilizar y capacitar a los gestores locales de salud y a los profesionales para que hagan frente adecuadamente al problema;
 - d) monitorear los resultados nacionales.
3. Solicitar al Director que:
- a) establezca el Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, con sus correspondientes términos de referencia;
 - b) informe regularmente al Consejo Directivo sobre la situación y el progreso del Fondo.

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

ITEM 4.10: PUBLIC HEALTH RESPONSE TO CHRONIC DISEASES
PUNTO 4.10: RESPUESTA DE LA SALUD PÚBLICA A LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS

The Hon. Leslie RAMSAMMY (Representative of the Executive Committee) reported that the Executive Committee had discussed the subject of chronic diseases at its June 2002 session. Dr. Sylvia Robles, Coordinator of PAHO's Program on Noncommunicable Diseases, had described the public health approach advocated by the Organization to address the growing burden of chronic noncommunicable diseases in the Region. That approach combined population-based risk management to prevent chronic

¹ Resolution CSP26.R14
Resolución CSP26.R14

noncommunicable diseases with primary care models for responding to both acute and chronic health needs.

A key component of the approach was a network of community-based programs called “Actions for the Multifactorial Reduction of Noncommunicable Diseases” known by its Spanish-language acronym, CARMEN. The CARMEN approach was based on the concept of integrated action aimed at reducing a set of risk factors common to many noncommunicable diseases. CARMEN was one of the six regional networks operating in each of the WHO regions. A related initiative in the Caribbean was the Caribbean Lifestyle Intervention Program (CARLI). CARMEN and CARLI shared three elements common to all successful programs for noncommunicable disease prevention and control: (1) policy-building to address macro-level determinants of noncommunicable diseases, (2) community-based action, and (3) responsive health services. Other components of the PAHO strategy included surveillance of noncommunicable diseases and risk factors, innovative models for delivering care for chronic conditions, and advocacy for policy change.

The Executive Committee had endorsed the public health approach presented in the document. It had stressed the need for prevention to reduce the occurrence of chronic noncommunicable diseases and thus also reduce their staggering economic and social costs. To prevent those diseases, the Committee had considered it essential to address the risk factors that contributed to their occurrence and to increase research and investment in research to better define what those risk factors were.

The Committee had underscored the importance of health promotion and education to convince people to change potentially harmful behaviors and equip them with the knowledge they needed to take greater responsibility for their own health. It had pointed out that health promotion efforts must target not only individuals but also their families and society as a whole. Research to identify the most effective health promotion and education interventions had been seen as a key technical cooperation role for PAHO.

CARMEN had been considered a highly effective vehicle for preventing disease and promoting health, as it offered an integrated approach for addressing chronic noncommunicable diseases and their common risk factors. The Committee viewed its emphasis on community participation and multisectoral action as essential components of any successful program to prevent chronic diseases.

Several delegates had noted the linkage between chronic noncommunicable diseases and the subject of health and aging and had felt that it should be highlighted more prominently in the documents on both items. It had also been pointed out that the item on chronic diseases was linked to the item on integrated management of childhood illness, since action taken to prevent health problems in childhood would also help prevent health problems later in life. Finally, it had been noted that the document presented to the Committee did not mention the draft report of the expert consultation organized by WHO and FAO on diet, nutrition, and prevention of chronic diseases, the recommendations of which would form the basis for the global strategy being formulated by WHO on diet, physical activity, and health for the prevention and control of noncommunicable diseases. PAHO was encouraged to become actively involved in that

strategy's development, and Member States were urged to comment on the draft report of the WHO/FAO consultation.

The Committee's Resolution CE130.R13 recommended that the Conference adopt the resolution annexed to Document CSP26/15.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) dice que, antes de ser Ministra de Salud, fue punto focal del programa CARMEN, y reconoce su importancia para las enfermedades crónicas no transmisibles. Se trata de un conjunto de estrategias que cada país adapta o adopta en función de sus necesidades, de su sistema de salud y del enfoque que quiera darles.

El programa "Costa Rica da vida al corazón" se formuló a partir de una encuesta con la que se recabó la opinión de la población y los expertos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

Sería importante revisar el documento para que CARMEN quedara reflejado como un conjunto de estrategias para abordar las enfermedades crónicas no transmisibles. Si bien el programa se centra más en la prevención y la promoción, también incluye la atención. A nivel nacional, resulta difícil determinar cómo permean las acciones de promoción de la salud las estrategias de prevención y control de enfermedades, sobre todo en lo relativo a la promoción de políticas públicas saludables. No obstante, es preciso articular más este tipo de acciones, que no sólo son de construcción colectiva sino también de beneficio colectivo.

