

**SECOND MEETING
SEGUNDA REUNIÓN**

Monday, 26 September 2005, at 2:30 p.m.
Lunes, 26 de septiembre de 2005, a las 2.30 p.m.

President/Presidenta:

Dra. María Julia Muñoz

Uruguay

**FIRST REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN GENERAL**

La PRESIDENTA da lectura del informe de la primera reunión de la Comisión General.

La Comisión General, bajo la dirección de la Delegada de Uruguay que ocupa la Presidencia del Consejo y con la participación de los Delegados de los Estados que ocupan las dos Vicepresidencias y la Relatoría, así como los Delegados de Brasil, Cuba y los Estados Unidos, celebró su primera reunión el lunes 26 de septiembre de 2005 a las 12.30 p.m.

Como resultado de sus deliberaciones, la Comisión General llegó a las siguientes decisiones. El horario de trabajo del Consejo será de 9.00 a.m. a 12.30 p.m. y de 2.30 p.m. a 5.30 p.m. Los idiomas de trabajo de la sesión serán inglés, francés, portugués y español. Las elecciones para las vacantes en el Comité Ejecutivo se celebrarán el miércoles 28 de septiembre a las 4.30 p.m.

Se ha revisado y establecido el orden en que se abordarán los puntos del orden del día, los cuales figuran en el documento CD46/WP/1, Rev. 1 que ha sido distribuido y se decidió que el punto 4.11 Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Regional para la Seguridad Sanguínea y plan de acción para 2006-2010 (documento CD46/16) será presentado después del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y, si el tiempo lo permite, el punto 4.16 Informe de progreso sobre la familia y la salud (documento CDE46/21) será presentado con anterioridad a la entrega de los premios OPS en Administración, Abraham Horwitz y Manuel Velasco-Suárez.

La Comisión General decidió solicitar a los delegados que sus intervenciones se hagan por un máximo de cinco minutos. Además, la Comisión General decidió que se volvería a reunir si fuese necesario.

Mr. PREVISICH (Canada) expressed his concern that the item on blood safety was to be taken up before the arrival of the Executive Director of the Canadian Blood Services.

*The first report of the General Committee was approved.
Se aprueba el primer informe de la Comisión General.*

- ITEM 3.2: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU (*cont.*)
- PUNTO 3.2: INFORME ANNUAL DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA (*cont.*)

El Dr. WATERBERG (Suriname) expresa su pésame a todos los pueblos y gobiernos de los países que sufren los efectos destructivos de fenómenos naturales. Refiriéndose al informe anual de la Directora, dice que refleja los temas de salud pública más importantes que se han abordado en las Américas durante el año transcurrido.

Sin embargo, queda mucho por hacer. Suriname no se ha visto afectado por desastres naturales, pero sufre desastres ocasionados por el hombre. Para enfrentar esos peligros debemos mejorar y modernizar el sistema de atención primaria de salud. Todos los gobiernos tienen la obligación de hacer llegar los servicios de salud a toda la población.

El orador celebra la iniciativa de la OPS de fortalecer la atención primaria en las Américas. Una buena atención primaria de salud es un instrumento para combatir de forma eficiente y efectiva las epidemias y las enfermedades crónicas y disminuir la mortalidad materna e infantil, entre otras cosas. Una buena atención primaria permitirá finalizar con buenos resultados el programa pendiente y atacar vigorosamente los nuevos desafíos.

El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) entiende que la OPS se ocupa de un amplio espectro de temas relacionados con la salud pública, la salud ambiental, las enfermedades emergentes y reemergentes, la acción en situaciones de desastres y el desarrollo de los recursos humanos. La Organización ha sido muy certera en sus funciones y en la diversidad y riqueza de los temas que aborda. Los esfuerzos que despliega son dignos de encomio.

El Dr. PRETELL (Observador, Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo) felicita por los avances que se están logrando en el campo de la nutrición, pero señala que en la última Asamblea Mundial de la Salud, tomando en consideración la importancia de los trastornos por deficiencia de yodo, se aprobó una resolución en la cual se insta a los Estados Miembros a que refuercen su compromiso con su eliminación sostenida y a que fortalezcan el marco de sus programas de salud y sus actividades de lucha contra la pobreza mediante la yodación universal de la sal.

La lucha contra la deficiencia de yodo ha dado grandes resultados en los últimos años, pero un tercio de la población mundial no está protegida. El continente americano

ha logrado el mayor avance, pero algunos países no han aplicado programas efectivos de yodación universal de la sal y de consumo de sal adecuadamente yodada.

De conformidad con esa resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, dentro de dos años todos los Estados Miembros deberán presentar un informe sobre el estado nutricional de la población en lo concerniente al yodo. Además, existe el compromiso de presentar informes trienales después de esa fecha.

La yodación universal de la sal y el consumo de sal adecuadamente yodada no son costosos, pero sí altamente beneficiosos. Solamente se requiere compromiso político y sostenibilidad de las medidas. Teniendo en cuenta que la deficiencia de yodo es una situación natural permanente, las medidas que se adopten para corregirla tienen que ser permanentes.

ITEM 3.1: ANNUAL REPORT OF THE PRESIDENT OF THE EXECUTIVE
COMMITTEE

PUNTO 3.1: INFORME ANNUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

El Dr. STEIGER (Estados Unidos de América, Presidente del Comité Ejecutivo), presenta el informe de las actividades realizadas por el Comité y sus distintos subcomités entre septiembre de 2004 y septiembre de 2005. Acompaña su presentación con la proyección de diapositivas.

Durante ese período, se celebraron la 135.^a y la 136.^a sesiones del Comité Ejecutivo, así como la 39.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación y las tres primeras reuniones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Rinde cuenta de los temas examinados por el Comité que no figuran en el orden del día del presente Consejo Directivo.

Durante el período en cuestión, los Miembros del Comité eran Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Paraguay y Venezuela. El Comité Ejecutivo celebró su 135.^a sesión en la sede de la OPS el 1 de octubre de 2004, inmediatamente después del 45.º Consejo Directivo. La reunión única contó con la presencia de todos los Miembros del Comité. También asistieron Delegados de Chile, México y Puerto Rico en calidad de observadores.

Se designó a los Estados Unidos de América para ocupar la Presidencia de la 135.^a y la 136.^a sesiones del Comité Ejecutivo. Se designó a Argentina para la Vicepresidencia y a Barbados para la Relatoría.

En la 135.^a sesión del Comité Ejecutivo se eligió a los nuevos miembros de los diversos subcomités que reemplazarían a aquellos cuyo mandato había terminado.

Barbados y Canadá fueron elegidos para integrar el Subcomité de Planificación y Programación y Costa Rica para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

El Comité también designó a Cuba para integrar el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, fijó las fechas para la 39.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación, la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo y el 46.^o Consejo Directivo, y aceptó la invitación del Gobierno de Argentina y acordó celebrar su 136.^a sesión en Buenos Aires.

El Comité trató cuatro puntos fundamentales durante su 135.^a sesión. Primero examinó un documento presentado por la Oficina en el que se describía un plan de acción para poner en práctica las recomendaciones formuladas por el Auditor Externo en su informe especial presentado al 45.^o Consejo Directivo en septiembre del año pasado.

El Comité estuvo de acuerdo con el plan de acción propuesto, pero opinó que, con el objeto de cumplir con la responsabilidad de vigilancia que el Consejo Directivo le había asignado, uno o varios de sus Miembros debían participar estrechamente desde el principio en el seguimiento de los adelantos de la Oficina en la aplicación de las recomendaciones y proporcionar al resto del Comité un informe periódico al respecto.

Por consiguiente, el Comité decidió asignar al Presidente actual y al anterior las tareas de vigilancia y notificación. El Comité solicitó que la Oficina incluyera procedimientos de auditoría interna en la lista de esferas que debían abordarse en el plan de acción para la aplicación de las recomendaciones, y que, al formular el plan, describiera las funciones del mediador y de los mecanismos para garantizar su independencia de actuación.

