

HSM L

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

OFFICIAL DOCUMENT NO. 186

XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

XXXI MEETING
Regional Committee of the WHO
for the Americas

Washington, D.C.
20-29 September 1982

MINUTES OF PLENARY SESSIONS
AND OF COMMITTEE



XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXXI Reunión
Comité Regional de la OMS
para las Américas

Washington, D.C.
20-29 de septiembre de 1982

ACTAS DE LAS SESIONES PLENARIAS
Y DE COMISION

DOCUMENTO OFICIAL NO. 186

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2000".

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) declaró que la atención primaria de salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar esa meta. Subsecuentemente, los Gobiernos se comprometieron—en la Asamblea Mundial de la Salud a nivel mundial y en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS a nivel regional—a dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas para el logro de la salud para todos. Esos mandatos culminaron en las Américas el 28 de septiembre de 1981 en la aprobación del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 por el Consejo Directivo de la OPS. Dichas estrategias habían sido aprobadas por el Consejo Directivo en 1980 (Resolución XX) y constituyen hoy en día el fundamento de la política y programación de la OPS a más de representar el aporte de la Región de las Américas a las estrategias mundiales de la OMS.

El Plan de Acción aprobado por el Consejo Directivo contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los Gobiernos de las Américas y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos. El Plan, de carácter continental, es esencialmente dinámico y está dirigido no solo a los problemas actuales sino también a aquellos que se estima surgirán en la aplicación de las estrategias y en el cumplimiento de las metas y objetivos regionales. Define también las áreas prioritarias que servirán de base, tanto en el desarrollo del programa como en el de la infraestructura necesaria, a las acciones nacionales e internacionales.

El intercambio y la diseminación de información constituye una de las áreas prioritarias del Plan de Acción. El programa de publicaciones de la OPS—que incluye las publicaciones periódicas y científicas y los documentos oficiales—ha sido estructurado como medio para fomentar las ideas contenidas en el Plan a través de la difusión de datos sobre políticas, estrategias, programas de cooperación internacional y progresos realizados en la colaboración con los países de las Américas en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

OFFICIAL DOCUMENT NO. 186

XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

XXXI Meeting
Regional Committee of the WHO
for the Americas

Washington, D.C.
20-29 September 1982

MINUTES OF PLENARY SESSIONS
AND OF COMMITTEE

XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXXI Reunión
Comité Regional de la OMS
para las Américas

Washington, D.C.
20-29 de septiembre de 1982

ACTAS DE LAS SESIONES PLENARIAS
Y DE COMISION

DOCUMENTO OFICIAL NO. 186

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1983

In compliance with the decision of the Governing Bodies of PAHO, these Minutes have undergone only minimum editorial review and are printed in the language spoken by the Delegates at the Conference, without translation, as was the former practice. However, PAHO will make available translations of any portion should the Governments so request. The Final Report, with resolutions adopted by the Conference as well as the complete list of participants, appears in Official Document 185.

En cumplimiento de la decisión de los Cuerpos Directivos de la OPS, estas Actas han sido objeto de solo una mínima revisión editorial y se publican en el idioma en que hablaron los Delegados en la Conferencia, prescindiendo de la traducción que antiguamente se realizaba. Sin embargo, la OPS proporcionará traducciones de cualquier intervención a solicitud de los Gobiernos. El Informe Final, con las resoluciones aprobadas por la Conferencia así como la lista completa de participantes, aparece en el Documento Oficial 185.

© Pan American Health Organization, 1983

Publications of the Pan American Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. For rights of reproduction or translation of PAHO publications, in part or *in toto*, application should be made to the Office of Publications, Pan American Health Organization, Washington, D.C. The Pan American Health Organization welcomes such applications.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city, or area of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the Pan American Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned.

© Organización Panamericana de la Salud, 1983

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

TABLE OF CONTENTS
SUMARIO DE MATERIAS

VERBATIM MINUTES OF PLENARY SESSIONS
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

FIRST PLENARY SESSION (Monday, 20 September 1982, at 9:45 a.m.)

PRIMERA SESION PLENARIA (Lunes, 20 de septiembre de 1982, a las 9:45 a.m.)

Item 1: Opening of the Conference	3
Tema 1: Inauguración de la Conferencia	3
Address by Mr. Richard Schweiker, Secretary of Health and Human Services, United States of America	3
Discurso del Sr. Richard Schweiker, Secretario de Salud y Servicios Humanos, Estados Unidos de América	3
Address by Dr. Halfdan Mahler, Director-General of the World Health Organization	7
Discurso del Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud	7
Address by Dr. Héctor R. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau . .	10
Discurso del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	10
Item 2: Establishment of the Committee on Credentials	15
Tema 2: Constitución de la Comisión de Credenciales	15
First Report of the Committee on Credentials	16
Primer Informe de la Comisión de Credenciales	16
Item 3: Election of the President, Two Vice Presidents, and the Rapporteur . .	16
Tema 3: Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y el Relator	16
Item 4: Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution	21
Tema 4: Establecimiento de un grupo de trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	21
Item 5: Establishment of Committee A and Election of the Chairman	21
Tema 5: Establecimiento de la Comisión A y elección de su Presidente	21
Item 6: Establishment of the General Committee	22
Tema 6: Establecimiento de la Comisión General	22
Item 7: Adoption of the Agenda	23
Tema 7: Adopción del programa de temas	23

SECOND PLENARY SESSION (Monday, 20 September 1982, at 3:00 p.m.)

SEGUNDA SESION PLENARIA (Lunes, 20 de septiembre de 1982, a las 3:00 p.m.)

First Report of the General Committee	24
Primer informe de la Comisión General	24
Report of the Working Party to study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution	24

Informe del grupo de trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	24
Item 33: Amendments to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference	25
Tema 33: Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	25
Item 8: Request of the Government of Antigua and Barbuda for Membership in the Pan American Health Organization	25
Tema 8: Solicitud de ingreso del Gobierno de Antigua y Barbuda en la Organización Panamericana de la Salud	25
Item 9: Request of the Government of Belize for Membership in the Pan American Health Organization	32
Tema 9: Solicitud de ingreso del Gobierno de Belice en la Organización Panamericana de la Salud	32
Second Report of the Committee on Credentials	37
Segundo informe de la Comisión de Credenciales	37
Item 9: Request of the Government of Belize for Membership in the Pan American Health Organization (<u>conclusion</u>)	38
Tema 9: Solicitud de ingreso del Gobierno de Belice en la Organización Panamericana de la Salud (<u>conclusión</u>)	38
Item 10: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee	40
Tema 10: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	40
THIRD PLENARY SESSION (Tuesday, 21 September 1982, at 9:00 a.m.)	
TERCERA SESION PLENARIA (Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.)	
Item 10: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (<u>continued</u>)	45
Tema 10: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (<u>continuación</u>)	45
Item 11: Quadrennial Report, 1978-1981, and Annual Report, 1981, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau	45
Tema 11: Informe Cuadrienal, 1978-1981, e Informe Anual, 1981, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	45
Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and the XXI Pan American Sanitary Conferences	60
Tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas	60
Report of the Delegation of Venezuela	62
Informe de la Delegación de Venezuela	62
Report of the Delegation of the United States of America	64
Informe de la Delegación de los Estados Unidos de América	64
Report of the Delegation of Panama	67
Informe de la Delegación de Panamá	67
Report of the Delegation of Trinidad and Tobago	69
Informe de la Delegación de Trinidad y Tabago	69

Report of the Delegation of Paraguay	71
Informe de la Delegación de Paraguay	71
FOURTH PLENARY SESSION (Tuesday, 21 September 1982, at 2:30 p.m.)	
CUARTA SESION PLENARIA (Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.)	
Third Report of the Committee on Credentials	76
Tercer informe de la Comisión de Credenciales	76
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	76
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	76
Item 4: Report of the Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution (<u>conclusion</u>)	76
Tema 4: Informe del grupo de trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS (<u>conclusión</u>)	76
Item 33: Amendments to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference (<u>conclusion</u>)	77
Tema 33: Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana (<u>conclusión</u>)	77
Item 10: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (<u>conclusion</u>)	78
Tema 10: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (<u>conclusión</u>)	78
Item 11: Quadrennial Report, 1978-1981, and Annual Report, 1981, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (<u>conclusion</u>)	79
Tema 11: Informe Cuadrienal, 1978-1981, e Informe Anual, 1981, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (<u>conclusión</u>)	79
Item 20: Election of the Moderator and Rapporteur for the Technical Discussions	80
Tema 20: Elección del Director de Debates y del Relator de las Discusiones Técnicas	80
Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and XXI Pan American Sanitary Conferences (<u>continued</u>)	80
Tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	80
Report of the Delegation of Cuba	80
Informe de la Delegación de Cuba	80
Report of the Delegation of Saint Lucia	83
Informe de la Delegación de Santa Lucía	83
Report of the Delegation of Barbados	86
Informe de la Delegación de Barbados	86
Report of the Delegation of Nicaragua	87
Informe de la Delegación de Nicaragua	87
Report of the Delegation of Dominica	90
Informe de la Delegación de Dominica	90
Report of the Delegation of France	93
Informe de la Delegación de Francia	93

Report of the Delegation of St. Vincent and the Grenadines	95
Informe de la Delegación de San Vicente y las Granadinas	95
Report of the Delegation of El Salvador	96
Informe de la Delegación de El Salvador	96
Report of the Delegation of Haiti	99
Informe de la Delegación de Haití	99
FIFTH PLENARY SESSION (Wednesday, 23 September 1982, at 9:10 a.m.)	
QUINTA SESION PLENARIA (Miércoles, 23 de septiembre de 1982, a las 9:10 a.m.)	
Item 15: Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas	103
Tema 15: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	103
Item 16: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Chile, Guyana, and Mexico	112
Tema 16: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Chile, Guyana y México	112
Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and the XXI Pan American Sanitary Conferences (continued)	116
Tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condi- ciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período trans- currido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)	116
Report of the Delegation of Chile	116
Informe de la Delegación de Chile	116
Report of the Delegation of Guyana	118
Informe de la Delegación de Guyana	118
Report of the Delegation of Bahamas	121
Informe de la Delegación de Bahamas	121
SIXTH PLENARY SESSION (Wednesday, 22 September 1982, at 2:40 p.m.)	
SEXTA SESION PLENARIA (Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 2:40 p.m.)	
Second Report of the General Committee	126
Segundo informe de la Comisión General	126
Election of a Vice President Pro Tempore	127
Elección de un Vicepresidente <u>pro tempore</u>	127
Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and the XXI Pan American Sanitary Conferences (continued)	127
Tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condi- ciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período trans- currido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)	127
Report of the Delegation of Peru	127
Informe de la Delegación de Perú	127