El Dr. MUÑOZ (Chile) dice que su país apoya la propuesta contenida en el documento, así como la resolución. Por otro lado, considera relevante enfatizar la importancia de la vigilancia epidemiológica como aspecto básico de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

En el marco de la cooperación técnica, debe darse prioridad al apoyo a los países para que dispongan de sistemas capaces de efectuar una vigilancia representativa a nivel nacional y local, cada tres o cuatro años, sobre la evolución temporal y geográfica de las enfermedades no transmisibles.

La promoción de la salud y el control de las enfermedades no transmisibles son complementarias, y las divisiones de la Organización que se ocupan de estas cuestiones deberían estar más integradas. Este tipo de descoordinación también se aprecia en los países. La Oficina tendría que incentivar la complementariedad de estos enfoques en la salud pública, a partir de la evaluación de la efectividad de las intervenciones dirigidas al cambio de estilos de vida, las medidas regulatorias o el diseño de políticas públicas.

El gran déficit de los problemas actuales es la calidad, más que la extensión o la cobertura. Por ello, las enfermedades no transmisibles que más dañan a los chilenos han sido incluidas en la garantía de oportunidad, calidad y protección financiera, que constituye el instrumento base de la reforma de salud del país.

Dr. WINT (Jamaica) spoke on behalf of the Caribbean Community (CARICOM). In the previous four decades, great success had been achieved in reducing infectious diseases, especially among children. Meanwhile, however, a silent epidemic of chronic

diseases had been building. In most, if not all, countries of the Region, cancer, cardiovascular disease, hypertension, diabetes, and their attendant complications were now the major contributors to the burden of disease and premature death. Chronic diseases not only consumed an ever-increasing proportion of health resources; they had a tremendous economic impact, owing to the absenteeism and loss of productivity they caused. Most were related to unhealthy practices, such as poor diet, risk-taking behavior, and sedentary lifestyles.

An integrated approach to prevention and control was essential to combat the rising chronic disease epidemic. The CARICOM countries, through the Caribbean Cooperation in Health initiative, had made control of chronic diseases a priority and had adopted and adapted the CARMEN initiative as the basis for their approach. A regional five-year plan on noncommunicable diseases was currently under development. Challenges to be addressed in the future included development of effective surveillance systems, use of an evidence-based approach to cost-effective interventions, ongoing training of health professionals, development of legislation and policies, and education and empowerment of consumers in order to maximize limited resources. Efforts must also be focused on children and adolescents, especially in schools, in order to foster positive behaviors early in life.

CARICOM welcomed the creation of new staff positions with a focus on noncommunicable diseases in PAHO's field offices in Barbados, Jamaica, and at the Caribbean Epidemiology Center (CAREC) and the coordination of activities with the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). The countries of the Caribbean

subregion supported the approach presented in the document, although they urged the Secretariat to consider including prevention and control of asthma, another chronic disease of public health significance in the Region. In regard to the proposed resolution, the CARICOM delegates suggested that the words “cost-effective” be inserted prior to “models of care” in operative paragraph 1(c).

Mr. WHITE (Canada) stated that chronic diseases represented a major challenge to the stability of the health systems in all countries and entailed a high human, social, and economic cost. As with most complex issues, chronic diseases would best be addressed by a variety of complementary actions, not by a single or narrow response. At the same time, the countries must stop pursuing a fragmented approach to the problem. While some chronic diseases required specific interventions, much could be gained by the use of an integrated and comprehensive approach to control factors that were common to many chronic diseases.

One way to advance such an approach would be to support change from some traditional acute health care models to a broader and more integrated primary health care model. While implementation of a more integrated approach was a major undertaking, governments could maximize their resources through coalitions with nongovernmental and community organizations. For example, in his province of Newfoundland, funding for a program to canvass rates of cardiovascular disease had been provided largely by the Federal Government, with the provincial government playing a coordination and

leadership role, supplying some human resources, and mobilizing support from health and community organizations.

Canada endorsed the CARMEN initiative, which was an important vehicle for advancing an integrated approach to chronic disease prevention and control, taking into account the principles of sustainable development. As a member of CARMEN, Canada was currently collaborating in activities in Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, and Uruguay.

Canada supported the resolution and suggested that all countries make every possible effort to examine and respond to chronic diseases in a more cohesive and comprehensive fashion.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that her government applauded PAHO's comprehensive and multifaceted public health response to chronic disease. While the document focused on prevention, it also recognized the need to develop more effective treatment strategies and enhance collaboration between public and private stakeholders to ensure long-term sustainability and success.

Secretary of Health and Human Services Tommy Thompson had made preventive health and healthy behaviors cornerstones of public policy in the United States, where, as in other countries, the burden of chronic disease was staggering. The United States was also interested in the development process of the WHO global strategy on diet, nutrition, and physical activity and the impact of those factors on chronic diseases. Her country had three priorities in that regard: first, that science and evidence must guide the global

process so that specific recommendations would be scientifically sound; second, that the strategy development process must be transparent and participatory to enable national ownership for actions and implementation; and third, that private/public partnerships must be viewed as critical elements to promote a sustainable public health response towards the prevention of chronic diseases.