El Comité también examinó los términos de referencia y el plan de trabajo del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y examinó la mejor manera de proceder para producir un documento consolidado que incorporara los debates del Grupo y presentara sus conclusiones y recomendaciones al presente Consejo Directivo. El Consejo examinará dicho documento más adelante.

En su 135.^a sesión, el Comité también aprobó las modificaciones propuestas a los procedimientos de nombramiento y criterios de selección del Premio OPS en Administración. Este punto se consideró de conformidad con lo solicitado por el Comité Ejecutivo en su 134.^a sesión, a saber, que la Oficina examinara los requisitos, las condiciones y los procedimientos para la adjudicación del Premio, con miras a crear criterios que reflejaran mejor las exigencias del nuevo milenio, teniendo en cuenta los factores contextuales y los cambios que influyen en la administración de los programas y

servicios sanitarios. El Comité también consideró importante disponer de una lista de candidatos más grande y diversa.

Por último, el Comité aprobó las modificaciones a las Reglas Financieras de la OPS que se necesitaban como consecuencia de que el 45.º Consejo Directivo había aprobado el pago de las cuotas en moneda nacional.

En la 135.ª sesión aprobaron una resolución y 11 decisiones, las cuales figuran junto con un resumen de los debates del Comité en el informe final de esa sesión (documento CE135/FR).

En cuanto a la 136.ª sesión del Comité Ejecutivo, el Comité aceptó la invitación del Gobierno de Argentina para celebrarla en Buenos Aires, del 20 al 24 de junio de 2005 y contó con la presencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité. Los Delegados de Brasil, Chile, España, Francia, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá y Perú también asistieron. Además, estuvieron representadas la Organización Mundial de la Salud, otras cuatro organizaciones de las Naciones Unidas e intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

El Comité escuchó el informe de la 39.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación, celebrada en la sede de la OPS en marzo de 2005. El Dr. John A. Junor, Delegado de Jamaica, que ocupó la Presidencia del Subcomité, presentó el informe.

El Subcomité trató los siguientes puntos, que el Comité Ejecutivo examinó posteriormente en ocasión de su 136.ª sesión y que también figuran en el orden del día del presente Consejo Directivo: Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana; Puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de septiembre de 2004; Estrategia para el futuro de los centros panamericanos; La cooperación técnica entre los países de la Región; Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007; Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI; La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud, y El acceso a la atención de las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA.

Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre los temas mencionados pueden encontrarse en el informe final de la 39.ª sesión del Subcomité (documento SPP39/FR).

El Comité Ejecutivo también escuchó el informe de la sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, celebrada el 14 y 15 de marzo de 2005. El Dr. Roberto E. Dullak, Delegado de Paraguay, que ocupó la Presidencia del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, presentó el informe correspondiente y señaló que el Subcomité había tratado cuatro puntos del orden del día en relación con la integración de

la perspectiva de género y la promoción de la igualdad entre los sexos en el trabajo de la OPS.

Uno de los puntos considerados había sido el proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos, que el Consejo Directivo examinaría más adelante. Los dos resultados principales de la 21.^a sesión del Subcomité fueron el respaldo del Subcomité al proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos y su decisión de recomendar la formación de un grupo de trabajo para examinar las funciones y la composición del Subcomité, así como la frecuencia con la que se celebraban sus sesiones.

Dicho grupo de trabajo se formaría en la 137.^a sesión del Comité Ejecutivo, que tendrá lugar inmediatamente después de la presente sesión del Consejo Directivo. El grupo también examinaría otros temas relacionados con la labor y el funcionamiento de los Cuerpos Directivos de la Organización. El Dr. Steiger presentará un informe al respecto más adelante, cuando el Consejo examine el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

En su 136.^a sesión, el Comité Ejecutivo también escuchó el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales y, sobre la base de sus recomendaciones, decidió autorizar el establecimiento de relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, y la continuación de las relaciones oficiales con la Sociedad Estadounidense de Microbiología, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, la Federación Internacional de la Diabetes, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica, la Fundación March of Dimes, la U.S. Pharmacopeia y la Asociación Mundial de Sexología.

Además de los asuntos anteriores, el Comité Ejecutivo consideró varios asuntos administrativos y financieros, incluidos en el informe sobre la recaudación de las cuotas, el informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna y el informe financiero parcial del Director para 2004. Estos puntos también forman parte del orden del día del presente Consejo Directivo y, por consiguiente, el Dr. Steiger dará cuenta de ellos en el momento en que el Consejo los examine.

Al tratar los asuntos de personal, el Comité aprobó varias de las modificaciones al Reglamento y Estatuto del Personal propuestas por la Oficina para mantener la congruencia con la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas, así como para responder plenamente a las recomendaciones formuladas por el Auditor Externo en 2004 respecto a las normas y prácticas en materia de recursos humanos.

Como de costumbre, el Comité Ejecutivo escuchó la intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Comité señaló que varias inquietudes planteadas por la Asociación de Personal se relacionaban con asuntos mencionados también por el Auditor Externo en su informe especial de 2004 y por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

El Comité propuso que los informes futuros del Área de Gestión de Recursos Humanos de la OPS debían incluir la respuesta explícita dada a cada una de las inquietudes planteadas por la Asociación de Personal en su intervención. El Comité también propuso que, una vez que el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI hubiera finalizado sus recomendaciones, se emprendiera un análisis completo para velar que las recomendaciones relativas a los recursos humanos se ejecutaran plenamente.

El Comité aprobó un total de 12 resoluciones y tres decisiones, que aparecen, junto con un resumen de los debates del Comité, en el informe final de la 136.^a sesión (documento CE136/FR).

La DIRECTORA da las gracias al Presidente del Comité Ejecutivo y a su equipo, así como a todos los Miembros del Comité Ejecutivo y dice que este año ha exigido gran colaboración, integración y articulación del trabajo entre el Secretariado y el Comité Ejecutivo, para llevar adelante el programa y obtener los resultados que se presentaron en el informe anual.

ITEM 4.16: PROGRESS REPORT ON FAMILY AND HEALTH

PUNTO 4.16: INFORME DE PROGRESO SOBRE LA FAMILIA Y LA SALUD

El Dr. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba), en relación con el documento CD46/21, dijo que, dada la importancia del tema y los avances organizativos en áreas de salud de la familia y comunitaria, la reunión de consulta regional para la elaboración definitiva de una estrategia integral de salud centrada en la familia, programada para principios de 2007, debería celebrarse el próximo año.

Añadió que su país estaba en condiciones de poner a disposición de la Organización su experiencia en el ámbito de la salud familiar y que sometía al Consejo Directivo sus sugerencias sobre las modificaciones al Informe sobre el progreso de la familia y la salud.

Ms. GIDI (United States of America) paid tribute to the efforts made by PAHO to place the family at the heart of an integrated approach to public health. She welcomed the appointment in 25 country offices of a focal point on family and community health,

and the ongoing collaboration with the Integrated Management of Childhood Illness Initiative.

Her Delegation agreed with the Secretariat that the needs of older people and disabled persons within the family deserved greater attention. For the President of the United States, the strengthening of the family was a cornerstone of the national agenda. The United States favored a family-centered approach to health, encompassing education, healthy diets and nutrition, physical activity, hygiene, and safety. Her Delegation felt strongly that parents should have the primary role in decisions affecting children and adolescents, especially when difficult choices had to be made concerning healthy lifestyles and the avoidance of risky behaviors.