Report of the Delegation of Jamaica	130
Informe de la Delegación de Jamaica	130
Report of the Delegation of Argentina	132
Informe de la Delegación de Argentina	132
Report of the Delegation of Canada	134
Informe de la Delegación de Canadá	134
Report of the Delegation of Uruguay	136
Informe de la Delegación de Uruguay	136
Report of the Delegation of Colombia	139
Informe de la Delegación de Colombia	139
Report of the Delegation of the Dominican Republic	141
Informe de la Delegación de la República Dominicana	141
Report of the Delegation of Brazil	142
Informe de la Delegación de Brasil	142
Report of the Delegation of Suriname	146
Informe de la Delegación de Suriname	146
Report of the Delegation of Guatemala	148
Informe de la Delegación de Guatemala	148
Report of the Delegation of Costa Rica	150
Informe de la Delegación de Costa Rica	150
Report of the Delegation of Honduras	153
Informe de la Delegación de Honduras	153
Report of the Delegation of Ecuador	155
Informe de la Delegación de Ecuador	155
Item 25: Capitalization of the Revolving Fund of the Expanded Program on Immunization	157
Tema 25: Capitalización del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización	157
SEVENTH PLENARY SESSION (Thursday, 23 September 1982, at 9:00 a.m.)	
SEPTIMA SESION PLENARIA (Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	162
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	162
Item 15: Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas (conclusion)	162
Tema 15: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (conclusión)	162
Item 16: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Chile, Guyana, and Mexico (conclusion)	163
Tema 16: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Chile, Guyana y México (conclusión)	163

Item 29: Criteria and Guidelines for the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for the Biennium 1984-1985, and Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1984-1985	164
Tema 29: Criterios y pautas para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1984-1985, y Proyecciones Presupuestarias Provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1984-1985.	164
Item 26: Study of the Functions of the Area Offices of the Pan American Sanitary Bureau	184
Tema 26: Estudio de las funciones de las Oficinas de Area de la Oficina Sanitaria Panamericana	184
EIGHTH PLENARY SESSION (Thursday, 23 September 1982, at 2:55 p.m.)	
OCTAVA SESION PLENARIA (Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 2:55 p.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	189
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	189
Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and XXI Pan American Sanitary Conferences (conclusion)	189
Tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas (conclusión)	189
First Report of Committee A	190
Primer informe de la Comisión A	190
Statement by the Director of the Washington Office of the Economic Commission for Latin America (ECLA)	192
Presentación del Director de la Oficina de Washington de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)	192
First Report of Committee A (conclusion)	194
Primer informe de la Comisión A (conclusión)	194
Item 27: Report on the Collection of Quota Contributions	195
Tema 27: Informe sobre la recaudación de las cuotas	195
Item 30: Resolutions of the Thirty-Fifth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas	197
Tema 30: Resoluciones de la 35a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas	197
Item 29: Criteria and Guidelines for the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for the Biennium 1984-1985, and Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1984-1985 (continued)	200
Tema 29: Criterios y pautas para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1984-1985, y Proyecciones Presupuestarias Provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1984-1985 (continuación)	200
Item 31: Provisional Agenda of the Seventy-First Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee	204

Tema 31: Orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional	204
Item 29: Criteria and Guidelines for the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for the Biennium 1984-1985, and Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1984-1985 (<u>conclusion</u>)	208
Tema 29: Criterios y pautas para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1984-1985, y Proyecciones Presupuestarias Provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1984-1985 (<u>conclusión</u>)	208
Item 32: Report on the PAHO Award for Administration, 1982	212
Tema 32: Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1982	212
NINTH PLENARY SESSION (Monday, 27 September 1982, at 9:15 a.m.)	
NOVENA SESION PLENARIA (Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 9:15 a.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	215
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	215
Item 26: Study of the Functions of the Area Offices of the Pan American Sanitary Bureau (<u>conclusion</u>)	215
Tema 26: Estudio de las funciones de las Oficinas de Area de la Oficina Sanitaria Panamericana (<u>conclusión</u>)	215
Item 27: Report on the Collection of Quota Contributions (<u>conclusion</u>)	216
Tema 27: Informe sobre la recaudación de las cuotas (<u>conclusión</u>)	216
Item 28: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1980-1981	218
Tema 28: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes al bienio 1980-1981	218
Item 24: Report of the PAHO Advisory Committee on Medical Research	228
Tema 24: Informe del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas	228
TENTH PLENARY SESSION (Monday, 27 September 1982, at 2:30 p.m.)	
DECIMA SESION PLENARIA (Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.)	
Third Report of the General Committee	238
Tercer informe de la Comisión General	238
Consideration of Proposed Resolution Pending Approval	239
Consideración del proyecto de resolución pendiente de aprobación	239
Item 31: Provisional Agenda of the Seventy-first Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee (<u>conclusion</u>)	239
Tema 31: Orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional (<u>conclusión</u>)	239
Consideration of the Second Report of Committee A	241
Consideración del segundo informe de la Comisión A	241
Item 38: Requests from Intergovernmental Organizations for the Establishment of Official Relations with the Pan American Health Organization: Inter-American Commission of Women	246

Tema 38: Solicitudes de organismos intergubernamentales para el establecimiento de relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud: Comisión Interamericana de Mujeres	246
Item 39: Institute of Nutrition of Central America and Panama	250
Tema 39: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	250
Item 40: Other matters	253
Tema 40: Otros asuntos	253
Action Program on Essential Drugs	253
Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales	253
Statistics on PASB/WHO Staff	254
Estadísticas del personal de la OSP/OMS	254
Status of Malaria Programs in the Americas: XXX Report	254
Situación de los programas de malaria en las Américas: XXX Informe	254
ELEVENTH PLENARY SESSION (Tuesday, 28 September 1982, at 9:15 a.m.)	
UNDECIMA SESION PLENARIA (Martes, 28 de septiembre de 1982, a las 9:15 a.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	256
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	256
Item 24: Report of the PAHO Advisory Committee on Medical Research (conclusion)	256
Tema 24: Informe del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas (conclusión)	256
Item 39: Institute of Nutrition of Central America and Panama (conclusion)	259
Tema 39: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (conclusión)	259
Consideration of the Third and Fourth Reports of Committee A	263
Consideración del tercer y del cuarto informe de la Comisión A	263
Statement by the Observer from the International Federation of Chemical, Energy, and General Worker's Union	287
Presentación del observador de la Federación Internacional de Trabajadores de la Química, de la Energía e Industrias Diversas	287
Emergency Aid to El Salvador and Guatemala	289
Ayuda de Emergencia a El Salvador y Guatemala	289
Item 17: Selection of One Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)	290
Tema 17: Selección de un Gobierno encargado de designar un Representante en la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)	290
TWELFTH PLENARY SESSION (Tuesday, 28 September 1982, at 2:30 p.m.)	
DECIMOSEGUNDA SESION PLENARIA (Martes, 28 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	293
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	293
Emergency Aid to El Salvador and Guatemala (conclusion)	293
Ayuda de Emergencia a El Salvador y Guatemala (conclusión)	293

Item 20: Final Report of the Technical Discussions: "Managerial Analysis of Health Systems"	294
Tema 20: Informe Final de las Discusiones Técnicas: "Análisis gerencial de los sistemas de salud"	294
Item 40: Other Matters (conclusion)	298
Tema 40: Otros asuntos (conclusión)	298

THIRTEENTH PLENARY SESSION (Wednesday, 29 September 1982, at 9:00 a.m.)
DECIMOTERCERA SESION PLENARIA (Miércoles, 29 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.)

Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	300
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	300
Vote of thanks to Dr. Héctor R. Acuña	300
Agradecimiento al Dr. Héctor R. Acuña	300

CLOSING SESSION (Wednesday, 29 September 1982, at 10:00 a.m.)
SESION DE CLAUSURA (Miércoles, 29 de septiembre de 1982, a las 10:00 a.m.)

Reading, Approval and Signing of the Final Report	307
Lectura, aprobación y firma del Informe Final	307

PRECIS MINUTES OF COMMITTEE A
 ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION A

FIRST SESSION (Tuesday, 21 September 1982, at 9:00 a.m.)
PRIMERA SESION (Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.)

Election of the Vice Chairman and the Rapporteur	317
Elección del Vicepresidente y el Relator	317

Item 13: Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000: a) Progress Report; b) Financial and Budgetary Implications	317
Tema 13: Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000: a) Informe sobre la marcha de los trabajos; b) Implicaciones financieras y presupuestarias	317

Item 13 b): Financial and Budgetary Implications	324
Tema 13 b): Implicaciones financieras y presupuestarias	324

SECOND SESSION (Tuesday, 21 September 1982, at 2:30 p.m.)
SEGUNDA SESION (Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.)

Item 13: Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000: b) Financial and Budgetary Implications (continued)	326
Tema 13: Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000: b) Implicaciones financieras y presupuestarias (continuación)	326

Item 14: Implementation of the Directing Council's Recommendations on WHO's Structures in Light of its Functions. Progress Report	333
---	-----

Tema 14: Aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS en relación con sus funciones. Informe sobre la marcha de los trabajos	333
Item 18: Study of the <u>Aedes aegypti</u> Problem	336
Tema 18: Estudio del problema del <u>Aedes aegypti</u>	336
THIRD SESSION (Wednesday, 22 September 1982, at 11:15 a.m.)	
TERCERA SESION (Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 11:15 a.m.)	
Item 18: Study of the <u>Aedes aegypti</u> Problem (continued)	341
Tema 18: Estudio del problema del <u>Aedes aegypti</u> (continuación)	341
FOURTH SESSION (Wednesday, 22 September 1982, at 2:55 p.m.)	
CUARTA SESION (Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 2:55 p.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	346
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	346
Item 13 a): Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000. Progress Report (conclusion)	346
Tema 13 a): Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. Informe sobre la marcha de los trabajos (conclusión)	346
Item 13 b): Financial and Budgetary Implications (continued)	348
Tema 13 b): Implicaciones financieras y presupuestarias (continuación)	348
Item 14: Implementation of the Directing Council's Recommendations on WHO's Structures in Light of its Functions. Progress Report (conclusion)	351
Tema 14: Aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS en relación con sus funciones. Informe sobre la marcha de los trabajos (conclusión)	351
Item 19: Abuse of Narcotic and Psychotropic Substances	352
Tema 19: Uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	352
Item 21: Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences	358
Tema 21: Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente	358
FIFTH SESSION (Thursday, 23 September 1982, at 9:00 a.m.)	
QUINTA SESION (Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	362
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	362
Item 13: Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000: a) Progress Report; b) Financial and Budgetary Implications (conclusion)	362
Tema 13: Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000: a) Informe sobre la marcha de los trabajos; b) Implicaciones financieras y presupuestarias (conclusión)	362
Item 21: Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (conclusion)	364