PAHO and the countries had a key role to play in the development and subsequent implementation of the global strategy. The Region was well positioned to work together in the development of a risk factor surveillance system and a stronger evidence base for both chronic disease prevention and health promotion, and should assume a leadership role globally in shaping the chronic disease agenda.

Her delegation had already submitted amendments to the proposed resolution calling for the addition of one preambular paragraph and one operative paragraph. She wished to further suggest that in both the added paragraphs the word “nutrition” should be inserted following “diet,” so that the wording would be “diet, nutrition, physical activity, and health for the prevention and control of noncommunicable diseases.”

A Sra. TESS (Brasil) disse que seu país propôs ao Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde a elaboração da resolução WHA 55.23, a qual foi aprovada pela 55ª Assembléia Mundial da Saúde. Por meio dessa resolução, os Estados Membros da OMS reforçaram a importância daquela organização em desenvolver e promover uma estratégia global sobre dieta saudável e prática de atividade física. O Brasil vem empregando intensos esforços para prevenção e controle das doenças crônicas

não transmissíveis, valendo a pena citar: Programa Agita Brasil, considerado pela OMS como modelo para o Dia Mundial da Saúde neste ano; política de segurança alimentar e de informação e educação do consumidor; intensificação e extensão da prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes; e a provisão e controle da assistência farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde. Mencionaron também a inclusão de variáveis sobre os fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O Brasil sediará o fórum global para prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis em 2003. O Brasil reconhece na propostas contida no documento e nas recomendações contidas na Resolução CE130 R.13 em discussão.

El Dr. CARBONE (Perú) cree que todos estarán de acuerdo en que hay tres frentes en que es preciso actuar: el establecimiento de políticas, la involucración de la comunidad y unos servicios receptivos que informen, promuevan y apoyen el autocuidado, y agilicen el uso de los recursos de esa comunidad. Los países de la Región, que en algunos casos no han logrado salir aún de una transición epidemiológica en que las enfermedades transmisibles causan graves estragos, afrontan con mucha dificultad el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. Esa transición incompleta implica una doble carga de la enfermedad y un doble gasto económico, que muchos países no pueden afrontar. Por eso hay que devolver su importancia a esas enfermedades no transmisibles, que tradicionalmente no han sido priorizadas.

Hace falta un nuevo modelo de atención integrada, en el que, por su parte, cree plenamente. Incluir una mejor atención de las enfermedades no transmisibles en las políticas sanitarias y ajustar las características de los servicios de salud son uno de los principales desafíos para la Organización, y ello debería inducir a los países a tratar de articular estrechamente los programas de adulto y adulto mayor que tienen todos, el plan nacional de acción contra las enfermedades crónicas no transmisibles que deberían tener y, por ejemplo, el proyecto CARMEN.

Finalmente, como oferta muy modesta, el Dr. Elmer Duarte, médico peruano residente en los Estados Unidos, ha recibido un premio por un programa innovador de lucha contra las enfermedades no transmisibles, que se ofrece a la consulta de todas las personas sanas, para que puedan seguir estándolo. La salud debe ser algo tan tangible para los ciudadanos como la educación y no algo que se extraña cuando se ha perdido.

El Dr. GONZÁLEZ (Cuba) dice que la iniciativa CARMEN define un conjunto de acciones relacionadas tanto con estándares de medición de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como con métodos efectivos para controlarlos. No obstante el avance que supone este proyecto, se deben continuar investigando los principales factores de riesgo, cómo prevenirlos, cuáles son las actividades de prevención y promoción más efectivas, sin olvidar que la prevención hay que iniciarla en etapas tempranas de la vida, incluida la prenatal.

Asimismo, es necesario incidir intensamente en los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, el sedentarismo y la alimentación no saludable, y

lograr que las acciones que se emprendan estén coordinadas. A este respecto, el plan estratégico 2003-2007 sobre salud y envejecimiento constituye un buen referente. Se debe continuar fortaleciendo el papel que la atención primaria de salud desempeña en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y lograr mayor participación ciudadana e intersectorial. Cuba está desarrollando programas de calidad de vida, que fortalecen las estrategias de promoción y prevención mediante la definición de acciones multisectoriales respaldadas en todo el país por la participación ciudadana, organismos estatales y organizaciones sociales.

Por otra parte, Cuba se está incorporando a la iniciativa CARMEN y forma parte de una red de la Región para prevenir e intervenir en los principales factores de riesgo. De hecho, en la provincia de Cienfuegos se están realizando mediciones de estos factores.

The PRESIDENT said that the representative of the World Self-Medication Industry had planned to make an intervention, but had had to leave the Conference early. If the delegates had no objection, a summary of his statement would be inserted into the record of the meeting.