She encouraged the Secretariat to espouse a family-focused approach that included parents in decision-making. She also noted that the plan of action and declaration on “A World Fit for Children,” adopted by the United Nations Special Session on Children, provided a framework for action within a family-centered approach. Such an approach was essential for reaching the internationally agreed-upon goals of the Millennium Declaration.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) dice que se debe fortalecer el enfoque basado en los derechos y los deberes de los distintos miembros de la familia y prestar especial atención a los integrantes con discapacidades o necesidades específicas de salud. Asimismo, es necesario conocer desde el punto de vista geográfico cómo se han adaptado a dicho enfoque los servicios de salud de la Región, así como a la atención integral a la familia, pues ello enriquecería la visión intersectorial que pueda tenerse sobre el tema.

Mr. ROSENBERG (Canada), welcoming the report, said that Canada’s Ministry of Health was engaged in policy development and in researching the key determinants of health among children and young people. Some of the programs developed in Canada might be considered for use in Latin America and the Caribbean.

Canada’s initiative on family violence was helping to raise awareness of family violence and the risk factors for it, and was strengthening the capacity of the criminal justice, housing, and health systems to respond to the problem, while working to identify effective interventions.

He urged PAHO to continue its efforts to combat violence against women and girls, with special emphasis on violence within the family. He also encouraged the Secretariat of PAHO to liaise with the Inter-American Children’s Institute of the Organization of American States, with a view to collaborating in the areas of child and family health.

Noting that in 2003 the Latin American and Caribbean countries had adopted a regional strategy for implementing the Madrid International Plan of Action on Aging, he inquired what action PAHO was proposing to address the needs of older adults and disabled persons within the family. He hoped PAHO would continue working with the World Health Organization to incorporate a gender perspective into its programs and policies, as acknowledging and addressing the socioeconomic differences and health disparities between the sexes would help improve family health.

He supported PAHO's efforts to reach the Millennium Development Goals on reproductive health and encouraged the Organization to treat men and women, boys and girls as distinct population groups, while paying particular attention to improving sexual and reproductive health among women and girls. The study recommended in paragraph 25 of the Progress Report on Family and Health (Document CD46/21) the inclusion of an assessment of the contribution of the family and the community to health and education outcomes, he suggested that the study should also examine the contribution and role of each family member.

Canada applauded PAHO's work on family and health, and urged it to continue striving to improve information systems in order to produce disaggregated data that could provide valuable information on the evolving roles of family members.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) considera de suma pertinencia el enfoque propuesto en el documento que integra estrategias a nivel comunitario, local y familiar, que constituyen un medio adecuado y efectivo que hace más eficiente el uso de los recursos.

En el plano nacional destaca, entre otras, las intervenciones de salud materna e infantil, fundamentalmente en salud sexual y procreación responsable, cuidado prenatal, maternidad centrada en la familia y promoción del parto humanizado. En el plano regional, es importante contar con un plan de trabajo que aumente la capacidad de las familias para controlar los riesgos, prevenir las enfermedades y usar adecuadamente los servicios de salud. También considera pertinente la propuesta de la OPS sobre estrategias de salud centradas en la creación de modelos locales, y estima fundamentalmente conseguir el apoyo de los Estados Miembros para lograr una estrategia integral claramente enunciada.

La reunión de consulta sobre los aspectos más frecuentes de la prevención de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes es muy importante y se celebrará en noviembre de 2005 en colaboración con el UNICEF. En dicha reunión se abordará el mejoramiento de los sistemas de vigilancia y de información, dirigido a proporcionar datos desglosados y a que se tenga en cuenta a los

grupos de población incluídos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fundamentalmente a los adultos mayores y las personas discapacitadas.

O Dr. CAMPOS (Brasil) informou que o Sistema Único de Saúde do Brasil não pertence apenas do Ministério da Saúde, mas é compartilhado com os níveis federal, estadual e municipal e que o Programa Saúde da Família vem sendo adotado como estratégia de reorganização do Sistema Único.

Afirmou que, nos últimos 10 anos, a atenção básica, comparada com a atenção de alta e de média complexidade, foi a que mais cresceu em termos de orçamento, mencionando que o Brasil está convicto de que apenas os programas que promovem a vinculação da clientela, com responsabilização entre as equipes e os usuários podem melhorar a saúde do país, e que a reforma do setor saúde criou um sistema de saúde universal, igualitário e com uma visão integral dos processos de produção de saúde e enfermidade.

Atualmente, o Brasil conta aproximadamente com 28.000 equipes de saúde da família e trabalha para chegar a 30.000, o que é uma estratégia bastante corajosa. A fim de obter 100% de cobertura de população, seria necessário chegar ao dobro das equipes atuais, para que cada brasileiro tivesse a sua equipe de saúde da família de referência. Estas equipes são constituídas de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e um número significativamente maior de agentes comunitários de saúde.

Hoje, o Brasil possui aproximadamente 200.000 agentes comunitários de saúde. O Programa Saúde da Família não é mais um programa vertical do Ministério da Saúde, mas é um programa de reorientação, que reorganiza todo o panorama assistencial do Brasil, estabelece a porta de entrada para que todos os brasileiros tenham acesso à prestação de serviços de saúde, desde os mais simples até os transplantes – um direito de toda população brasileira.

Brasil considera de extrema importância a inclusão desse tema na agenda, dizendo que nas últimas pesquisas para as eleições brasileiras, a política pública que recebeu maior apoio da população, foi a política de saúde da família – o Programa de Saúde da Família – que se consolidou no ideário da população brasileira como um programa de alta efetividade, de alto impacto e de resultados bastante positivos.

Deixou claro, em nome da Delegação Brasileira, a extrema importância do tema e encorajou a Organização Pan-Americana de Saúde a seguir promovendo estudos, cooperação entre países para que o Brasil possa melhor desenvolver sua opção radical de atenção básica, seu principal programa que estrutura integralmente seu projeto de atenção a saúde da população.

El Dr. GARCÍA (Chile) dice que en el curso de éste bienio su país ha empezado a aplicar la reforma de la salud estableciendo el modelo de atención integral. Desde 2005 la atención primaria de salud incluye el modelo de salud familiar a cargo de un equipo de salud multiprofesional. Este modelo permite disminuir muchas desigualdades en las familias y la comunidad. Recuerda que el 4 de octubre, se celebrará en Santiago, Chile el Encuentro Iberoamericano de Salud Familiar en Atención Primaria.

El Dr. RUÍZ (México) dice que el Gobierno de su país impulsa una estrategia denominada “Contigo”, que busca el desarrollo humano integral de las personas desde antes de su nacimiento y a lo largo de las distintas etapas de su vida. Un componente fundamental de esta estrategia es el programa encaminado a aumentar las capacidades de las familias, principalmente de aquellas que se encuentran en situación de pobreza.

Los niños, las niñas y los adolescentes son sus beneficiarios principales. Asimismo, las familias deben adoptar medidas de protección, como las aplicadas actualmente en parte de Centroamérica y México contra el dengue. Concluye diciendo que el enfoque adoptado en el documento presentado es adecuado.

El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) dice que en 1986 Puerto Rico comenzó la implantación del programa de salud familiar destinado a convertir los centros de diagnóstico y tratamiento primarios tradicionales en centros de salud familiar dotados de un médico de familia y personal de enfermería y de la comunidad. En 1993, se continuó con ese modelo con aseguradoras y médicos privados. Lo esencial es que a través de la familia se consiga tener verdaderos servicios de salud para la comunidad.

La Dra. TAMBINI (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria) felicita a los países por los avances registrados en la Región. Está de acuerdo con la solicitud de agilizar la consulta con los países, los expertos y los organismos, y difundir los avances de los países. Se ha programado agilizar ese proceso, conjuntamente con los representantes de los países. El informe que ha presentado la Secretaría resume todo el trabajo de las diferentes unidades técnicas, los centros y las oficinas de país, no solamente dentro del área de la salud familiar sino también con otras unidades dentro de la Organización.

Esta es la forma más eficiente para avanzar, ya que existen experiencias muy concretas de asociación estratégica que están dando resultados concretos. La continuidad del cuidado de la salud a lo largo del curso de vida permite responder mejor a las necesidades del individuo, la familia y las comunidades con modelos de atención de salud integral.