Tema 21: Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (<u>conclusión</u>)	364
Item 22: Pan American Foot-and-Mouth Disease Center	366
Tema 22: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	366
Item 23: Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. Progress Report	373
Tema 23: Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Informe sobre la marcha de los trabajos	373
SIXTH SESSION (<u>Thursday, 23 September 1982, at 2:30 p.m.</u>)	
SEXTA SESION (<u>Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.</u>)	
Item 23: Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. Progress Report (<u>continued</u>)	382
Tema 23: Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Informe sobre la marcha de los trabajos (<u>continuación</u>)	382
SEVENTH SESSION (<u>Monday, 27 September 1982, at 9:25 a.m.</u>)	
SEPTIMA SESION (<u>Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 9:25 a.m.</u>)	
Consideration of Proposed Resolution Pending Approval	392
Consideración del proyecto de resolución pendiente de aprobación	392
Item 18: Study of the <u>Aedes aegypti</u> Problem (<u>continued</u>)	392
Tema 18: Estudio del problema del <u>Aedes aegypti</u> (<u>continuación</u>)	392
Item 35: Topic for the Technical Discussions to be Held in 1984 During the XXX Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXVI Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas	395
Tema 35: Tema para las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984 durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas	395
Item 36: Blood Transfusion Services	396
Tema 36: Servicios de transfusión de sangre	396
Item 34: Governor Shepherd Building. Status Report	399
Tema 34: Edificio Governor Shepherd. Informe sobre la marcha de los trabajos	399
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	402
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	402
Item 19: Abuse of Narcotic and Psychotropic Substances (<u>conclusion</u>)	402
Tema 19: Uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (<u>conclusión</u>)	402
Item 22: Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (<u>continuation</u>)	405
Tema 22: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (<u>continuación</u>)	405
EIGHTH SESSION (<u>Monday, 27 September 1982, at 2:30 p.m.</u>)	
OCTAVA SESION (<u>Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.</u>)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	412
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	412

Item 23: Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. Progress Report (<u>conclusion</u>)	412
Tema 23: Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Informe sobre la marcha de los trabajos (<u>conclusión</u>)	412
Item 18: Study of the <u>Aedes aegypti</u> Problem (<u>conclusion</u>)	417
Tema 18: Estudio del problema del <u>Aedes aegypti</u> (<u>conclusión</u>)	417
Item 36: Blood Transfusion Services (<u>conclusion</u>)	419
Tema 36: Servicios de transfusión de sangre (<u>conclusión</u>)	419
Item 22: Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (<u>conclusion</u>)	423
Tema 22: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (<u>conclusión</u>)	423

AGENDA
PROGRAMA DE TEMAS

1. Opening of the Conference
1. Inauguración de la Conferencia
2. Establishment of the Committee on Credentials
2. Constitución de la Comisión de Credenciales
3. Election of the President, two Vice-Presidents, and the Rapporteur
3. Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y el Relator
4. Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution
4. Establecimiento de un Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
5. Establishment of Committee A and Election of the Chairman
5. Establecimiento de la Comisión A y elección de su Presidente
6. Establishment of the General Committee
6. Establecimiento de la Comisión General
7. Adoption of the Agenda
7. Adopción del programa de temas
8. Request of the Government of Antigua and Barbuda for Membership in the Pan American Health Organization
8. Solicitud de ingreso del Gobierno de Antigua y Barbuda en la Organización Panamericana de la Salud
9. Request of the Government of Belize for Membership in the Pan American Health Organization
9. Solicitud de ingreso del Gobierno de Belice en la Organización Panamericana de la Salud
10. Annual Report of the Chairman of the Executive Committee
10. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
11. Quadrennial Report, 1978-1981, and Annual Report, 1981, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
11. Informe Cuadrienal, 1978-1981, e Informe Anual, 1981, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
12. Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and the Progress Achieved in the Interval between the XX and the XXI Pan American Sanitary Conferences
12. Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas

13. Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for Health for All by the Year 2000
 - a) Progress Report
 - b) Financial and Budgetary Implications
13. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000
 - a) Informe sobre la marcha de los trabajos
 - b) Implicaciones financieras y presupuestarias
14. Implementation of the Directing Council's Recommendations on WHO's Structures in Light of its Functions. Progress Report
14. Aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS en relación con sus funciones. Informe sobre la marcha de los trabajos
15. Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
15. Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
16. Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Chile, Guyana, and Mexico
16. Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Chile, Guyana y México
17. Selection of One Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)
17. Selección de un Gobierno encargado de designar un representante en la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)
18. Study of the Aedes aegypti Problem
18. Estudio del problema del Aedes aegypti
19. Abuse of Narcotic and Psychotropic Substances
19. Uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas
20. Technical Discussions: "Managerial Analysis of Health Systems"
20. Discusiones Técnicas: "Análisis gerencial de los sistemas de salud"
21. Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences
21. Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
22. Pan American Foot-and-Mouth Disease Center
22. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
23. Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. Progress Report
23. Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo. Informe sobre la marcha de los trabajos

24. Report of the PAHO Advisory Committee on Medical Research
24. Informe del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas
25. Capitalization of the Revolving Fund of the Expanded Program on Immunization
25. Capitalización del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización
26. Study of the Functions of the Area Offices of the Pan American Sanitary Bureau
26. Estudio de las funciones de las Oficinas de Area de la Oficina Sanitaria Panamericana
27. Report on the Collection of Quota Contributions
27. Informe sobre la recaudación de las cuotas
28. Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1980-1981
28. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al bienio 1980-1981
29. Criteria and Guidelines for the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for the Biennium 1984-1985, and Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1984-1985
29. Criterios y pautas para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1984-1985, y proyecciones presupuestarias provisionales de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1984-1985
30. Resolutions of the Thirty-fifth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas
30. Resoluciones de la 35a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas
31. Provisional Agenda of the Seventy-first Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee
31. Orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional
32. Report on the PAHO Award for Administration, 1982
32. Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1982
33. Amendments to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference
33. Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana
34. Governor Shepherd Building. Status Report
34. Edificio Governor Shepherd. Informe sobre la marcha de los trabajos
35. Topic for the Technical Discussions to be held in 1984 during the XXX Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXVI Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas
35. Tema para las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984 durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

- 36. Blood Transfusion Services
- 36. Servicios de transfusión de sangre
- 37. (Deleted)
- 37. (Suprimido)
- 38. Requests from Intergovernmental Organizations for the Establishment of Official Relations with the Pan American Health Organization: Inter-American Commission of Women
- 38. Solicitudes de organismos intergubernamentales para el establecimiento de relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud: Comisión Interamericana de Mujeres
- 39. Institute of Nutrition of Central America and Panama
- 39. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
- 40. Other Matters
 - 40.1 Action Program on Essential Drugs
 - 40.2 Resolution XXIII of the 88th Meeting of the Executive Committee
 - 40.3 Statistics on PASB/WHO Staff
 - 40.4 Status of Malaria Programs in the Americas. XXX Report
- 40. Otros asuntos
 - 40.1 Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales
 - 40.2 Resolución XXIII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo
 - 40.3 Estadísticas del personal de la OSP/OMS
 - 40.4 Situación de los programas de malaria en las Américas. XXX Informe

VERBATIM MINUTES OF PLENARY SESSIONS
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

FIRST PLENARY SESSION
PRIMERA SESION PLENARIA

Monday, 20 September 1982, at 9:45 a.m.
Lunes, 20 de septiembre de 1982, a las 9:45 a.m.

Provisional
President:
Presidente
Provisional:

Dr. José Manuel Borgoño Domínguez

Chairman,
Executive Committee
Presidente,
Comité Ejecutivo

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

ITEM 1: OPENING OF THE CONFERENCE
TEMA 1: INAUGURACION DE LA CONFERENCIA

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Habiendo quórum, se abre la sesión inaugural de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. De acuerdo con el Artículo 22 del Reglamento Interno de la Conferencia, en mi calidad de Presidente del Comité Ejecutivo me corresponde presidir esta sesión inaugural y la elección del nuevo Presidente. Quiero, en primer lugar, dar la más cordial bienvenida a los señores Ministros de salud y Jefes de delegaciones; a nuestro Director General, Dr. Mahler, que ha querido estar con nosotros esta mañana; estoy seguro que su mensaje va a ser un nuevo desafío y un estímulo para nuestros países, y al señor Secretario de Salud y Servicios Humanos, Sr. Schweiker, de los Estados Unidos de América, país anfitrión que, como en muchas otras ocasiones anteriores, nos ofrece su hospitalidad y su amistad fraternal.

Quisiera señalar y destacar muy brevemente la importancia que esta reunión tiene, porque se realiza en un momento especialmente importante, no solo para la Región sino para todos los países del mundo desde el punto de vista de la salud. Nos hemos comprometido en forma entusiasta a cumplir con el objetivo de salud para todos en el año 2000. Hemos aprobado por consenso en nuestros Cuerpos Directivos las estrategias y el Plan de Acción para cumplir con ese fin y hemos contraído este compromiso de índole técnica y política en la reunión de la Organización de los Estados Americanos celebrada en Santa Lucía, porque es indispensable que el compromiso técnico que esta Organización tiene a nivel regional o mundial sea confirmado por el compromiso importantísimo de los países de cumplir con ese objetivo. Hemos señalado en las reuniones de nuestros Cuerpos Directivos, la necesidad de que nuestra Organización regional adapte sus funciones y su estructura para ese logro, y utilice su poder catalizador para entregar la colaboración técnica indispensable que nos permita adecuar nuestro programa dentro del contexto de una tecnología apropiada. Estoy seguro que de esta reunión saldrán nuevas ideas, resoluciones e instrucciones, para hacer realidad lo que todos los países del mundo nos hemos comprometido a hacer en beneficio de la salud de nuestras poblaciones, porque estamos convencidos de que juntos todo es posible y creo que la erradicación de la viruela es una excelente demostración de ello. Finalmente, quiero desear para nuestro trabajo el mejor de los éxitos y que nuestras deliberaciones y discusiones se mantengan dentro del campo técnico como ha sido en nuestros Cuerpos Directivos una honrosa tradición. Termino diciendo a los países las palabras del poeta español Antonio Machado: "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar".

ADDRESS BY MR. RICHARD SCHWEIKER, SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, UNITED STATES OF AMERICA

DISCURSO DEL SR. RICHARD SCHWEIKER, SECRETARIO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Mr. Chairman, Dr. Acuña, Dr. Mahler, distinguished guests and ladies and gentlemen:

First, I am delighted on behalf of the United States to welcome you to Washington for the XXI Pan American Sanitary Conference. President Reagan has asked me to deliver his personal greetings to you:

"I appreciate the opportunity to extend greetings to the XXI Pan American Sanitary Conference. We in the United States are proud to be the host country for the Secretariat of the Pan American Health Organization and we are also pleased that this important Conference is being held in our country.

"The Pan American Health Organization is one of the oldest and most successful examples of international cooperation for mutual benefit. For 80 years, the nations of the Americas have worked together through PAHO to improve the health and well-being of our citizens. This is a record in which we can all take pride.

"As we look to the future, and particularly to the turn of the century when we hope to achieve our mutual goal of health for all, we know that there are many challenges remaining. By renewing our commitment to work together through PAHO and by direct cooperation between nations, I am confident that we can meet these challenges.

"I send you my best wishes for success in the important work that you are undertaking at this Conference."

It was with special pleasure and a sense of pride that I accepted the invitation to address this body today. I say that because I am pleased to be the first Secretary of my Department to address this distinguished body and, as President Reagan has stated, this Organization boasts a successful history of Hemisphere-wide intercountry cooperation in the field of health.

Indeed, dating back to the 1902 International Conference of the American Republics when it was agreed to establish the International Sanitary Bureau in Washington, D.C., the countries of the Americas have recognized the value of working together to conquer disease. It is a point of pride that of the five Regions of the World Health Organization in which smallpox was not yet eradicated when the global program began in 1967, the Americas was the first to achieve the goal. We should be proud too that this Region also led the way in pursuing the WHO goal of health for all by the year 2000.