*It was so agreed.
Así se acuerda.*

El Sr. BOLAÑOS (Industria Latinoamericana de Automedicación Responsable), dice que la World Self – Medication Industry desea manifestar, a través de la Industria Latinoamericana de Automedicación Responsable, su capítulo regional, los beneficios

que esa automedicación puede proveer al manejo de los problemas crónicos, a la vez que ofrecer a las autoridades regulatorias de la Región su colaboración y apoyo.

Quisiera señalar un hecho que, con diferente intensidad y extensión se da día a día en los países de la Región que es la autoprescripción o el uso indiscriminado de los medicamentos de receta, práctica que conlleva serios riesgos y problemas para la salud pública.

Es posible, sin embargo, derivar una parte importante de ese uso desinformado o irracional a un empleo informado y, en consecuencia, racional, propio de la automedicación responsable, como puede derivarse de los resultados de un estudio multicéntrico que encabezó el Dr. Joan Ramón Laporte del Institut Català de Farmacología, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, en seis países latinoamericanos. Como expresaron los autores de este estudio, a pesar de que dos tercios de todos los medicamentos comprados estaban clasificados como de “receta”, una evaluación con criterios menos “restrictivos”, quizá más actualizados, sugeriría que tan sólo un 24% de los productos debería ser efectivamente dispensado bajo la presentación de una receta médica.

De esta manera, la automedicación responsable forma parte fundamental del autocuidado en salud y, en el caso de los problemas crónicos, juega un papel decisivo en cuanto puede constituirse en un recurso altamente eficaz, como es el caso de algunos analgésicos de venta sin receta autorizados para el alivio de dolores reumáticos. Una reciente iniciativa de la Medicine Control Agency de la Gran Bretaña es un claro ejemplo de esta posibilidad.

Este ambicioso esquema está respaldado por la activa participación del Real Colegio de Médicos Generales, la Real Sociedad Farmacéutica, la Alianza de Condiciones Médicas a largo plazo, una agrupación de pacientes / consumidores y dos organismos representativos de la industria, quienes han puesto en juego sus recursos y experiencia con el fin de informar y “empoderar” al paciente / consumidor y, de esta forma, hacer que efectivamente pueda controlar o aliviar su sintomatología de una manera segura e informada.

Pareciera que esa iniciativa está demasiado lejana de nuestro ámbito, en vista de las diferencias socio-económicas existentes entre América Latina y la Gran Bretaña, pero hay elementos comunes que hacen posible pensar en la automedicación. El primero es la capacidad del paciente / consumidor latinoamericano para cuidar de su salud si se le proporciona la información necesaria, aspecto que el Dr. David Werner concluyó a partir de los resultados del trabajo que realizó en diversas comunidades rurales en México y que dejó asentado en su libro “Donde no hay Doctor”. El otro elemento que puede promover el desarrollo de una iniciativa es la disposición que tiene la Industria Latinoamericana de Automedicación Responsable, para trabajar conjuntamente con autoridades regulatorias, y asociaciones profesionales y de consumidores en el desarrollo de un programa de trabajo que haga posible que los miles de pacientes latinoamericanos que sufren de alguna afección crónica tengan acceso y utilicen apropiadamente medicamentos de venta sin receta.

La Dra. ROBLES (OPS) dice que las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y la violencia son los factores que más contribuyen a la pérdida de esperanza de vida en la Región. Los costos sociales de las enfermedades crónicas no transmisibles afectan al desarrollo de los países y las poblaciones más desprotegidas son las que sufren las mayores consecuencias. El Programa Regional pertinente pretende lograr resultados concretos, como reducir la mortalidad cardiovascular, la mortalidad por cáncer y los costos sociales de la diabetes mellitus. Una de las vertientes más importantes en este sentido guarda relación con la labor en redes, con la colaboración de los países, en ejes como la prevención integrada y la vigilancia de los factores de riesgo.

El abordaje de salud pública representa un puente entre la gestión del riesgo y la capacidad de respuesta de los servicios de salud a las enfermedades crónicas no transmisibles. La gestión del riesgo y la prevención de enfermedades son indisolubles de la promoción de la salud. Por ello es necesario incorporar las correspondientes estrategias en el marco de referencia. El desarrollo de políticas públicas a nivel internacional, como la estrategia para mejorar la dieta y promover la actividad física y su conversión en políticas nacionales tiene consecuencias tangibles en la reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles. Cuando la capacidad de financiación y atención es insuficiente para atender a quienes padecen enfermedades crónicas, un abordaje de salud pública implica una larga relación entre los equipos de salud, los afectados, sus familias y la comunidad. El reto en este sentido viene determinado por el hecho de que en los países de la Región el desarrollo institucional no ha ido a la par con la transición epidemiológica, lo que ha creado grandes desigualdades.