Como han dicho los Delegados, el curso de vida no debe terminar en la madre, el neonato y el niño. Debe continuar con los adolescentes y los jóvenes, y también con el

adulto mayor. Otro punto que han planteado varios delegados es la importancia de la información y la epidemiología para medir el impacto de las medidas adoptadas. La OPS lo tendrá muy presente para el futuro. Asimismo, ha tomado nota de cada uno de los comentarios de las delegaciones.

La PRESIDENTA informa de que todas las aportaciones se verán reflejadas en las actas.

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 2005

PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 2005

La PRESIDENTA llama la atención del Consejo en relación con el documento CD46/30 y pide al Presidente del Comité Ejecutivo que informe sobre la decisión del jurado referente al Premio OPS en Administración, 2005.

Dr. STEIGER (President of the Executive Committee) reported that the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2005, comprising representatives of Canada, Dominica, and Paraguay, had met on 22 June 2005, during the 136th Session of the Executive Committee.

After carefully examining the documentation on the candidates nominated by Member States, the Committee had decided to confer the Award for Administration, 2005, on Dr. Francisco Rojas Ochoa for his outstanding contribution to the development of the administration of health programs and services in his country, Cuba, and in several countries of the Region of the Americas and, particularly, for his outstanding contribution to the training of various generations of public health leaders and professionals. The Executive Committee adopted Resolution CE136.11, endorsing the decision of the Award Committee.

La PRESIDENTA dice que los gobiernos de los países de las Américas, por medio de sus representantes en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, otorgan anualmente el premio de la Organización Panamericana de la Salud en Administración, en reconocimiento de una contribución destacada en materia de gestión administrativa dentro del marco de los servicios nacionales de salud.

Este premio data de 1969, cuando el Comité Ejecutivo de la OPS, en su 61.^a sesión, aceptó una generosa donación del Dr. Stewart Portner, ex jefe de administración de la Oficina Sanitaria Panamericana para instituir un premio anual con el propósito de contribuir al perfeccionamiento de los sistemas administrativos de los programas de salud.

La Presidenta se complace en conferir este honor al ganador de este año, el Dr. Francisco Rojas Ochoa. El Dr. Rojas Ochoa nació en la provincia de Holguín, Cuba, el 21 de agosto de 1930, obteniendo el título de doctor en medicina y cirugía de la Universidad de la Habana en 1960. Completó la maestría en salud pública y administración médica en la Escuela de Salud Pública de México, en 1965. Se diplomó en gestión de informática, en París, en 1975. Obtuvo el doctorado en ciencias médicas de la Comisión Nacional de Grados Científicos de La Habana, en 1985.

Francisco Rojas Ochoa comenzó su distinguida carrera profesional en 1960, como delegado especial del Ministro de Salud Pública para el norte de la provincia de Oriente. Fue coordinador de un servicio médico social rural en Sierra Maestra, por el período 1960-1961, Director provincial de salud pública de Camagüey, de 1961 a 1964, Director Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública, de 1966 a 1976, y miembro del Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública, de 1976 a 1981.

Con posterioridad, se destacó en su carácter de miembro del Buró de Dirección del Consejo de Sociedades Científicas del sector salud y como Director Internacional del proyecto de colaboración en el área de salud materno-infantil y actividades relacionadas de población del Fondo de Población de las Naciones Unidas. De 1976 a 1982, fue Director General del Instituto de Desarrollo de la Salud, y entre 1984 y 1995 se desempeñó como Vicerector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

En la actualidad, es Director de la Revista cubana de salud pública, miembro del Grupo Ejecutivo del proyecto diálogo-ético del Ministerio de Salud Pública y consultor del proyecto internacional sobre intervenciones para prevención y control de la infección por VIH/SIDA.

El Dr. Rojas Ochoa ha sobresalido por sus cualidades como administrador, docente e investigador. Ha hecho importantes contribuciones para la creación del servicio médico social rural y como coordinador regional del servicio rural, donde introdujo métodos y normas de organización para el servicio en general, y sus hospitales en particular.

Como organizador y director de una dirección provincial de salud pública, realizó el primer esfuerzo en el plan de descentralización de la administración del Ministerio de Salud Pública, contribuyendo al desarrollo de la reorganización del sistema nacional de salud con énfasis en la medicina preventiva y la promoción de la participación popular en el sector.

Creó el primer hogar materno de Cuba, como institución del sistema de salud destinada a mejorar la cobertura de calidad de la atención materna para la población de áreas rurales. Dirigió el plan de extensión de cobertura y control de la calidad del

registro de defunciones y nacimientos, y bajo su dirección se elaboraron y aplicaron normas técnicas y administrativas para los departamentos de registros médicos de hospitales y policlínicos.

Como docente, planeó, organizó y dirigió desde la Dirección Nacional de Estadísticas Sanitarias el programa de formación y perfeccionamiento de recursos humanos para las oficinas de estadísticas sanitarias del país y el plan de estudios para la formación de médicos y otros profesionales especializados en bioestadística.

Reorganizó institucionalmente el plan de estudios para la formación de médicos y otros profesionales en salud pública y dirigió desde su fundación, en 1966 hasta 1976, la primera cátedra permanente de estadística sanitaria en una escuela de medicina del país. Participó también en la fundación de la primera cátedra de administración en salud.

Fue profesor de medicina preventiva y de salud pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana y profesor titular y consultor en otras cátedras de salud pública. En la actualidad, se destaca como profesor en la maestría de salud pública de la Escuela Nacional de Salud Pública y como profesor invitado del proyecto de doctorado en ciencias de la salud de la Universidad Juárez de Tabasco (México).

En el ámbito de la investigación, el Dr. Rojas Ochoa dirigió investigaciones y trabajó como investigador en numerosos proyectos en servicios de salud, medicina social y epidemiología. Cuenta con una numerosa bibliografía activa, expresada en artículos de revistas, libros y documentos para la docencia en aspectos de desarrollo y organización de la salud pública y en el estudio de la medicina social como ciencia de la salud. La Presidenta invita al Dr. Francisco Rojas Ochoa a recibir su tan merecido premio.

*The President presented the PAHO Award for Administration, 2005, to
Dr. Francisco Rojas Ochoa, of Cuba.*

*La Presidenta hace entrega del Premio OPS en Administración, 2005, al
Dr. Francisco Rojas Ochoa, de Cuba.*

Dr. ROJAS OCHOA: Recibo con regocijo y orgullo el alto honor que el Premio representa, que se otorga a mi persona, aunque sea sólo simbólico, ya que considero que tal merecimiento no se alcanza nunca sin el apoyo, comprensión, solidaridad y disciplina de grupo en que han intervenido muchas, tal vez millares de personas, que desde cerca o lejos han contribuido a que el premiado acredite ciertas obras en su hoja de servicios.

Hago propicia la ocasión para expresar mi gratitud a ustedes, a la Directora, al Consejo Directivo, y a todas y todos los que trabajan en esta Organización, y en especial a los miembros del Jurado para la adjudicación del Premio, que fueron los Delegados de

Canadá, Dominica y Paraguay, que apreciaron los atributos para merecerlo, al examinar los documentos en que se propuso mi candidatura al Premio de Administración 2005.

Desde mi infancia puedo identificar personas que influyeron en mi formación ética, social y profesional y entre otros, a mis abuelos mambises. Como trabajador de la salud pública, recuerdo a mis maestros durante la carrera de medicina en la Universidad de La Habana, que me enseñaron el valor incomparable de la clínica y a los de mi primer posgrado en la Escuela de Salud Pública de México, que me introdujeron en el campo de la administración.