Twenty-one years ago, the Charter of Punta del Este was adopted—a commitment to improve health and health care, a commitment to develop a ten-year health plan for the Region, identifying such goals for the decade as reducing infant and childhood mortality, preventing disease, and improving clean water supplies. In 1971, a second ten-year health plan was approved reaffirming the need to extend health service coverage to the unserved populations of the Americas. In effect, the Region of the Americas believed in and practiced "health for all" many years before it became a global goal.

We can take satisfaction then, in the fact that, during the 80 years since the International Sanitary Bureau was created, PAHO has become a major Organization serving as the health arm of the Organization of American States and as the Regional Office for the Americas of the World Health Organization, leading the crusade for better health and well-being.

This long experience of health cooperation in the Region of the Americas is particularly relevant today because we can use that experience to help achieve health for all by the year 2000. How can we not be optimistic? With many trained experts, a network of Pan American centers and national institutions, and well-developed research and technology resources within our Region, we are already well on our way, both individually and collectively through "technical cooperation among developing countries." Each

Government must be fully committed to achieving health for all within its national boundaries, and committed to helping its neighbors, where possible. PAHO can assist Governments with their national plans and can also help identify and match the needs of one country with the technical resources of another.

During this Conference, each Member Country will be reporting on progress in health conditions over the past four years and on the implementation of the Plan of Action of health for all. One way in which we in the Americas have enjoyed considerable progress is through the major initiative of WHO and PAHO: the Expanded Program on Immunization. For example, immunization programs have held a high priority in the United States in the past several years, and we have made significant advances in improving levels of immunization. Surveys demonstrate that more than 95 per cent of our children entering school for the first time are protected against most infectious childhood diseases. We are now quite close to eliminating indigenous measles in the United States. The measles elimination program involves high immunization levels, strong surveillance programs, and aggressive responses to the occurrences of disease. In the first 26 weeks of 1982, only 4 per cent of the 3,105 counties in the entire United States reported any case of measles at all—a remarkable achievement. Except for California, which experienced two or three sizeable outbreaks, the rest of the country reported only 421 cases combined.

So we are moving ahead. Substantial progress is being made in improving immunization levels both in the United States and in other countries of the Americas as well. Major strides have already occurred in the Americas towards the conquest of polio, diphtheria, and tetanus. Still, we cannot afford to rest. We must strengthen existing immunization programs and other national programs for disease control.

These efforts will help us achieve the goal of health for all. In addition, we must focus on the management aspects of that goal, cooperate with other countries while doing so, and continue to exchange information about problems and techniques as we pursue our national goals. For our part, the United States Agency for International Development (AID) supports the primary care concept and is assisting 47 developing countries, many in the Western Hemisphere, to achieve their health objectives. Building the health care delivery infrastructure and improving water and sanitation services are two areas in which AID is actively engaged in cooperating with these countries.

Within my own Department of Health and Human Services, we are now involved in biomedical research activities which can benefit not only our citizens but all people. Indeed, research is an area of special importance. Many diseases and disorders that are concentrated in different parts of the world can be better treated or ultimately prevented as a result of cooperative research activities.

Especially important to continued progress in research is the free flow of information and the greatest possible utilization of research results. We must work to ensure the most efficient application of research findings and information to health problems wherever they exist. In that connection, let me note that biomedical research is continuing with the full commitment of my Government under President Reagan. Despite our policy of fiscal restraint and necessary reduction in the growth of Government spending, we are spending \$3,641 billion in 1982 for biomedical research at the National Institutes of Health (NIH). We have also proposed a modest increase in spending in biomedical research for fiscal year 1983, just as we did in 1982 over 1981, because President Reagan and I recognize that medical research is an important long-term investment—one which ultimately pays off for our citizens and for all people.

For example, the National Institute of Allergy and Infectious Diseases, in cooperation with researchers at the New York University School of Medicine, has developed a new method which has the potential for greatly enhancing malaria prevention efforts by making it easier to quickly and inexpensively identify malaria-infected mosquitoes. Previously scientists had to laboriously examine single mosquitoes—a costly, drawn-out

procedure; now, they are able to focus on a larger volume of mosquitoes in any given area to discover the percentage of the mosquitoes infected with malaria in that area and, furthermore, to correctly identify the type of malaria and the species of vector mosquitoes.

This research, which originally sought to develop an effective malaria vaccine, became a classic example of how investing in basic research can produce new insights and new research tools. In this instance, basic research led to a technique which will help our malaria control program because a key to any communicable disease control program is securing reliable information on the disease vector—in this case, mosquitoes.

Let me cite an additional example of U.S. research activity of potential benefit to other parts of the world. In 1980, after considerable effort, scientists at NIH succeeded in reproducing in tissue culture rotavirus type 2—a small virus very difficult to cultivate in the laboratory. Rotavirus 2 is a leading cause of infant mortality from diarrheal disease throughout the world, particularly in developing countries. NIH has now been able to develop a vaccine against this elusive virus which has already been tested for safety in adult volunteers, and we intend shortly to conduct safety and efficacy trials among U.S. children.

These examples show how medical research is a long-term investment and can help ensure better health. Increasingly, PAHO has supported the role of research and an awareness of that role in the health care field. Its sponsorship of the Research Policy Conference in Caracas, Venezuela (April 1982) is another good example of the catalytic role that PAHO can and should play.

Besides biomedical research, health promotion and disease prevention present another major health opportunity for all countries. As is emphasized in the Regional Plan of Action, our communities must become involved in health. We have to place special emphasis on the opportunity our citizens have to prevent disease and to promote their own good health. In a country like the United States where infectious and communicable diseases are increasingly under control, health promotion in the area of non-communicable diseases offers the greatest opportunity for improvements in overall health, and it is at the very top of my agenda as Secretary of Health and Human Services.

My message is clear: by preventing illness before it strikes, we can improve both the length and the quality of our lives. If more of our resources were devoted to avoiding sickness and accidents, fewer would have to be spent on costly cures. That is what we mean by "wellness"—what we do for ourselves, not to ourselves, for better, not for worse.

Today, in the United States, a far greater percentage of mortality is due to unhealthy behavior and lifestyle choices than to any deficiencies in our health care system. Individuals can make a difference, and indeed our surveys show that most people make daily decisions that influence their own health and can extend their own lives more than all the advances of twentieth century medicine. One of the most renowned studies was conducted by Dr. Lester Breslow of the University of California in Los Angeles (UCLA), who found in a ten-year California study of 7,000 scientifically-chosen men and women that by taking a few simple steps—by not smoking, by drinking alcohol only in moderation, by getting enough sleep and regular exercise, by eating breakfast and regular meals, and by maintaining proper weight—a 45-year-old man can expect to live 11 years longer than a man who does not make those basic choices. A 45-year-old woman can expect to live seven years longer if she chooses this lifestyle.

As individuals, our health destiny is very much within our own control, and as Secretary of Health and Human Services, I consider it a top priority to make health promotion and disease prevention a reality in the United States. This means increasing

awareness of the opportunity before us. It also means moving health care beyond the traditional settings of the hospital and the clinic, moving it into our homes, our schools, and our workplaces throughout the country. It means an expansion of the very concept of health care from the basic "sickness" care which has been our major emphasis to a new understanding of "wellness" care. I believe this should be an important part of health strategies for all nations.

I know that some countries of this Region have presented to past Directing Council meetings successful examples of how communities themselves can expand health maintenance, health promotion, and health prevention activities. I congratulate you for them. We have to recognize the value of what I referred to earlier as national programs for disease control, especially vigorous systems of epidemiological surveillance and investigation.

For over a quarter of a century the U.S. Centers for Disease Control (CDC) have been involved in such a system. We are proud of its accomplishments and interested in sharing our experience and knowledge with other countries. In September 1981 CDC joined with PAHO and AID to help conduct a three-week course in Guatemala for epidemiologists from throughout the Americas. In addition, for the first time PAHO regional epidemiologists convened at CDC in April for what we hope will be an annual forum and seminar. Moreover, cooperating with WHO and the Thai Ministry of Health, CDC has assisted in the adaptation of our domestic epidemic intelligence service to that Asian country, an extremely successful project now entering its third year. A similar project began in Indonesia this fall.

In that vein, let me close by recalling that last May, in my address to the 35th World Health Assembly, I proposed the establishment of a global epidemic investigation system to fight, in the field, diseases and other adverse conditions which now plague the lives of those living in developing countries. I understand WHO recently has taken what can be an important first step in this direction by combining and strengthening its epidemiology and statistics units into a single new division.

I believe that, with the foundation already existing in the Region of the Americas, we could develop a model system to serve as an example to other regions of the world. I also believe that such a system would be a positive step in our effort toward achieving health for all.

Past public health gains have resulted from the efforts of highly trained epidemiologists applying the tools of disease surveillance, analysis, and subsequent action to the prevention and control of disease. It is now time for this body to consider establishing such a regional epidemic investigation system; I would like to restate my Government's pledge that we are prepared to work with PAHO and WHO and all the countries in this Region to make this system a reality. Through cooperation and biomedical research, disease prevention and health promotion, we can enrich our lives. We can save lives. We can overcome many diseases and avoid the scourge of many illnesses. We should not do any less--our children deserve that.

I wish all of you a most productive meeting and I hope you enjoy your stay in Washington.

ADDRESS BY DR. HALFDAN MAHLER, DIRECTOR-GENERAL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISCURSO DEL DR. HALFDAN MAHLER, DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Señor Presidente, Excelentísimos Señores Ministros, Señores Delegados, señoras y señores, colegas y amigos:

Nos quedan menos de dieciocho años hasta la fecha límite de la salud para todos; la cuenta atrás ha comenzado.

Me dirijo ahora a ustedes en su propio Continente, cerca de las realidades que ustedes mismos han de abordar día a día. Las más sombrías de esas realidades son, a mi entender, la tensión del clima político internacional y la recesión económica mundial. Sin embargo, no me cansaré de repetir que son esas circunstancias, precisamente esas circunstancias, en las que las fuerzas políticas relegan la salud a una posición secundaria, las que hacen que nuestra estrategia resulte más importante que nunca. Cuando las perspectivas económicas son halagüeñas, un convencional sentido común triunfa con facilidad y el generalizado empleo de una tecnología de salud cada vez más complicada corre pareja con la mejora de las condiciones sanitarias. Pero, como Einstein dijo una vez: "El sentido común es un depósito de prejuicios establecidos en el espíritu antes de los dieciocho años".

Nuestra estrategia responde a un sentido no común, y pronunciarse por ella exige un valor no común. Además, ¿qué otra alternativa nos queda, sobre todo ante las realidades de orden económico? No podemos esperar a que incluso los partidarios más optimistas del convencionalismo médico comprendan que, si los recursos siguen siendo invariables y la tecnología se hace cada vez más cara, el colapso se producirá muy pronto y menos personas tendrán acceso a la atención de salud. Tan solo puedo hacer un nuevo llamamiento a la profesión para que asuma la función directiva que le incumbe en las cuestiones de salud, antes de que esa función le sea irremediablemente arrebatada.