Cabe agradecer la cooperación de los Estados Unidos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional de Pulmón, Corazón y Sangre), la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Fundación Bill y Melinda Gates, así como otras oficinas regionales de la OMS, particularmente la de Europa, que han acompañado este proceso y han sido pioneros, aportando recursos financieros para abordar un tema que tradicionalmente no ha formado parte de la agenda de cooperación internacional en materia de salud pública. La OPS hace un llamado a través de esta propuesta y del compromiso de continuar el trabajo por conducto de la red CARMEN y de las iniciativas que hagan posible la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

The PRESIDENT asked the Rapporteur to present the proposed resolution as amended.

La RELATORA dice que con las enmiendas introducidas por los Estados Unidos, Jamaica y el Brasil el texto del tercer párrafo del preámbulo del proyecto de resolución diría lo siguiente: “Recordando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA55.23, que insta a los Estados Miembros a colaborar con la OMS para establecer una estrategia mundial sobre el régimen alimenticio, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, basada en pruebas y en las mejores prácticas, con un énfasis particular en un enfoque integrado para mejorar los regímenes alimenticios e incrementar la actividad física, incluyendo por medio de la introducción por medio de la introducción y reforzamiento de proyectos demostrativos

globales y regionales”. El párrafo 1c) diría lo siguiente: “Incorpore modelos de asistencia costo-efectivos para las infecciones crónicas”. El párrafo 2 c) diría lo siguiente: “Apoye y estimule la investigación operativa sobre la aplicación eficaz de programas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y reducir sus repercusiones”. El párrafo 2 d) diría lo siguiente: “Apoye y facilite la participación activa de los Estados Miembros y su contribución al establecimiento de una estrategia mundial sobre el régimen alimenticio, nutricional, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”.

Decisión: The resolution, as amended, was adopted.²

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

The meeting was suspended at 4:40 p.m. and resumed at 5:15 p.m.

Se suspende la reunión a las 4.40 p.m. y se reanuda a las 5.15 p.m.

² Resolution CSP26.R15
Resolución CSP26.R15

ITEM 4.11: WOMEN, HEALTH AND DEVELOPMENT
PUNTO 4.11: LA MUJER, LA SALUD Y EL DESAROLLO

The Hon. Leslie RAMSAMMY (Representative of the Executive Committee) said that the Committee had discussed the topic of women, health and development at its meeting in June 2002. Regarding the relevant documents, Committee members had expressed satisfaction with the clarification of “gender equity” and related terminology compared to an earlier version of the document considered by the Subcommittee on

Planning and Programming. It had been suggested, however, that the phrase “payment for health services is made according to economic ability” should be removed, because it seemed to contradict the assertion that gender equity meant that men and women received health services according to differing needs and irrespective of their ability to pay.

It had also been suggested that the document should focus more on the Program’s concrete achievements to date, its ongoing work, and its future priorities. The document’s attention to the mental health needs of women had been applauded, but it had been felt that the issue should not be mentioned only in the context of violence against women.

Resolution CE130.R14 adopted by the Committee recommended that the Conference adopt resolution contained in Document CSP26/16.

Dr. VELZEBOER-SALCEDO (PAHO), illustrating her presentation with slides, said that in keeping with PAHO’s definition of inequity, gender inequities were those inequalities between men and women that were unnecessary, preventable, and unjust.

Gender inequities affected the health status of men and women as well as the financing, access, and provision of health care. Those inequities interacted with and were exacerbated by poverty, education, and ethnicity. Most of the relevant information came from only a few countries in the Americas, however, and overall, the data for assessing such differences was scarce. The challenge for PAHO and its Member States was to improve their ability to assess and bridge the gender and health equity gap.

Causes of illness and death, and therefore their prevention, were different for men and women. As demonstrated by the Region's unacceptably high maternal mortality rates, the primary causes of death for women of reproductive age were related to childbearing. For men, mortality was primarily related to risk behavior: accidents, homicides, lung cancer, and HIV/AIDS.

In all the countries of the Americas, women outlived men but suffered greater morbidity throughout their life cycle. Poverty, however, diminished women's lifespan advantage. A comparison of the probability of dying prematurely for poor and nonpoor women with that of poor and nonpoor men showed that the gap was much larger for women than for men. Costa Rica had the lowest rates of maternal and infant mortality in the southern portion of the Region. Elsewhere, maternal mortality rates were 2 to 30 times higher, while those for infant mortality were 2 to 6 times higher. The alarming rates of intimate partner violence in the region—from 30 to 60 %—coincided with those found worldwide.

Gender inequities also affected access to health care and resources. It was generally believed that throughout their lifespan, women used health services more than

men, largely due to their reproductive roles and longer lives. But there was some evidence that poor women actually used health services less. Even in the higher income strata, ill women used services only slightly more than ill men. Household data from four Latin American countries also showed that women spent more out of pocket than men, mostly because of their reproductive responsibility.