A mis buenos alumnos, los más exigentes, de mi país o de fuera, que son ya numerosos los que son mejores que yo, esa es mi más preciada contribución a la salud pública. A los jefes que me dirigieron auspiciando mi mejor desempeño. A mis compañeros de trabajo, cubanos o no, muchos también exigentes críticos. Y eso sin olvidar a mi familia, en especial a mi siempre compañera por más de 50 años, y a mis nietos, por el ejemplo a que me obligan.

Dos hechos debo destacar en mi quehacer a lo largo del tiempo: primero el aprendizaje de primera mano y enorme importancia cuando trabajé como médico rural. Fue más lo que recibí de los campesinos montañeses con que conviví, que lo que yo pude dar. El otro, las circunstancias de ser un temprano defensor de la interdisciplinariedad en el nuevo sistema de salud de mi país, cuando conseguí que llegaran al mismo los primeros matemáticos, sociólogos y geógrafos. Parafraseando a un célebre militar diré que la salud de la población es asunto tan importante que no puede dejarse sólo en manos de los médicos.

Todo ha sido posible gracias al más favorable contexto político, social y laboral que han creado en mi país, mi pueblo y su revolución al permitirme poder dedicar mis esfuerzos a construir sueños que hoy se reproducen en la realidad, incluso de otras gentes y pueblos, llamando a la solidaridad, palabra esencial para el mundo de la salud.

Debo aprovechar esta oportunidad singular para repetir tres ideas que han presidido mi quehacer profesional desde hace 45 años: el reconocimiento del valor incomparable de la clínica, por ser la más valiosa de las técnicas que pueden emplearse en medicina y en salud pública y que nos salva del deslumbramiento de lo que llamamos nuevas tecnologías y nos permite colocar estas en su justo valor; lo imprescindible de una conducta ética en todo el trabajo de salud pública, hoy frecuentemente viciado por el mercantilismo y la corrupción, y la muy necesaria práctica de la solidaridad sin distinción de credos, etnias o condición social y económica.

Finalmente, quiero destacar el trabajo científico, tal como lo definió un relevante salubrista de las Américas, el Director Emérito de esta Organización, el Dr. Fred L.

Soper, quien escribió a un amigo: “Un científico debe poseer las siguientes características: inteligencia, laboriosidad e integridad. De ellas, la inteligencia puede ser mediocre, la laboriosidad debe ser muy grande, y la integridad, absoluta.”

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN
LEADERSHIP IN HEALTH, 2005

PUNTO 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ AL LIDERAZGO
EN SALUD INTERAMERICANA, 2005

La PRESIDENTA se refiere al documento CD46/31 y se complace en honrar al ganador del premio Abraham Horwitz para la salud interamericana de este año. El premio fue instituido en 1978 por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y otras personas dedicadas al mejoramiento de la salud internacional como una expresión de admiración y afecto por el Dr. Abraham Horwitz, quien fuera presidente de la Fundación desde 1975 hasta 2000 y, además, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por cuatro mandatos, 1958 a 1975.

El premio que se entrega por 29.^a ocasión sigue honrando la inspiración y sabiduría del Dr. Horwitz y constituye un reconocimiento a los líderes comprometidos y sus contribuciones a la salud pública que llevan a cabo mejoras a escala regional en beneficio de la vida de los pueblos americanos. Esos líderes de la salud pública son personas apasionadas por proteger la salud del público e inspirar en los demás el deseo de un desempeño excelente, tienen una visión clara del futuro y comprenden las consecuencias más amplias de sus decisiones sobre la salud de las generaciones futuras.

Con el transcurso de los años, el premio se ha otorgado a representantes de una variedad de profesiones esenciales para los servicios de salud eficaces. El premio Horwitz se ha convertido en un distintivo meritorio y en una fuerza motivadora para todos los trabajadores de la salud de las Américas. Considerando la importancia de tener líderes dedicados y que inspiran a los demás, es muy adecuado que los delegados y amigos reunidos aquí tengan la oportunidad de honrar a uno de los suyos.

Este es uno de los cinco premios que otorga la Fundación Panamericana de la Salud y Educación por intermedio del programa de premios a la excelencia en la salud pública interamericana en el que colaboran la Fundación y la Organización Panamericana de la Salud.

La Dra. Antonia Novello que hará entrega del Premio al ganador, es miembro de la Junta de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación desde 2001. El 15 de junio de 1999, el gobernador George Pataki la nombró Comisionada de Salud del Estado de Nueva York, la 13.^a persona que ocupa este cargo. Tiene una carrera larga e ilustre en salud pública.

La Dra. Novello se graduó en Medicina en la Universidad de Puerto Rico. Fue interna y residente de pediatría en la Universidad de Michigan en Ann Arbor y se especializó en nefrología pediátrica en la Universidad de Michigan y en la Universidad de Georgetown. También obtuvo la Maestría y el Doctorado de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. Es pediatra certificada por la junta correspondiente.

De 1979 a 1990 trabajó para el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en los Institutos Nacionales de Salud, donde desempeñó varios cargos, incluido el de Directora Adjunta del Instituto Nacional de la Salud Infantil y el Desarrollo Humano. En 1990 el Presidente George Bush la nombró Directora General de Sanidad de los Estados Unidos, cargo que ocupó hasta 1993.

De 1993 a 1996, la Dra. Novello fue Representante Especial para la Salud y la Nutrición del UNICEF. Poco antes de trabajar con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, fue Profesora Visitante y Directora Especial de Políticas Sanitarias de la Comunidad en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. La Dra. Novello ha recibido muchos reconocimientos por sus aptitudes de liderazgo, como el premio del Patrimonio Hispano de 1998.

Dr. NOVELLO (Member, Board of Directors, Pan American Health and Education Foundation) recalled that the Pan American Health and Education Foundation was dedicated to the improvement of the health of the people of the Americas, promoting and recognizing excellence in public health in the Region. The Abraham Horwitz Award for Leadership in International Health had been established to honor Dr. Horwitz, who had served as Director of PAHO, and then as President of the Pan American Health and Education Foundation for the last 40 years of the twentieth century, a time of far-reaching political, technological, and social change.

She wished to thank the jurors of the selection committee who had had the difficult task of selecting among many outstanding potential winners from throughout the Region of the Americas.

Today, the award would be given to recognize Dr. Ricardo Uauy, a world-renowned pediatrician, biochemist, and professor for his significant commitment to international nutrition. As one of the most eminent and distinguished scientists in international nutrition in the world, Dr. Uauy had shown remarkable leadership in the area of nutrition research.

He was at the forefront of efforts to address the health consequences of the nutrition transition in Latin America. His energy and productivity had allowed him to mentor the next generation of researchers and to be an outstanding role model for

scientists throughout the Region of the Americas and around the world. In recognition of his international standing, he had been selected as the president of the International Union of Nutritional Sciences and had received Chile's Presidential Award in Science for his research on the effects of essential fatty acids on gene expression during retinal and brain development. He had also been elected to the Chilean Academy of Medicine.

He had served as professor and former director of the Institute of Nutrition and Food Technology at the University of Chile and was currently chair of the Nutrition Department of the School of Hygiene and Tropical Medicine at London University.

Dr. Uauy had received his degree in medicine from the University of Chile; later he had earned a doctorate in nutritional biochemistry, metabolism, and international nutrition from the Massachusetts Institute of Technology. During part of his tenure at the University of Chile, he had served as the regional coordinator for Latin America for the food and nutrition program of the United Nations University.

On behalf of PAHEF Dr. Novello congratulated Dr. Uauy on joining the distinguished list of the 28 previous recipients of the Award, whose outstanding lifetime careers in medicine and public health had had a substantial impact on the lives and health of the people of the Region of the Americas.