El único modo de evitar ese colapso es seguir el curso que nos hemos señalado. Los progresos realizados en el orden teórico durante los últimos años han sido notables. Son muy pocos los años que han transcurrido desde que empezamos a elaborar esos principios básicos. Acabo de examinar una vez más el Plan de Acción que ustedes han establecido para poner en práctica las Estrategias Regionales y deseo felicitarlos por él. Sus objetivos me parecen claros y sus áreas de acción perfectamente definidas. Sin embargo, cuando pasamos de los principios a la práctica, hemos de reconocer que, no obstante haberse realizado ciertos progresos, la acción ha de ser radicalmente acelerada si queremos alcanzar el éxito.

Al referirme hace un momento a los progresos realizados para pasar de los principios a la práctica, pensaba evidentemente en los progresos efectuados en los países. No esperen de la OPS/OMS ni de ninguna otra organización internacional una salvación supranacional. La salvación procederá de la acción nacional. Por supuesto, su Organización ha podido ejercer una influencia capital reuniendo a sus Países Miembros para definir principios y políticas de salud con relevancia social en el momento preciso. Debería haber dicho en el último momento, pues, según dijo hace pocos años un delegado en la Asamblea de la Salud: "el clamor por la salud para todos llegó hasta el nervio vivo de los sistemas de salud enfermos de todo el mundo".

Pero al llegar el momento de prestar apoyo operativo a los países para dar efecto a las políticas internacionalmente acordadas sobre atención primaria de salud, veamos sinceramente qué sucede. Ni la OPS/OMS ni sus Países Miembros han sobrepasado realmente la era de la asistencia técnica. Con algunas notables excepciones, aún no hemos dado el auténtico salto cualitativo a una genuina cooperación técnica, es decir, a actividades que incidan en el eje principal del desarrollo sanitario de un país con el fin de definir claramente una estrategia nacional de salud para todos y de ponerla enérgicamente en práctica, dejando tras ellas algo definitivamente consolidado.

Examinan ustedes este año el proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985, que es el primer bienio del período correspondiente al Séptimo Programa General de Trabajo. Les ruego que no dejen de recordar los principios básicos del Séptimo Programa: la absoluta necesidad de establecer una infraestructura sanitaria sólidamente enraizada en la atención primaria de salud, en la población y en los equipos de salud, así como la necesidad paralela de conseguir que los niveles de remisión de casos apoyen y no suplanten a la atención primaria de salud y que la población utilice realmente los servicios de

atención primaria de salud en vez de "cortocircuitarlos" pasando directamente a los servicios especializados. Recuerden asimismo la necesidad de utilizar una tecnología realmente apropiada a sus necesidades y a la capacidad de su infraestructura sanitaria. Una vez que hayan hecho ustedes todo eso, no olviden hasta qué punto es indispensable mantener la coherencia y la continuidad de la atención en todo el sistema de salud. Se necesita a ese efecto un alto grado de compatibilidad de los cuidados y de equivalencia de los servicios en los distintos niveles de la infraestructura. Ese es un requisito absolutamente esencial si quieren ustedes conseguir que los individuos acudan a los servicios de atención primaria de salud en vez de ir directamente a los hospitales.

Permítaseme que explique lo que quiero decir cuando hablo de la utilización adecuada tanto del Séptimo Programa General de Trabajo como de los demás recursos de la OMS, refiriéndome a lo que ustedes han llamado en la 88a Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la OPS "Adquisición de suministros de importancia crítica para la salud". Uno de los éxitos obtenidos por la OMS en los últimos años ha sido haber concebido la idea de los medicamentos esenciales y conseguido que esta fuese ampliamente aceptada. Mucho me temo que hayamos de aprender por dura y amarga experiencia cuáles son los verdaderos obstáculos que impiden asegurar la provisión de medicamentos esenciales a la gran masa de la población mundial.

Esos obstáculos residen solo marginalmente en los acuerdos internacionales. Importancia mucho mayor tiene el arduo trabajo requerido para definir debidamente las políticas farmacológicas nacionales, para establecer sistemas nacionales adecuados de distribución y suministro, para adiestrar al personal técnico y administrativo que ha de asegurar el funcionamiento del sistema y el empleo adecuado de los medicamentos, para decidir el método óptimo de provisión de medicamentos al más bajo precio posible y para conseguir que se disponga de fondos suficientes para la obtención de medicamentos, así como de moneda fuerte para adquirirlos en el extranjero. En breve, es el proceso nacional de gestión para el desarrollo de la salud lo que ha de aplicarse con objeto de determinar los detalles del programa. Es la infraestructura sanitaria nacional lo que ha de utilizarse, empezando por el nivel de la atención primaria de salud, para establecer el sistema logístico, adiestrar a los individuos y habilitar métodos de pago en los niveles comunitario y central. Y son los recursos nacionales, al igual que los de la OMS, los que han de movilizarse para la planificación correspondiente y para efectuar las investigaciones sobre sistemas de salud que resultan indispensables si han de establecerse programas óptimos de medicamentos esenciales y medios óptimos para la ejecución de dichos programas por conducto de la infraestructura sanitaria. Solo así son de utilidad los recursos externos como suplemento de los recursos nacionales para poner en práctica cuanto se ha planeado. Por consiguiente, en relación con los medicamentos esenciales hemos tenido que redescubrir una verdad obvia: la acción internacional puede ser muy útil para generar principios importantes; la acción nacional es decisiva para dar efecto a dichos principios.

No crean que estoy tratando de descargar sobre ustedes y sobre los gobiernos que ustedes representan toda la responsabilidad de los posibles éxitos o fracasos. Deseo solamente señalar a su atención los recursos--los suyos propios y los de la OMS--que ustedes tienen a su disposición y que podrían utilizar mucho mejor. O más bien, por cuanto se refiere a los recursos de la OMS, que nosotros podríamos utilizar mejor. Porque ni a ustedes ni a mí corresponden esos recursos a título individual. Se trata de recursos colectivos de todos los Estados Miembros de la OMS y, en consecuencia, han de ser utilizados para dar efecto a decisiones colectivas. Cuando hablo de recursos no me refiero solamente al dinero; me refiero al conocimiento, a la capacidad técnica, a la capacidad humana, a la influencia moral y política y, sobre todo, a la solidaridad.

Los países pueden dar aplicación óptima a esos recursos en dos amplios niveles: en el nivel nacional, para el análisis de políticas y para determinar las principales líneas de acción que han de seguirse en consecuencia, y para una acción análoga en el nivel de la

comunidad, con objeto de que el sistema de salud quede establecido en función de una política acordada a nivel nacional. No se trata de cuestiones fáciles, pero esas cuestiones se han facilitado muy considerablemente al tener ustedes a su disposición una política de salud internacionalmente acordada y las principales líneas de acción para la aplicación nacional de dicha política. También disponen ustedes de un proceso de gestión, que cuenta con el consenso internacional, y que los ayudará a desarrollar y a aplicar sus estrategias.

Los gastos adicionales necesarios para lograr un nivel aceptable de salud para toda la población de las Américas no son colosales y han de evaluarse en relación con los beneficios que de ellos obtendrían tanto sus poblaciones como la humanidad en general. Mientras más personas en las Américas, y sobre todo en su parte meridional, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, más posibilidades tendrá el Continente, en conjunto, de entrar en una espiral ascendente de mayor energía física, intelectual y espiritual, elevando a la vez los niveles económicos y promoviendo la capacidad de adquisición y de venta individual y colectivamente. Estarán ustedes así en una posición más favorable que nunca para intensificar su contribución al desarrollo político, social y económico del mundo.

Sí, señores delegados, los beneficios potenciales son sin duda atractivos, pero para alcanzarlos nos espera un largo camino cuesta arriba. No basta con contar los años; tenemos que contar los hechos. Pero para contar los hechos hay que empezar por realizarlos. Ya no los envuelve ningún misterio. Los conocimientos están a nuestro alcance y son suficientes para alcanzar nuestro objetivo, siempre que los apliquemos con prudencia. Hemos de concentrarnos ahora en la capacidad técnica y operativa y en la fuerza de voluntad necesarias para ponerlos en práctica. Solo podemos obtener esa capacidad técnica y operativa y aumentar esa fuerza de voluntad ensayando y aprendiendo y ensayando una vez más, al tiempo que vamos compartiendo con otros la experiencia obtenida.

Solo hay un lugar para el ensayo y el aprendizaje y el nuevo ensayo, y ese lugar está en los países. Ningún nuevo debate o acción internacional, cualquiera que sea su alcance, puede constituir un sucedáneo; en el mejor de los casos servirá de ayuda, en el peor generará confusión. La OMS es un íntimo asociado internacional de la acción de ustedes en pro de la salud para todos. Su Director Regional y yo mismo hacemos cuanto está a nuestro alcance para apoyarlos y esperamos no sembrar nunca entre ustedes la confusión. Confío en que ustedes, todos y cada uno de ustedes, no escatimarán esfuerzo alguno para acelerar la acción en sus respectivos países. Les ruego que mantengan siempre el íntimo carácter de la asociación entre ustedes y su Organización. Tal es nuestra mejor garantía de éxito. Cuando la marcha de las cosas sea favorable, alegrémonos juntos. Cuando sea desfavorable, no caigamos, por favor, en las recriminaciones mutuas; por el contrario, seamos capaces de hablar franca y amistosamente para que nuestro camino en común nos permita volver a darles el rumbo debido.

Señor Presidente, Excelentísimos Señores Ministros, Señores Delegados: la salud para todos ha entrado en la hora de poner la verdad por delante, no menos que en la de efectuar la cuenta atrás. Por eso vuelvo a repetir que nos quedan menos de dieciocho años.

Muchas gracias.

ADDRESS BY DR. HECTOR R. ACUÑA, DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
DISCURSO DEL DR. HECTOR R. ACUÑA, DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

En este mundo en constante transformación, con profundas desigualdades a la vez que conflictos de intereses, la decisión de los Gobiernos de encaminar sus aspiraciones hacia la meta de "Salud para todos en el año 2000" se ha convertido en un símbolo de acercamiento y de comunidad de acción entre los pueblos de las Américas. Tengo fe, y a la vez el convencimiento, de que los elevados propósitos del bienestar del hombre, que

constituyen la esencia misma del espíritu y del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, estarán más allá de las discrepancias temporales y de carácter político que puedan afectar las relaciones entre naciones hermanas.

Al iniciarse esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, juzgo que es el momento propicio para reflexionar sobre el alcance y las implicaciones de la lucha solidaria que se vigorizará con la iniciación oficial, el 1 de enero de 1984, del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, que los Países Miembros de la Organización adoptaron como guía para el fomento, orientación y concierto de sus esfuerzos en el campo de la salud. A través de dicho instrumento, y a pesar de los complejos obstáculos socioeconómicos que se visualizan, se abre un amplio y promisorio panorama para el futuro de la salud en el Continente. Este convencimiento nace de la forma en que los países han encarado unidos los escollos del pasado, así como de la decisión de concentrar y armonizar voluntades que permitan abordar los problemas que surjan en los años venideros.

Los Gobiernos llegaron a definir dicho Plan de Acción mediante el examen, tanto de los progresos alcanzados en salud, como de los problemas remanentes, así como de los que están emergiendo como resultado de los movimientos demográficos y de las condiciones socioeconómicas y políticas en que se desenvuelven nuestras comunidades.