While progress had been made in bridging the gender equity gap in health, many challenges remained. PAHO could help countries address them by the inclusion of gender in health situation analysis, in order to monitor the effects of health policies, especially those related to health sector reform; by implementing models that addressed gender and health inequities; and by providing information for advocacy and training.

The Women, Health and Development Program had developed indicators and analysis tools and worked with countries to strengthen their technical capacity; it also promoted research to provide information for policymakers. The Program's gender and health sector reform strategy included generating information on gender and health, then strategically disseminating that information to stakeholders, such as women's health advocate.

Since the early 1990s, the Program had partnered the health and other sectors to develop an integrated model for addressing gender inequities at the national, sector and community levels. One result was a gender-based violence model at the community level that had resulted in over 100 intersectoral networks that supported, referred, and cared for women and families living in violent situations. In Central America, PAHO was

developing models for involving men in reproductive health and it planned to expand them to include mental health, especially at the community level.

One of the key objectives of the Program was to provide current information on gender and health via its GENSALUD information network. GENSALUD currently included an interactive website, a gender and health training and information database, and a listserv. During the biennium it would add a virtual library on gender and health and an indicator database. The program collaborated with most PAHO divisions in meeting its mandate to incorporate gender equity in all of PAHO's technical collaboration, activities and policies and would spearhead the process for mainstreaming the recently approved WHO gender policy. Gender continued to be an afterthought for most analysts and policymakers. Inequities would persist unless there was a commitment to include gender in health data collection and analysis, in the formulation and monitoring of policies, in the design of innovative and integrated programs, and in the training of health care providers.

La Dra. RICO (México) dice que el documento presentado es excelente, por cuanto ofrece un panorama muy completo sobre la inequidad de género en el ámbito de la salud de la Región, y felicita al Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo por el trabajo que está realizando. Respecto a las recomendaciones contenidas en la resolución — que aluden a las deficiencias de los sistemas de información y a su falta de desagregación por sexo — señala que los servicios deben prestarse según las necesidades y en dependencia de la disponibilidad económica.

Por ello, propone elaborar boletines que incluyan esta información y adoptar las recomendaciones de la decimonovena sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, del Comité Ejecutivo, entre las cuales da lectura a las siguientes. Primera: Instar a los Estados Miembros a que trabajen hacia una nueva visión de la salud de la mujer, que adopte un enfoque holístico dentro del marco de los derechos humanos, que aseguren que el marco de la salud adoptado incluya a la salud mental como un componente explícito de la salud integral, que trabajen hacia el desarrollo de cuentas satélite del sector salud con miras a que se reconozca y valore el aporte económico a la salud del trabajo no remunerado de las mujeres. Y, segunda, como recomendación al Director, que estimule y promueva el trabajo colaborativo con otras agencias internacionales que comparten objetivos afines.

Aclara que la incorporación de la perspectiva de género marca objetivos que no es posible alcanzar por medio de un programa que algunos consideran que aborda un problema específico de una población minoritaria. Las mujeres constituyen más de la mitad de la población; el impacto de las diferencias de género sobre la salud afecta tanto a hombres como a mujeres y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, ha de considerarse en todas las políticas, áreas, programas y servicios. Como decía ayer el ganador del premio Abraham Horwitz, se trata de incorporar esta perspectiva en el diseño y puesta en marcha de las políticas, en los servicios y en la investigación, y de hacer, en definitiva, un trabajo transversal que por lo pronto es más discurso que realidad.

La Sra. DEMIGUEL (Cuba) manifiesta que lo que se pretende es que los Estados Miembros entiendan que hombres y mujeres han de tener la misma oportunidad de gozar de la salud, lo cual aún no se ha conseguido en la Región habida cuenta de las brechas existentes. Para reducirlas, es preciso, primero recabar información sanitaria por sexo y, posteriormente, implantar programas que contemplen la perspectiva de género y construir alianzas con otros sectores como el de la educación.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica), respecto a la información disponible sobre salud y género, dice que a veces no es posible realizar — análisis más integrales porque se carece de datos relativos a los factores de riesgo y a los determinantes de la salud, y añade que no se podrá avanzar mientras el enfoque de género siga considerándose como tema exclusivo de las mujeres. Asimismo, es sumamente importante analizar cómo entienden el enfoque de género los prestadores de servicios y de qué modo lo explican a las mujeres que atienden. Por ello, propone realizar un estudio para analizar la visión que tiene la mujer de la salud y de la enfermedad como persona y como prestadora de servicios de salud.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that PAHO had much to be proud of regarding its Women, Health and Development Program, the Subcommittee on Women, Health and Development of the Executive Committee, and its internal processes to support the advancement of women in the Organization. PAHO's technical cooperation had raised awareness of the critical issues facing women and had had a positive impact on a range of women's health policies and programs.