*The President presented the Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health, 2005, to Dr. Ricardo Uauy, of Chile.
La Presidenta hace entrega del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana, 2005, al Dr. Ricardo Uauy, de Chile.*

Dr. UAUY: As one of many who have placed the improvement of nutrition, a key component of public health in the Americas, as the purpose of their professional careers, I am honored to receive the Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health for 2005. The lessons I learned from Abraham Horwitz have served me well, including how to be strong in denouncing what is wrong but gentle in delivering the message, inviting all to take part in the necessary actions to improve the health and nutrition of vulnerable groups. I think PAHEF serves well its mission of promoting health in the Americas by keeping the Horwitz legacy alive.

Why is nutrition important? Nutrition and health of populations go hand in hand. Food is not just another environmental exposure. Rather, it is the substance of life. And up to now, humankind has been shaped by the food supply. We are what we eat in many ways, especially when it comes to health at every stage of the life course. Nutrition affects the way we grow and develop from conception through the early stages of embryonic and fetal life.

At birth, the stature of mothers, more than their weight, determines their babies' size, affecting their potential for immediate survival and long-term health. Mean weight at birth in this Region has steadily risen. Low birthweight in most countries is under 10%. We see now that the provision of foliate-fortified food to women of reproductive age is helping to reduce the risk of neural tube defects and congenital malformations in many countries of the Region.

Breast-feeding and appropriate complementary foods, such as we are seeing in Mexico, in Ecuador, and in many countries of the Region, are necessary to secure not only protein and energy, but also micronutrients required to prevent and resist infection and to grow in length, as well as in weight. In fact, next year PAHO will release a new growth standard based on measurements taken in 8,000 children from six countries, one from each continent. For the Americas, the countries were Brazil and the United States of America.

All of these children were breast-fed according to present norms, with exclusive breast-feeding to 6 months of age. Independent of ethnic group and country of origin, all grew similarly in weight and height. We now have the right tools to promote optimal growth in length while preventing unhealthy weight gain. An important point is that, provided children are raised in the right environment, they have an equal potential to grow well and be healthy.

A healthy diet must provide the right quality and quantity of foods, and meet the complementary goals of securing all essential nutrients while preventing energy excess. Balancing energy intake with physical activity is presently an important challenge facing the Region. You heard it this morning: "Move America!" Children and adults, urban and rural dwellers, those living in poverty and the affluent share the problem of preventing unhealthy weight gain, which translates into excess body fat—especially dangerous when fat sits around the waist.

Most countries in the Region confront a double burden of disease. That is, while they continue to work to reduce the burden of infection and adverse prenatal outcomes, they face a virtual pandemic of cardiovascular disease, hypertension, coronary artery disease, "diabesity"—the combination of diabetes and obesity—and rising rates of cancer.

We have no vaccine prophylaxis for these diseases. We can no longer call them noncommunicable since consumption and physical activity patterns are in fact being shaped by infectious-like agents that accompany modern life and are disseminated by the mass media and commercial marketing strategies across countries. Displacement of traditional foods from our diets, increased consumption of energy-dense nutrient-poor

foods, the explosive increase in motor vehicles, the proliferation of labor-saving devices, and the physical inactivity characteristic of modern work and leisure are the vectors of the obesity epidemic.

We end up buying in response to advertisements rather than because of true needs. Yes, to some of us these may be considered individual choices and thus not a public health issue; but then, how can we explain the doubling or tripling of obesity in 6-year-old children in most countries of the Region, if not by commercial and other interests that promote increasingly less expensive, energy-dense foods and keep children sedentary? It is up to social forces, it is up to governments, it is up to organizations like PAHO to take the necessary steps to make the healthy choices the easy choice.

Consider the uneven balance between your health budgets to promote healthy foods and active lives versus the wealth in the advertising budgets of major food companies. The imbalance in most countries is staggering, approximating 1,000 to 1. It is time we confront the epidemic of nutrition-related chronic diseases strategically, with a clear public health response addressing the root causes of unhealthy weight again. The diet and physical activity strategy approved by the World Health Assembly last year provides the basic orientations. It will require leadership and ability to build prevention of chronic disease into our primary health care systems with a life-course perspective.

Just as physical and mental development of children is modulated by and dependent on an adequate supply of nearly all 50 critical essential nutrients, the aging process is modulated by critical nutrition, including food consumed and energy spent on physical activity. Most of what we accept as diseases characteristic of older people are in fact not obligatory conditions.

Healthy diets and proper exercise can prevent the occurrence of many age-related diseases. The rise in the proportion of older and very old people in our Region will demand that greater attention be paid to preventing loss of healthy life years and that we consider ways of incorporating the elderly into society as active participants.

The United Nations, in concert with Member States, has set the Millennium Development Goals (MDGs) to be met by 2015. The MDGs provide a set of commonly agreed-upon priorities as a focus for development efforts by the international community. How are Latin American and Caribbean countries poised with respect to meeting the MDGs? On the positive side, as a region, we have the highest GNP per capita of all developing regions of the world.

This is only the only developing region where girls have a higher literacy rate than boys. We have the lowest military spending among developing regions of the world: 1.5% of GNP. The Region has the highest life expectancy at birth: 70 years.

Child malnutrition and infant mortality remain a problem in the low-income and poorer regions of middle-income countries, but are on the decline in most countries.

That is on the positive side. On the negative side, the number of poor in the Region is 77 million. It remains unacceptably high in this Region that has the highest GNP. We need an annual economic growth rate of 3.6% in order for this to drop to 60 million by 2015. Regional growth, unfortunately, has slowed down since the 1980s and per capita income has grown by less than 2% since 1990. Moreover, the Region includes two of the poorest countries in the world, and three of the 10 most severely indebted countries in the world.

We will most likely not meet the Millennium Goal of reducing poverty by 50% unless we change our policies and put greater emphasis on bridging the gaps between the poor and the rich, and between countries. In terms of meeting the hunger MDG, it depends on how we define hunger. If we take the definition based on food insecurity, that is spending more than 50% of income on food, we certainly will not meet the goal since, as noted before, the optimistic projection is that the number of poor, at best, will decrease to 60 million, which is only a 25% reduction from 1990.

Ironically, we are doing much better with declarations. The presidents of the Region, in preparation for the Rome World Food Summit in 1996, proclaimed that the Americas would uphold the right to food established by the Universal Declaration of Human Rights, and decreed that the Americas would be freed from hunger. This political statement was read in Rome by none other than President Aylwin of Chile. Presently, Brazil's President Lula leads the continent in this fight, having established a national program for hunger eradication called "Fome Zero."

Other countries in the Region are establishing similar initiatives. Last year, Lula, Lagos, Chirac, and Zapatero, as well as Koffi Anan, met with 50 other world leaders in New York to launch a crusade to eradicate hunger. Past experience indicates that unless the issue of hunger and poverty is addressed in an integrated manner and efforts are sustained over time, poverty will prevail. Income transfer alone will certainly not do.

Sufficient food is presently being produced to meet, on average, the energy and protein needs of all people on the planet. The key problem here is in the words "on average," since the highest quintile of the population takes 50% of the animal food, while the lowest quintile gets less than 10%. Moreover, 40% of global grain production is destined for animal feeding, which in turn is used to produce meat for human consumption.

Of course we can always benefit from enriching our staple foods: wheat bread, corn tortillas, or even cane sugar can be fortified with micronutrients, thus making it

appropriate to meet the nutrition requirements of children. We can also increase the micronutrient content of foods using conventional breeding and novel genetic manipulation of plants. However, these measures alone will not resolve the problem of access to healthy foods by the poor. Access depends on income, empowerment of communities, and good governance as much as on increases in food production.

In fact, in the Americas, we face the apparent paradox of obesity being most prevalent among the urban poor rather than among the affluent. Stunted children raised in slum settings miss 10 to 15 centimeters in linear growth during their early years, which they will not recover. This makes them more susceptible to obesity in an environment that provides high-sugar, high-fat, low-nutrient-density foods at low prices.