Este alto en nuestro camino quedó plasmado en la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, basada en el análisis que hicieron 25 Gobiernos Miembros de la OPS sobre el fruto de los esfuerzos nacionales desarrollados en el período 1971-1980. El examen continental de dicha evaluación reveló la existencia de cambios significativos en los niveles de salud y en la estructura y cobertura de servicios. No obstante, hubo metas cuyos resultados fueron inferiores a lo esperado.

Esta evaluación regional permitió también identificar la creciente severidad de ciertos factores que tienen una influencia decisiva en la salud y cuyo control está fuera del ámbito tradicional de acción de este sector. La continua emigración de poblaciones rurales hacia zonas urbanas y la colonización de ciertas regiones rurales y selváticas están originando cambios en el equilibrio ecológico y en los estilos de vida de las comunidades. Se observa que las enfermedades vinculadas con la pobreza se asocian a las patologías propias de las sociedades industrializadas. Por otra parte, el crecimiento absoluto de la población y una fuerte urbanización han determinado la constitución alrededor de las grandes ciudades de conglomerados humanos que viven en un ambiente físico y social adverso. En concreto, la evaluación reafirmó el concepto de que la salud depende de una serie de factores ajenos al sector salud, y que constituye parte integral de las necesidades básicas de la población y, en consecuencia, del desarrollo socioeconómico, ya que solo un desarrollo integral, coherente, completo y equilibrado que asegure el progreso económico y social nos permitirá alcanzar el bienestar deseado.

El escrutinio de estos factores extrasectoriales, así como de las políticas y los enfoques seguidos en el pasado decenio, constituyó el fundamento para que los Gobiernos confirmaran o redefinieran sus estrategias nacionales de salud y dieran base y esencia a las Estrategias Regionales que adoptó el Consejo Directivo en 1980. Dichas Estrategias Regionales traducen, por lo tanto, situaciones y experiencias reales en el campo de la salud, así como los propósitos auténticos de todos y cada uno de los países del Continente.

Las Estrategias Regionales plantean cambios sustanciales en los enfoques sobre extensión y cobertura de los servicios, en el medio ambiente y en la articulación del sector salud con otros sectores del desarrollo. Esos cambios están condicionados no solo por factores técnicos y económicos sino también por las corrientes políticas y sociales de las naciones; debido a ello las estrategias se han planteado en el amplio contexto que los Gobiernos acordaron en el seno de las Naciones Unidas sobre el Nuevo Orden Económico Internacional y la Lucha contra la Pobreza Extrema. Esta concepción de salud dentro del desarrollo socioeconómico se concretó al incorporarse las Estrategias Regionales de Salud

en la Nueva Estrategia Regional del Desarrollo que los Ministros de Finanzas y Economía de las Américas adoptaron en Montevideo en 1981, durante el XIX período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Así, por primera vez en nuestro Continente, el componente salud quedó formalmente integrado en una estrategia regional de desarrollo.

Para dar mayor dinamismo al proceso de alcanzar la salud para todos, los Gobiernos decidieron traducir las estrategias nacionales y regionales en actividades concretas, mediante la adopción del Plan de Acción en septiembre de 1981. Intrínsecamente, el Plan de Acción es un compromiso solidario que los Países Miembros adquirieron en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1981. En este sentido, el Plan tiene un doble papel. Por una parte, es el instrumento de política regional en salud que orientará, como un todo, los esfuerzos conjuntos de los países del Hemisferio y, por otra parte, establece el marco de referencia para la introducción de cambios y ajustes que aseguren, a nivel de los países, la mayor accesibilidad, equidad y cobertura de los servicios de salud con la estrategia de la atención primaria, contribuyendo así al mejoramiento de los niveles de bienestar.

Por su naturaleza, origen y propósitos, el Plan de Acción contiene enfoques y planteamientos considerados como innovadores y que le confieren características bien definidas, constituyendo una piedra angular en la larga trayectoria para alcanzar la justicia social en las Américas.

Efectivamente, el Plan de Acción recoge varias corrientes de experiencia de lo que están realizando los países, las concreta como líneas de acción y las proyecta hacia el futuro. Es así como el Plan se orienta a proporcionar acceso a servicios eficaces para la satisfacción de necesidades de salud de toda la población. Dichos servicios deberán estar organizados según niveles de complejidad, a fin de que garanticen al máximo la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. Plantea asimismo reducir la exposición de la población a riesgos determinados por problemas de salud y factores biológicos, físicos, económicos y sociales y desarrollar en el individuo y la comunidad actitudes y comportamientos positivos. Para ello, destaca la necesidad de combinar programas en función de la exposición de los grupos humanos prioritarios a los diversos factores de riesgo. Este enfoque descarta la tendencia tradicional de desarrollar actividades independientes para problemas aislados. Da a su vez una nueva dimensión a la articulación del sector salud con otros sectores del desarrollo, ya que tiende a identificar áreas que se complementan entre sí y áreas de acción sinérgica con programas y recursos fuera del sector salud. El Plan hace énfasis también en el enfoque de los sistemas de financiamiento del sector para perfeccionar el papel distributivo de los recursos de salud, así como la participación de la comunidad en el mejoramiento de su bienestar y en la producción de servicios de salud.

Otra diferencia fundamental con iniciativas similares del pasado es la incorporación en el Plan de Acción del sistema de monitoría y evaluación. Este sistema sobrepasa los límites clásicos de la simple valoración de resultados de programas y proyectos y amplía su radio de acción hacia la evaluación de objetivos, estrategias y políticas. Por esta razón, además del examen comparado de los indicadores considerados como obligatorios por nuestros Cuerpos Directivos en el nivel regional, se reconoce que la evaluación del proceso requiere la explicación de los cambios y discrepancias observados a través de la combinación de enfoques epidemiológicos, económicos e históricos. Muchas de las áreas que deben ser evaluadas se expresan por variables que no admiten la aplicación de indicadores numéricos.

Las características del Plan de Acción están señalando las pautas que deberán seguirse en el proceso de salud para todos en las Américas; pautas que convergen en una única y poderosa fuerza propulsora, la cual conducirá a nuestra Región hacia este noble objetivo.

Esta iniciativa tiene repercusiones directas para los Gobiernos y para la OPS que darán la tónica para decisiones y actividades, por lo que juzgo conveniente hacer una pausa para referirme a las más sobresalientes.

En primer término, los Gobiernos reunidos en el seno del Consejo Directivo se comprometieron a examinar y a ajustar sus planes nacionales de salud dentro del marco del Plan de Acción Regional, a fin de reorientar sus programas hacia aquellas áreas prioritarias que mutuamente acordaron. En esta empresa, que deberá realizarse dentro del contexto de las situaciones nacionales, hay algunos factores sustantivos que tienen implicaciones directas en el proceso.

Por una parte, el incremento impresionante de población en América Latina, que de 300 millones de habitantes en 1970 alcanzará más de 600 millones para el año 2000, destaca la magnitud del esfuerzo que los países del Continente deberán realizar para cumplir las metas sobre extensión de la cobertura de servicios de salud y de saneamiento básico a todas las comunidades. Además de dichos incrementos, se registra una tendencia muy fuerte a la concentración de la población en ciudades grandes e intermedias. Habrá, por lo tanto, necesidad de revisar los planes a fin de que los sistemas nacionales estén preparados para satisfacer la demanda de la población creciente que se va incorporando a las áreas urbanas. Esto significa tanto un aumento en el número de personas a atender como un cambio en las estructuras de sus necesidades y demandas, lo cual afecta sensiblemente a toda la política de financiamiento del sector salud y a sus relaciones intersectoriales, en un mundo en crisis económica. Y como el Plan lo señala, exige una revisión profunda de las tecnologías actuales, de la organización de los sistemas de servicios, de los procedimientos con que estos se administran, y de la estructura, funciones y relaciones entre las diversas instituciones que componen el sector salud.

Además, el ritmo e intensidad de las tendencias migratorias agudizará el problema de la pobreza social. En este sentido el sector salud y sus dirigentes se enfrentan con la seria responsabilidad de promover y apoyar todas aquellas acciones que aseguren que los frutos del desarrollo lleguen a los sectores más necesitados de la población, o sea a aquellos que viven física, social y culturalmente al margen, tanto de las fuerzas que deciden el crecimiento económico como de las medidas que los Gobiernos diseñan para superar esa marginalidad, mitigando las desigualdades y de esa forma el resentimiento, la frustración y el sufrimiento de los pobres.

Una expresión de la pobreza social está constituida por la desnutrición. Como el Plan lo define, deberán ajustarse mediante una vigorosa acción intersectorial las políticas y los planes nacionales de alimentación y nutrición, teniendo en mente la disponibilidad de alimentos. Dicha disponibilidad es el factor sobre el cual gira en gran medida el problema de la desnutrición, y constituye la resultante de las formas de producción y principalmente de accesibilidad de la población a los nutrientes, que a su vez está condicionada por la diferencia en la distribución de los ingresos personales.

Mientras que los problemas esenciales del saneamiento básico persistan en grados diversos en los próximos dos decenios, los de contaminación del ambiente irán aumentando rápidamente a medida que la Región se vaya transformando en una sociedad predominantemente urbana y concentrada. Ante el dilema de reducir el déficit de los servicios básicos de saneamiento para zonas rurales y periurbanas y de abordar, al mismo tiempo, los problemas de contaminación con los limitados recursos disponibles para el sector, nos veremos obligados a agudizar el ingenio y las innovaciones para incluir la solución de los problemas del ambiente en los proyectos de desarrollo económico, así como para promover acciones multisectoriales para la preservación de dicho ambiente.

Las acciones comprometidas y el contexto para su desarrollo destacan la responsabilidad adquirida individualmente por cada Gobierno y, al mismo tiempo, señalan la urgencia de fortalecer la cooperación entre países.

En este sentido, la cooperación norte-sur seguirá representando una contribución sustantiva y deberá aprovecharse al máximo. Pero, como los Gobiernos lo establecieron en el Plan de Acción, el vasto campo de posibilidades que ofrece la cooperación este-oeste, encaminada a movilizar y compartir el talento y las experiencias nacionales entre países en desarrollo, constituirá un elemento fundamental en la aplicación de nuevos enfoques para lograr la autosuficiencia nacional y asegurar la óptima utilización de los recursos.

El Plan identifica acciones específicas en sus áreas prioritarias. Señala también los mecanismos para llevar a la práctica dichas acciones. Lo que ahora se requiere es la firme decisión por parte de los Gobiernos de fortalecer esas actividades.

En este proceso, la OPS tiene la responsabilidad de proporcionar todo el apoyo que demanden sus Países Miembros, ya que dicho apoyo constituye la faceta esencial de la reorientación de la cooperación técnica de la OPS. Aquí debo hacer énfasis en algunos aspectos destacados de las implicaciones que el Plan de Acción tiene para el programa, el presupuesto, las funciones y la estructura de la Organización, los cuales deberán ajustarse a los requerimientos de dicho Plan.