The United States Department of Health and Human Services had increased its emphasis on women's health programs and had expanded research into diseases that disproportionately affected women, including osteoporosis and heart disease. The United States remained committed to focusing further on the health issues of minority women, violence against women, and women with HIV/AIDS.

A new statistical report on the health issues of America's women provided a source of comprehensive data on the health of women across the nation, with a focus on population characteristics, health status, and health services utilization. It reflected the Government's commitment not only to identifying trends in women's health but also to taking the right steps to improve their health in the future. Internationally, USAID had provided leadership, expertise, and support in such areas as maternal mortality and morbidity, nutrition, reproductive health care, and women's access to basic social services and information. USAID programs targeted improved educational opportunities for girls and women across the globe.

Disaggregated data based on gender and the collection of data on the diseases and health risks that disproportionately affected women was a first step to developing more effective policies and programs to address women's needs. PAHO had worked closely with countries to advance the use of disaggregated data and to improve surveillance overall. Gaps remained, but the Organization's leadership had been strong and it could make even more contributions in the future.

The United States was generally pleased with the proposed resolution but wished to suggest that, in operative paragraph 1(b), the words “of information” be inserted after “users and producers” to better reflect the intent.

PAHO should take maximum advantage of the evaluation of technical cooperation in women’s health, which could help to provide all Member States with an evidence-based approach to addressing national and local priorities. She expressed support for Costa Rica’s suggestions regarding issues for inclusion in future agendas on women, health, and development, including discussion on health care providers and an integrated approach to care.

Ms. SULLIVAN (Canada) said her country was strongly in favor of including a gender perspective in all health and development efforts. Only recently had health policymakers and health service providers acknowledged in a tangible way the extent to which social, economic, and cultural factors influenced health. Similarly, the Canadian health system had been slow to recognize that sex and gender differed and were significant determinants of health that interacted with other determinants.

Health Canada had developed a women’s health strategy to promote recognition of gender as a critical variable in health. Health Canada’s gender-based analysis policy incorporated an analysis of the impact of existing and proposed policies, programs, and practices on women as a group and as diverse segments within that group.

Canada continued to be a strong supporter of women’s health initiatives at the international level and of the consensus reached at various international forums,

including the Fourth World Conference on Women (Beijing, 1996), the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994), and their five-year reviews, under which Member States must ensure gender equity in their basic health policies and programs. It was pleased to see a similar focus by PAHO and was encouraged by the proposed resolution on women, health, and development. Efforts by PAHO in the areas identified in the resolution would make a significant contribution to bridging the gender gap in health and in the Region. PAHO also had an important role to play in helping Member States to identify concrete steps for reducing health inequities, improving access to appropriate, high quality health care, and promoting greater intersectoral collaboration in the area of women, health, and development. Specific recommendations in those areas were clearly outlined in the report, and the resolution should reflect those important recommendations.

To that end, she proposed the inclusion of new paragraph 1(c), to read “incorporate gender-based analysis in the formulation and monitoring of policies and in the initial and ongoing education of health care providers, and to ensure access to gender-sensitive health programs that address the health needs of women throughout their lives, taking into account their multiple roles and responsibilities.” An additional new paragraph, 2(e), should also be inserted: “incorporate a gender perspective in health analysis so as to target policies and programs more effectively and to develop and implement models that address gender inequities in health in an integrated manner.”

El Dr. ARMADA (Venezuela) dice que en Venezuela se ha hecho hincapié en el enfoque de género en lo que atañe a la formulación e implantación de políticas públicas, especialmente en el área de la salud. En este contexto, el desarrollo de un plan estratégico social es la guía fundamental de las políticas sociales del país, y el género se ha convertido en el eje transversal de la formulación de distintos planes y acciones, así como en la evaluación de su impacto. La reciente creación del Instituto Nacional de la Mujer como organismo adscrito al Ministerio de Salud ha reforzado dicho enfoque en la vida cotidiana e incorporado el tema de la violencia contra la mujer.

En cuanto al análisis, sugiere que se incorporen las interacciones entre género, clase social, etnia y territorio social, ya que las inequidades se manifiestan de forma distinta en virtud de estas variables. A este respecto, propone que en el apartado a) del párrafo 2 de la parte dispositiva del proyecto de resolución se añada, después de las palabras “por sexo”, “la interacción y sus interacciones con clase social, etnia y territorio y territorio social”.

El Dr. CARBONE (Perú) cree que el esfuerzo realizado por la Organización busca la equidad en la atención de la salud de hombres y mujeres desde una perspectiva de complementariedad entre ambos sexos. Además, el reconocimiento de la violencia contra la mujer como problema de salud pública exige que las entidades y organizaciones públicas y privadas den respuestas coordinadas. Dichas respuestas han de basarse en un enfoque preventivo del maltrato y dirigirse a su génesis, que a menudo se encuentra en etapas tempranas de la vida, en prácticas de maltrato infantil en el seno de la familia.