Conquering the present double burden of disease affecting population health is largely dependent on making food available to socioeconomic groups in sufficient quantity and adequate quality. We need to redefine food quality beyond safety, taste, and affordability. We need to introduce life-long consideration of health in the definition of food quality. Salt, sugar, and hydrogenated fat are certainly not poisons, but they become so when consumed in excess. In today's food supply, consumers have no way of controlling the amount of these compounds in processed foods they consume, thus regulation may be needed—cost of the malnutrition burden.

Well-nourished healthy populations have lower mortality and fertility rates, better cognitive and mental performance, and higher labor productivity, and are more inclined to invest in higher levels of skills-training for themselves and education for their children, leading to higher permanent incomes, saving rates, and national investment over time. Improvements in nutrition and health of populations are crucial to achieve real poverty reduction as opposed to simply increasing per capita GNP.

According to Robert Fogel, Nobel Prize winner in economics in 1993, a significant proportion of the economic growth of industrialized countries during the industrial revolution came from increased labor productivity associated with improved health and nutrition, as documented by the secular trends in birthweight and children's stature. He has also demonstrated that age-adjusted disability rates associated with chronic disease in adults over the past century have dropped significantly and that this can be linked to the economic growth in the United States.

According to another Nobel Prize winner, Amartya Sen (Economics, 1998), countries that pursue economic growth and focus exclusively on increasing income often find that inequalities persist or are exacerbated by growth. Reduction of income poverty alone does not necessarily catalyze nutrition and health equity. Considering that health is a universal human right, inequities in health and nutrition should be accepted only as

transitional conditions and viewed as true inequities if they persist over time despite being avoidable, unnecessary, and unfair.

Sen argues that countries adopting human and social development policies beyond economic growth are more likely to address the social determinants of health. This includes coverage for all of basic human needs by essential services and by social policies that assure education, health care, food and nutrition security, water supply, and public sanitation at an essential minimum.

Nutrition and health should be seen today as investments leading to human capital formation. As clearly stated by Dr. Horwitz on multiple occasions to Member States, and especially to donors, or development partners as we like to call them today, “health has intrinsic value for all human beings. It is not only an end in itself, but it is also an essential means for human and economic development.”

Finally, what is PAHO’s role in nutritional improvement in the Region? PAHO, as mandated by its mission, should lead the Region’s efforts to improve the nutrition populations of the Americas. It is not a question of choosing whether to improve nutrition to prevent child death and disability resulting from undernutrition, or to optimize diet and physical activity in order to prevent premature adult death related to adult chronic disease; we clearly need to do both.

Moreover, in order to prevent chronic disease, we need to start early, ideally from conception. Investing in promoting optimal birthweight and adequate linear growth, and in preventing excess weight in children, has direct implications for health and nutrition at later stages of life. Moreover, if we are going to break the cycle of poverty, malnutrition, and ill-health, we should be concerned even more about the growth of little girls, mothers-to-be.

Nutrition interventions in young children, such as promoting breast-feeding and providing micronutrient-rich complementary foods are among the most cost-effective of all health improvement options. Fortification of staple foods and provision of micronutrient-rich foods, as promoted by PAHO in the last decade, are making significant impacts in saving young children’s lives and promoting better growth and mental development. These actions will activate the virtuous cycle of better educational and physical performance that result in improved income, leading to true poverty eradication.

The life-course approach to health and nutrition improvement permits the effective integration of maternal and child health services with the prevention of adult chronic diseases. They in fact act in synergy. Prevention of adult chronic disease will allow for better funding of effective health intervention for all, since the expenses

associated with drug treatment will be reduced. The reality is that unless we take the preventive approach seriously we will not be able to afford the escalating costs of treating chronic disease in our populations.

How can PAHO respond to its mission of leading the Region in strategic collaborative efforts among Member States and other partners? Perhaps it is time for PAHO to accept that in today's world it is virtually impossible to lead in all areas. I suggest that PAHO should lead not by being the best and only in technical knowledge and skills, but rather it should lead the way in the evaluation and application of knowledge required for purposeful action.

It should come as no surprise that many centers in the Americas and outside the Region have technical expertise beyond PAHO's. As any modern organization, PAHO should acknowledge its strengths and weaknesses and define its selective advantage and the value it can add to health and nutrition programs. Only then can it identify the true partners it needs to lead the way into effective action. Perhaps it is time for PAHO to explore how it is perceived by others and accordingly refocus its work on how it will best achieve its mission.

PAHO is indeed at its best when it leads strategic collaborative efforts among Member States and other partners to promote equity in health, combat disease, and improve the quality of and lengthen the lives of the peoples of the Americas. In fact, over the last few weeks and months, we have been working with a group at PAHO trying to redefine the priorities and have a regional plan of action for improved nutrition in the Region.

I hope that this work will provide an appropriate road map in order to achieve this objective. I think that then, but only then, the Pan American Sanitary Bureau can be the major catalyst to ensure that all people of the Americas enjoy optimum health and be recognized as fulfilling its mission of service.

ITEM 7.3: MANUEL VELASCO-SUÁREZ AWARD IN BIOETHICS, 2005

PUNTO 7.3: PREMIO EN BIOÉTICA MANUEL VELASCO-SUÁREZ, 2005

La PRESIDENTA dice que la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y la Secretaría de Salud de México, en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, crearon en 2002 este premio en honor del Dr. Manuel Velasco-Suárez, distinguido médico investigador y erudito mexicano fundador en su país del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y de la Comisión Nacional de Bioética. El premio también se creó para reconocer la disciplina incipiente de la bioética, campo de estudio que aspira a humanizar los adelantos científicos y tecnológicos del desarrollo mundial y a reflexionar sobre ellos.

El premio consiste en una subvención que se otorga a un estudioso joven que demuestre capacidad para alcanzar grandes logros en el campo de la bioética básica o aplicada. Este es uno de los cinco premios que otorga la Fundación Panamericana de la Salud y Educación en el que colaboran la Fundación y la Organización Panamericana de la Salud. Invita a la Dra. Antonia Novello a que presente al ganador del premio.

Dr. NOVELLO (Member, Board of Directors, Pan American Health and Education Foundation), noting that she would be speaking in both English and Spanish, since she was from Puerto Rico, where “Spanglish” was spoken, said that PAHEF, in cooperation with PAHO and the Ministry of Health of Mexico, was pleased to present the fourth annual Manuel Velasco-Suárez award for bioethics. She wished to take the opportunity to express PAHEF’s gratitude to the Secretary of Health of Mexico, Dr. Julio Frenk, for his efforts in establishing the award and ensuring that funds were provided for it.

Continuando en español, la Dra. Novello dice que se trata de un premio que, en tres de las cuatro ocasiones en que se ha concedido, ha sido obtenido por científicas argentinas expertas en bioética, todas ellas mujeres de gran inteligencia, al igual que la galardonada de hoy, que dio su primera conferencia sobre bioética a los 19 años.

Returning to English, she recalled that Dr. Manuel Velasco-Suárez had been a well known and esteemed public health leader from Mexico, recognized worldwide for achievements in bioethics and medicine, especially in the field of neuroscience. He had also been a dedicated advocate for peace, for justice, and for health, who held the field of bioethics to be a cornerstone of health.

As a founding member of International Physicians for the Prevention of Nuclear War, he had been a distinguished member of the Oslo Delegation representing its members when the organization received the 1985 Nobel Peace Prize.

El Prof. Manuel Velasco-Suárez fue un idealista pionero en el ámbito de la neurología y la neurocirugía en México que fundó el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y que dedicó sus esfuerzos a mejorar las condiciones de vida de los enfermos psiquiátricos.

Today, the lifetime accomplishments of Dr. Velasco-Suárez were being honored by the awarding of the prize to a young scholar whose work would help to advance the field of bioethics, Prof. Patricia Sorokin of Argentina, in recognition of her proposed work and its potential for advancing the field of bioethics in Latin America.