Al aprobar el Plan de Acción, mediante la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981), los Gobiernos fijaron claramente las pautas fundamentales sobre la cooperación internacional. Es así como en el punto 1.2.7 de la parte III del Plan se indica explícitamente que existe "la urgencia de que esta cooperación sea reorientada, tanto en sus políticas como en sus condiciones y procedimientos, para adecuarla a las prioridades y características nacionales y asegurar su máximo aprovechamiento e impacto en el desarrollo de las capacidades nacionales, evitando distorsiones, duplicaciones y vacíos". Deseo hacer hincapié en el concepto "desarrollo de las capacidades nacionales". Según nuestro entender, la cooperación de la Organización deberá concentrarse esencialmente en apoyar los esfuerzos nacionales tendientes a desarrollar sus recursos humanos y técnicos que permitan al Gobierno enfrentar, con sus propias capacidades, los problemas prioritarios de salud. Como lo señalan las Estrategias Regionales, la cooperación externa no es sustitutiva del esfuerzo nacional, debiendo tener carácter transitorio y específico, y ser capacitante y movilizante de la voluntad nacional.

Ello significa que automáticamente disminuirá la necesidad, como ya lo han percibido en los últimos años algunos Países Miembros, de utilizar los recursos de cooperación técnica de la Organización para suplementar sus propios presupuestos nacionales de salud, ya que debe reconocerse con satisfacción que estos Gobiernos han alcanzado un grado de autosuficiencia en el que la cooperación técnica, ahora claramente establecida en el Plan, no tendría una significación sustantiva. Tomando en consideración las proyecciones futuras, se plantea entonces un interrogante. ¿Deberán estos Gobiernos continuar insistiendo en utilizar los recursos de la OPS, específicamente para la compra de vehículos y suministros? O bien, dentro del espíritu de solidaridad y camaradería, ¿deberán aceptar la canalización de dichos recursos hacia otras naciones hermanas, que en esta empresa continental tienen necesidades más apremiantes de cooperación técnica para el desarrollo de sus planes?

En todo caso, la Organización tendrá ineludiblemente que reorientar su cooperación hacia las áreas prioritarias del Plan y seguir los procedimientos que han acordado los Gobiernos Miembros. Al respecto, deseo insistir en que para el futuro y en el nivel regional, el Plan hace explícito que deberán introducirse cambios, a fin de que la cooperación internacional se destine fundamentalmente a las áreas prioritarias acordadas. En consecuencia, el presupuesto tendrá que ajustarse a dichos esquemas.

Los Gobiernos han adoptado una decisión, confirmada doblemente al aprobarse las Estrategias Regionales y el Plan de Acción. Constituyen dos expresiones de la voluntad de los países para que el programa de cooperación y los presupuestos venideros de la Organización concurren al apoyo de dichas áreas prioritarias.

Señores Ministros, Señores Delegados, se nos plantean serios retos para el futuro si confirmamos nuestros propósitos de proporcionar mejores niveles de salud a nuestros pueblos, en el contexto de la satisfacción de las necesidades básicas y del incremento de los niveles de bienestar. En primer lugar, los países deberán introducir transformaciones fundamentales y el sector salud asumir un papel de activa promoción y participación en el incremento de los niveles de bienestar. Internamente, cada Gobierno tendrá que extremar sus iniciativas y propósitos para proporcionar servicios de salud a toda la población y utilizar en forma óptima los recursos disponibles y la potencialidad del sector; y en esta lucha, compartir sus experiencias y recursos con otros países americanos.

En cuanto a cooperación externa se refiere, además de su reorientación, convendría que los países que han alcanzado niveles adecuados de desarrollo en salud determinen si continuarán adoptando una actitud egocéntrica en apoyo de sus presupuestos nacionales, o si deciden en forma generosa y solidaria que dichos recursos sean utilizados por otros países menos privilegiados.

Finalmente, el bienestar del hombre de las Américas, que constituye la esencia de nuestros objetivos, deberá prevalecer sobre cualquier interés de orden político, de conveniencia financiera o de obstáculos económicos.

En este sentido, la naturaleza misma del proceso de desarrollo de la salud en las Américas, que en algunos países tiene ya expresiones claras de renovación, así como los pasos dados por su Organización para adecuar su estructura central y fortalecer sus Oficinas de Campo, a fin de asegurar la más efectiva cooperación con los Gobiernos, señalan que estamos dentro de un proceso en marcha y de carácter irreversible.

No podemos ignorar por otra parte, dos hechos que destacara tan acertadamente el Dr. Mahler en su presentación: el serio panorama de recesión económica y las tensiones políticas internacionales. Pero tengo la firme creencia de que estos y otros factores negativos deberán convertirse en un fuerte estímulo para acelerar la transformación de nuestras decisiones en actividades concretas e intensificar nuestros esfuerzos y capacidades hacia la búsqueda de nuevos caminos y abordajes que nos lleven a la superación de estos obstáculos.

Para concluir, permítanme recordarles que la determinación universal de alcanzar metas básicas de salud que permitan a cada individuo llevar una vida social y económicamente productiva no es una aspiración ilusoria sino una necesidad absoluta. Es una premisa básica a la vez que un derecho que no se puede enajenar. Por lo tanto, las metas regionales no tienen nada de utópico sino que representan niveles mínimos de equidad social.

Comparezco ante este augusto foro, haciendo votos porque la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana no solo marque el comienzo de la fase de acción de nuestro Plan sino que consolide la promesa que hemos hecho a nuestros pueblos por medio de decisiones políticas básicas del más alto nivel.

Somos los portadores y promotores del estandarte de "salud para todos" en las Américas, empresa conjunta de los Gobiernos y la Organización donde se encuentran unidos fraternalmente todos los países de las Américas.

ITEM 2: ESTABLISHMENT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
TEMA 2: CONSTITUCION DE LA COMISION DE CREDENCIALES

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Nos corresponde ahora, de acuerdo con el Artículo 26 del Reglamento Interno de la Conferencia, elegir la Comisión de Credenciales. Me permito proponer al plenario los nombres de El Salvador, Jamaica y el Uruguay como los tres países que formarán parte de esa Comisión. Si no hay objeción, se da así por aprobado.

The session was suspended at 11:10 a.m. and resumed at 12:05 p.m.
Se suspende la sesión a las 11:10 a.m. y se reanuda a las 12:05 p.m.

FIRST REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
 PRIMER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se reanuda la primera sesión plenaria y solicitamos al Relator de la Comisión de Credenciales que dé lectura al informe.

Dr. BALAGUER (Uruguay): La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria e integrada por los Delegados de El Salvador, Jamaica y el Uruguay, celebró su primera sesión el día 20 de septiembre de 1982 a las 11:15 a.m. La Comisión eligió Presidente al Dr. Berríos Escobar (El Salvador) y Relator al Dr. Balaguer (Uruguay). Se examinaron y encontraron aceptables las credenciales de los representantes, suplentes y asesores de los siguientes países: Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, San Vicente y Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

La Comisión de Credenciales se reunirá nuevamente para examinar otras credenciales que se reciban.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia da las gracias al Delegado del Uruguay por su presentación del informe de la Comisión de Credenciales y somete dicho informe a la consideración de los señores Delegados. Si no hubiera ninguna objeción, se dará por aprobado. El Dr. Acuña va a dar una información relativa a unas credenciales.

Dr. ACUÑA (Director): El Embajador Representante Permanente de Santa Lucía ante las Naciones Unidas ha comunicado que las credenciales de su delegación, integrada por el Ministro y el Secretario Permanente --presentes en la sesión--han sido enviadas por vía telegráfica. Si no hay objeción, quisiera proponer que se considerara la posibilidad de aceptar temporalmente las credenciales que están por recibirse. Gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Los señores delegados tienen la palabra. Interpreto la ausencia de intervenciones en el sentido de que se aceptan provisionalmente las credenciales de Santa Lucía.

Decision: The first report of the Committee on Credentials was approved.

Decisión: Se aprueba el primer informe de la Comisión de Credenciales.

ITEM 3: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE PRESIDENTS, AND THE RAPPORTEUR
 TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y EL RELATOR

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Corresponde ahora proceder a la elección del Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana e invito a los señores delegados a presentar candidaturas.

Dr. JARAMILLO (Costa Rica): En mi calidad de Ministro de Salud de mi país, propongo al Dr. Gaspar García de Paredes, Ministro de Salud de Panamá.

Lic. GUIDO (Nicaragua): En mi calidad de Ministra de Salud Pública de Nicaragua, apoyo la candidatura del Ministro de Salud de Panamá para presidir esta conferencia.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Eu apóio a candidatura do Ministro da Saúde do Panamá.

Dr. GUZMAN (Chile): Deseo apoyar la candidatura del Ministro de Panamá para la Presidencia.

Dr. FRANCO PONCE (Perú): Deseamos apoyar de la manera más calurosa la candidatura del Ministro de Panamá, distinguido vecino, para Presidente de la Asamblea.

Dr. GODOY (Paraguay): El Gobierno del Paraguay apoya la candidatura del Ministro de Salud de Panamá.

Dra. FORERO (Colombia): El Gobierno de Colombia apoya la candidatura del Delegado de Panamá para presidir esta Conferencia.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): El Ministro de Salud Pública del Uruguay apoya calurosamente la candidatura del Ministro de Panamá para esta presidencia.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): Apoyo también calurosamente la candidatura del Ministro de Panamá.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): En nombre del Gobierno de Venezuela también damos amplio apoyo a la candidatura de Panamá para la presidencia de la Conferencia.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿No hay ningún otro candidato?

Dr. RODRIGUEZ (Honduras): La Delegación de Honduras se complace también en apoyar la candidatura del Ministro de Panamá.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): The Delegation of Trinidad and Tobago wishes to support the nomination of Panama for the presidency.

Dr. JOSEPH (Haiti): La délégation d'Haiti appuie chaleureusement la candidature du Ministre de Panama comme Président de la Conférence.

Dr. RAMIREZ (Cuba): Cuba apoya a Panamá.

Dr. PEREZ MERA (República Dominicana): El Gobierno dominicano apoya la candidatura del Ministro de Panamá y sugerimos que, como evidentemente hay un apoyo masivo, se considere como elegido.

Dr. DE RIGGS (Grenada): I was about to express support for the nomination of Panama.

Dr. ROMAN (Ecuador): El Ecuador apoya la candidatura de Panamá.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias. Después de haber oído a la mayoría de los delegados apoyar la candidatura propuesta por el Delegado de Costa Rica, propongo que se elija como Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana al Dr. García de Paredes, Ministro de Salud de Panamá.

Decision: Dr. Gaspar García de Paredes (Panama) was elected President of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Gaspar García de Paredes (Panamá) es elegido Presidente de la Conferencia por aclamación.

Dr. García de Paredes took the chair.
El Dr. García de Paredes pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE: En nombre de mi país, de mi Gobierno y en el mío propio, quiero agradecerles muy sinceramente que hayan depositado su confianza en mí, otorgándome la responsabilidad y distinción de la presidencia de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. Estoy seguro de que, en el ambiente de fraternidad y cooperación con que se está desarrollando la Conferencia, podremos hacer un trabajo fructífero para la salud de nuestros pueblos y dar un paso importante para lograr la salud para todos en el año 2000. Una vez más, muchas gracias.