Finaliza su intervención proponiendo que este tema se aborde en la próxima reunión del Consejo Directivo.

Dr. VELZEBOER-SALCEDO (PAHO), responding to comments, noted that many of the countries that had spoken were leaders in disaggregating information by sex, thereby revealing of inequities, and in designing their policies and programs to address them. PAHO hoped to take advantage of their experiences by promoting exchanges with countries that had lesser capacity in that area.

The Program's partnership with various sectors—such as health, women's affairs, the judiciary, and the police—was a major priority. It depended greatly on guidance from the countries and the input of regional women's organizations, with which it had formed very close alliances. A recently developed set of indicators on gender and health looked not only at reproductive health and health per se but also at other factors, such as poverty and ethnicity.

The training of health providers had been identified as an important area. The Program's information campaign was geared not only towards providing information, training materials, and training courses within countries but also towards developing a curriculum on gender and health.

The DIRECTOR expressed satisfaction that delegates had noted the growth in the Program on Women, Health and Development: the number of professionals had doubled, the budget had increased greatly, and the scope and nature of the Program had changed. The Delegate of Costa Rica had made an important point concerning the differences in

perception of illness between women and men and also among health workers, both male and female and, its impact on the kind of treatment that was given. It was remarkable that even in the highest income groups, use of services was almost the same for men and women even though women had more health problem than men, which showed how greatly women were disadvantaged. One of the Program's focuses was sensitizing health workers and women themselves so that that gap could be reduced. Better analysis and desegregation of information would help pinpoint exactly what had to be done.

Since many other programs, dealt with various women's health issues, the focus of the Program on Women, Health and Development should remain the correctable inequities between men and women deriving from gender discrimination. He looked forward to the Program's continued progress.

The PRESIDENT suggested that a revised version of the draft resolution, incorporating the amendments put forward, be issued for consideration at the next meeting.

*It was so agreed.
Así se acuerda.*

El Sr. RUIZ-CABAÑAS (México) dice que como se ha informado en la prensa, el Presidente del Ecuador ha destituido a su Ministro de Salud, Dr. Patricio Jamriska, por haberlo desobedecido a la hora de emitir su voto en la votación para elegir al nuevo Director de la Organización, extremo que el Embajador del Ecuador ha confirmado en la Cancillería mexicana. Es más, el Gobierno de México tiene evidencia de que esto ha

ocurrido en otros cinco casos. La Delegación de México no plantea este asunto para impugnar el resultado de la elección, sino para reiterar lo dicho hace ya un año, esto es, que el proceso de elección del Director no era del todo transparente; para dejar constancia de su preocupación sobre este proceso, al que le faltó transparencia y equidad en la competencia; y para dejar sentado el derecho de México de volver a plantear el asunto, porque es algo que debiera preocupar a todos.

La destitución del Presidente [de la Conferencia] debilita a la Organización. Es pues necesario fortalecer el procedimiento y darle más transparencia para asegurar que se actúe con equidad. Es necesario reformar la Organización y abrirla a los vientos democráticos que soplan por el Hemisferio, así como reforzar su Constitución y sus reglamentos para que no haya vacíos legales. El Gobierno de México está comprometido con el fortalecimiento de la Organización y propondrá mecanismos para reformarla y ponerla a tono con las realidades de transparencia y democracia que caracterizan a las organizaciones internacionales del siglo XXI.

O Dr. NOGUEIRA VIANA (Brasil) disse que a Delegação brasileira lamentava profundamente as palavras do Embaixador do México, as quais julgava não refletirem posição oficial do Governo mexicano. Solicita que se examinasse a possibilidade de que as palavras do Embaixador do México e as não constasse da ata.

El Sr. RUIZ-CABAÑAS (México) dice que si el delegado del Brasil no quiere que sus palabras consten en las actas, bienvenido sea. La delegación de México es muy respetuosa de lo que las delegaciones expresan y no necesita intérpretes para que traten

de dilucidar el sentido de sus palabras; ha expresado sus reservas sobre algo importante y además se ha reservado el derecho a volver a plantear el tema en el futuro, y sí quiere que las suyas consten en las actas.

El Dr. GONZÁLEZ (Cuba) recuerda que, en la última reunión del Comité Ejecutivo, la delegación de México presentó una propuesta sobre la transparencia con relación a las elecciones, que fue examinada, al parecer, a satisfacción de esa delegación. Cuba considera que la elección fue transparente y que se ciñó a la Constitución y a los reglamentos de la Organización. Con todo, estaría dispuesta a examinar toda propuesta que la delegación de México pudiera presentar para mejorar la Constitución y la forma de elegir al Director.

El Sr. RUIZ-CABAÑAS (México) agradece a la delegación de Cuba su disposición a trabajar con la delegación de México para reformar la Organización.

*The meeting rose at 6:15 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.15 p.m.*