The proposal that she had written, entitled “Treatment of Personal Data in Genome Research: Bioethical, Legal, and Social Aspects,” dealt with the tension between

protecting the confidentiality of genetic information regarding groups or individuals and the competing needs or demands of society. The proposal demonstrated her solid knowledge of bioethics, and when completed, its results would be distributed regionwide to academic institutions, professional organizations, and relevant publications.

Prof. Sorokin had been the director of the project “Personal Rights and the Printed Press between 1983 and 2002: the Case of People Living with HIV/AIDS,” supported by the University of Buenos Aires; and she currently held a bioethics appointment at the same university. PAHEF believed that the topics of Prof. Sorokin’s proposed research were timely and important, not only for Argentina but for Latin America and the world as a whole, and was proud to add her name to the list of international health leaders who had been recognized in the present forum.

Volviendo al español, la Dra. Novello da la bienvenida al Dr. Jesús Velasco-Suárez Siles, hijo del Dr. Manuel Velasco-Suárez. Luego invita a la Prof. Sorokin a recoger su premio.

*The President presented the Manuel Velasco-Suárez Award in Bioethics, 2005,
to Prof. Patricia Sorokin, of Argentina.*
*La Presidenta hace entrega del Premio en Bioética Manuel Velasco-Suárez, 2005,
a la Prof. Patricia Sorokin, de Argentina.*

Prof. Sorokin: En primer lugar, quiero expresar mi mas sincero agradecimiento a las autoridades de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, la Organización Panamericana de la Salud y a cada una de las personas que integraron el Honorable Jurado del “Premio Manuel Velasco-Suárez en Bioética”, por haber reconocido mi proyecto de investigación, y principalmente por ayudar a mantener vivo el espíritu del conocimiento y la investigación científica entre las jóvenes investigadoras.

El Dr. Velasco-Suárez ha sido un insigne maestro e infatigable promotor de la bioética a lo largo y a lo ancho de las Américas, que encontró en esta disciplina una forma de canalizar las aspiraciones de conformar un nuevo humanismo, una nueva cultura del saber al igual que quien les habla.

Este valioso premio, destinado a estimular las capacidades de análisis bioético, me halaga doblemente: es un reconocimiento concedido por una Fundación que desde su nombre y razón de ser articula las dos áreas de mi experticia: educación y salud pública; y, porque elegí ser investigadora a los 9 años de edad (hace ya 30) con el objetivo, para nada oculto, de querer parecerme más a mi mamá.

En la agenda bioética actual existen temas que debieran ser discutidos y abordados sin más dilaciones: el manejo impropio de la información genética es sin

lugar a dudas uno de ellos. Reitero entonces mi compromiso de llevar adelante, a través del Premio que recibo hoy, la indagación referida al tratamiento de datos personales en el campo de la investigación genómica desarrollada en América Latina y el Caribe, con especial énfasis en los aspectos bioéticos, legales y sociales asociados a la protección de dicha información sensible, que se hallan ligados indisolublemente a la promoción y al resguardo de los derechos humanos.

Tras la identificación completa de la secuencia del genoma humano, se han planteado nuevas cuestiones tales como: ¿en qué medida los beneficios que reportará el conocimiento anticipado de la predisposición a una posible enfermedad generará otro tipo de dilemas? ¿Qué tipo de información debe comunicarse para transmitir los resultados obtenidos? ¿A quiénes (descendientes, familiares en qué grado) se debería dar cuenta del impacto que conllevaría el hecho de descubrir que las probabilidades de ocurrencia de una cierta y determinada patología degenerativa en una cierta y determinada persona son altas y que tal enfermedad se podrá ir desarrollando paulatinamente y para la cual aún no existe terapia probada ni a prueba?

¿Cómo revelar tal descubrimiento si al hacerlo entran en colisión el deber de informar por parte de profesionales de la salud y el derecho a no saber encarnado en la persona en cuyo cuerpo o en cuya familia hubo un “hallazgo”? ¿De qué modo equilibrar o ponderar el derecho a la confidencialidad individual con las preocupaciones y las demandas de la salud pública?

Estos son algunos de los tantos interrogantes que ponen de manifiesto los aspectos éticos, legales, sociales, económicos y políticos que atraviesan la cuestión. Si bien existe normativa nacional e internacional en la materia, su sola existencia no implica que ésta sea conocida ni aplicada racionalmente.

De hecho, el tratamiento de datos personales fue y continúa siendo motivo de controversias, ya sea hacia el interior de los comités de ética como entre representantes de la actividad privada. Dichos actores sociales se plantean incluso cuál sería el modo más efectivo para manejar éticamente los diversos conflictos de intereses que pudieran aparecer durante el transcurso de una investigación o tras su finalización.

A efectos de dar transparencia y visibilidad a nuestro trabajo, se relacionarán los datos vinculados con la temática de esta investigación con las derivaciones que surjan como resultante del Proyecto UBACYT DO22 sobre derechos personalísimos, patrocinado por la Universidad de Buenos Aires a través de su Secretaría de Ciencia y Técnica. También serán contemplados aquellos que sean colectados en el marco del estudio sobre protección de información sensible en la República Argentina, financiado por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria del Ministerio de

Salud y Ambiente de la Nación con el apoyo institucional de la Cátedra UNESCO de Bioética.

Ambas investigaciones se hallan actualmente en curso y con sede física en el Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Dr. A. L. Rioja” de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, están bajo mi dirección y cuentan con la participación activa de un equipo interdisciplinario de profesionales, cuyo criterio de inclusión inicial, fue el ponderar tanto su calificación técnica como sus conductas honestas.

Al concluir este análisis, esperamos obtener información de primera mano sobre el estado actual del conocimiento sobre esta problemática en América Latina y el Caribe, con el objeto de fortalecer las políticas públicas en el área de la investigación genómica, previéndose la elaboración de un reporte estandarizado y comparativo de los resultados obtenidos a efectos de acercar la información recabada a quienes estén en condiciones materiales de dictar recomendaciones que regulen el funcionamiento y control de los bancos de material biológico y genético en la Región.

Destacó que sean cuales fueren los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación, mi objetivo primordial es y seguirá siendo el de defender y poner a buen resguardo los derechos de quienes participan en protocolos terapéuticos (sean éstas enfermas o voluntarias sanas), al entender que su integridad física y psíquica así como su bienestar deben ser revisados tantas veces como la situación lo requiera, abogando para que su estado de vulnerabilidad no las condene a sentirse objeto de manipulación emocional ni coacción económica, ni tampoco a ser presionadas indebidamente para consentir prácticas que pudieran lesionarlas o estigmatizarlas por el transitorio hecho de formar parte de un protocolo de investigación.

Un cariñoso recuerdo desde aquí al grupo humano que conforma la Cátedra “Régimen Jurídico de los Recursos Naturales” correspondientes a la currícula académica de la carrera de Derecho, como así también a mis colegas docentes y no docentes del Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina.

Y un reconocimiento a ese colectivo que asciende a más de 90% del total de la planta docente que cotidianamente cumple en forma silenciosa y sistemática con su vocación e imperativos de conciencia, trabajando ad honorem para el fortalecimiento y la excelencia académica de la universidad pública de la cual nos enorgullecemos.

Finalmente, deseo compartir este Premio con quienes confiaron incondicionalmente en mí; con mis “asesoras expertas” ya que sus aportes han enriquecido mis escritos; con los miembros de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Buenos Aires que me honro en integrar y muy especialmente con su Titular, el

Prof. Dr. Salvador Darío Bergel; con mis amigas; por ser amigas; con mis pares porque su respeto me hace creer que el prestigio tal vez pueda ser medido con base objetiva; con mis alumnas por sus preguntas incisivas que no hacen sino generarme nuevos interrogantes y con mi familia por ser mis críticas más sagaces, un cable a tierra permanente y esencialmente un invaluable sostén afectivo.

The meeting rose at 6:00 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.00 p.m.