A continuación ofrezco la palabra a los delegados para que se propongan candidaturas destinadas a los dos puestos de Vicepresidente. Empezaremos por elegir al primer Vicepresidente. El Delegado del Brasil tiene la palabra.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): O Brasil propõe a primeira Vice-presidência para Trinidad e Tobago.

Dr. KEY (United Kingdom): We should like to support the nomination of Trinidad and Tobago for the first Vice Presidency.

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): I take great pleasure in seconding the proposal and supporting the candidacy of Trinidad and Tobago for first Vice President.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Mr. President, the Minister of Health of Guyana would like to support the Minister of Health of Trinidad and Tobago as the first Vice President.

Dr. BRATHWAITE (Barbados): The Government of Barbados wishes to give solid support to the candidate of Trinidad and Tobago for the office of first Vice President.

Dr. BAUGH (Jamaica): Mr. President, the Delegation of Jamaica gives its full support to the Minister of Health of Trinidad and Tobago as first Vice President.

Dr. FRANCO PONCE (Perú): Señor Presidente, damos nuestro apoyo complacidos a la candidatura de Trinidad y Tabago para la primera vicepresidencia.

Dr. DE RIGGS (Grenada): We should like to express our full support of the candidacy of the Minister of Health of Trinidad and Tobago.

Mr. MAYNARD (Dominica): The Minister of Health of Dominica would like to express full support for the candidacy of Trinidad and Tobago as first Vice President of the Conference.

Dr. JOSEPH (Haiti): La délégation d'Haiti appuie fortement la candidature de Trinité et Tobago comme Vice-président de la Conférence.

El PRESIDENTE: Al no haber más candidatos, propongo que se declare elegido para la primera vicepresidencia al Dr. Connell, Ministro de Salud de Trinidad y Tabago.

Decision: Dr. Neville Connell (Trinidad and Tobago) was elected first Vice President of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Neville Connell (Trinidad y Tabago) es elegido primer Vicepresidente de la Conferencia por aclamación.

El PRESIDENTE: A continuación pasaremos a elegir al segundo Vicepresidente. Ruego a los delegados que presenten candidaturas.

Dr. BRANDT (United States of America): The Government of the United States would like to propose Dr. Franco Ponce, Minister of Health of Perú, for the second Vice Presidency.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): O Brasil apóia a candidatura do Peru para a Segunda Vice-presidência.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): La Delegación de la Argentina apoya calurosamente también la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Sr. GIVOCRE (Uruguay): Apoyamos la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): La Delegación de Guatemala apoya también decididamente la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): El Gobierno de Venezuela apoya la candidatura del Ministro de Salud del Perú para la segunda vicepresidencia.

Contralmirante RIVERA (Chile): Deseo apoyar también la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. RAMIREZ (Cuba): Apoyo también la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. GODOY (Paraguay): La Delegación del Paraguay apoya ampliamente la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. JOSEPH (Haiti): La Délégation d'Haiti appuie chaleureusement la candidature du Pérou au poste de deuxième Vice-président de la Conférence.

Dr. PEREZ MERA (República Dominicana): Apoyo la candidatura del Perú para la segunda vicepresidencia.

Dr. BAUGH (Jamaica): Jamaica supports the candidacy of Peru as second Vice President.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Guyana also supports Peru as second Vice President.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): The Delegation of Trinidad and Tobago supports the nomination of Peru for second Vice President.

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): St. Vincent strongly supports the candidacy of Peru as second Vice President.

Dr. DE RIGGS (Grenada): Grenada supports the candidacy of Peru for second Vice President.

El PRESIDENTE: Al no haber más candidaturas, vamos a elegir por aclamación al Dr. J. Franco Ponce, Ministro de Salud del Perú, para la segunda vicepresidencia.

Decision: Dr. Juan Franco Ponce (Perú) was elected second Vice President of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Juan Franco Ponce (Perú) es elegido segundo Vicepresidente de la Conferencia por aclamación.

El PRESIDENTE: Procederemos seguidamente a la elección del Relator.

M. CAREAU (Canada): Ma délégation a l'honneur de suggérer le nom du Dr. Alfredo Bica de la délégation du Brésil pour occuper le poste de Rapporteur. Ceux qui parmi nous fréquentent depuis un certain temps les réunions de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé connaissent les grandes qualités personnelles et professionnelles du Dr. Bica et savent que ce dernier sera un grand Rapporteur de la Vingt et unième Conférence. C'est avec plaisir donc que ma délégation propose son nom.

Dr. MARCHAND STENS (Perú): Muchas gracias, señor Presidente, deseamos sumarnos de la manera más exclusiva y calurosa a la propuesta que ha hecho el Delegado del Canadá para que el Brasil ocupe la relatoría. Sus merecimientos y las altas calidades señaladas hacen que sea un candidato realmente excepcional para el cargo de Relator.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Mi Delegación se suma al apoyo de la candidatura para Relator del Delegado del Brasil.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): La Delegación venezolana apoya la candidatura del Dr. Bica para la relatoría.

Contralmirante RIVERA (Chile): En nombre de mi Delegación, deseo expresar nuestro apoyo al Dr. Bica en esta candidatura.

Dr. DE RIGGS (Grenada): Grenada also would like to support Dr. Bica as Rapporteur.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): La Delegación argentina da su decidido apoyo a la candidatura del Brasil.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): La Delegación de Guatemala apoya también decididamente la candidatura del Brasil para Relator.

Dr. GAVIRIA (Colombia): La Delegación de Colombia apoya la candidatura del Brasil para la relatoría de la Conferencia.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Igualmente, para apoyar la candidatura del Brasil para la relatoría.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): The Delegation of Trinidad and Tobago wants to join in supporting the candidacy of Brazil for the post of Rapporteur.

Dr. RAMIREZ (Cuba): Apoyo la candidatura del Brasil para la Relatoría.

Dr. JOSEPH (Haiti): La délégation d'Haiti appuie la nomination du Dr. Bica, Brésil, comme Rapporteur de la Conférence.

Dr. BAUGH (Jamaica): The Delegation of Jamaica supports the candidacy of Brazil for the office of Rapporteur.

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): We also join in supporting Brazil for the office of Rapporteur.

El PRESIDENTE: Al no haber otro candidato, declararemos elegido por aclamación como Relator al Dr. Bica (Brasil), y le invitamos a que suba a la mesa de la presidencia.

Decision: Dr. Alfredo N. Bica (Brazil) was elected Rapporteur of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Alfredo N. Bica (Brasil) es elegido Relator de la Conferencia por aclamación.

ITEM 4: ESTABLISHMENT OF A WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION

TEMA 4: ESTABLECIMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION DE LA OPS

El PRESIDENTE: Si los señores delegados no desean presentar ninguna candidatura, la presidencia propone que el Grupo de Trabajo mencionado en el tema 4 se componga de los Delegados del Ecuador, los Estados Unidos de América y México. Al no haber objeciones, se considera aprobada la propuesta.

Decision: The proposal was adopted.

Decisión: Se aprueba la propuesta.

ITEM 5: ESTABLISHMENT OF COMMITTEE A AND ELECTION OF THE CHAIRMAN

TEMA 5: ESTABLECIMIENTO DE LA COMISION A Y ELECCION DE SU PRESIDENTE

The SECRETARY: Rule 29 of the Rules of Procedure of the Conference states that the Conference may establish such main committees or working parties as it considers necessary for the orderly dispatch of the business of the meeting. The Chairmen of main committees shall be elected by the Conference. Alternates and advisers may serve on such committees and working parties as may be established.

El PRESIDENTE: Debemos elegir un Presidente para dicha Comisión. Tiene la palabra la Delegación de México.

Dr. ALVAREZ GUTIERREZ (México): La Delegación de México tiene mucho gusto en proponer al Dr. Victorio V. Olguín, de la Argentina, para presidir la Comisión A. Como todos ustedes saben, el Dr. Olguín es un distinguido sanitarista que durante muchos años ha facilitado su experiencia y su apoyo a nuestra Organización. Por esta razón nos complace proponer su candidatura.

Dr. MARCHAND STENS (Perú): Simplemente para apoyar y sustentar cálidamente la candidatura del Dr. Olguín, de la Argentina, para el cargo señalado y lo hacemos sumamente complacidos.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): La Delegación de Venezuela se siente altamente satisfecha y da todo su apoyo al Dr. Olguín, de la Delegación de Argentina, para la presidencia de la Comisión A.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Eu apóio a candidatura da Argentina para a Presidência da Comissão A.

Contralmirante RIVERA (Chile): La Delegación de Chile desea sumarse al apoyo para la candidatura del Dr. Olguín como Presidente de la Comisión A.

Dr. GODOY (Paraguay): La Delegación del Paraguay se adhiere a la candidatura del Dr. Olguín para Presidente de la Comisión A.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Apoyamos, señor Presidente, la candidatura del Dr. Olguín para Presidente de la Comisión A.

El PRESIDENTE: Al no haber otros candidatos, declaramos elegido al Dr. Olguín Presidente de la Comisión A.

Decision: Dr. Victorio V. Olguín (Argentina) was elected Chairman of Committee A by acclamation.

Decisión: El Dr. Victorio V. Olguín (Argentina) es elegido Presidente de la Comisión A por aclamación.

ITEM 6: ESTABLISHMENT OF THE GENERAL COMMITTEE
TEMA 6: ESTABLECIMIENTO DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: Rule 27 states that the Conference shall establish a General Committee consisting of the President of the Conference, the two Vice Presidents, the Rapporteur, the Chairmen of such main committees as shall be established, and one delegate of a Government elected by the Conference from among those Governments not already represented on the General Committee. The President of the Conference shall serve as Chairman of the General Committee.

El PRESIDENTE: Pido a los delegados que presenten candidaturas para el cargo que ha de cubrirse en la Comisión General.

Contralmirante RIVERA (Chile): La Delegación de mi país desea proponer al Dr. Brandt, Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América, para miembro de la Comisión General.

Dr. MARCHAND STENS (Perú): Señor Presidente, para sumarme de manera muy especial a la propuesta que acaba de hacer el Delegado de Chile a favor del Dr. Brandt, de los Estados Unidos.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): O Brasil apóia a candidatura dos Estados Unidos para a Presidência da Comissão Geral.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): La Argentina se adhiere también a la propuesta que se ha efectuado en favor del Delegado de los Estados Unidos.

Dr. GAVIRIA (Colombia): Colombia apoya la candidatura de los Estados Unidos.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): La Delegación de Guatemala apoya también la candidatura del Dr. Brandt para formar parte de la Comisión General.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): La Delegación de Venezuela se adhiere a la candidatura de los Estados Unidos para este cargo.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): Trinidad and Tobago wants to support the candidacy of Dr. Brandt.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Guyana supports the candidacy of Dr. Brandt.

Dr. JOSEPH (Haiti): La délégation d'Haiti appuie la candidature du Dr. Brandt des Etats-Unis.

Dr. PEREZ MERA (República Dominicana): La Delegación de la República Dominicana apoya la candidatura del Dr. Brandt.

Dr. BAUGH (Jamaica): Jamaica supports the candidacy of Dr. Brandt of the United States.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Para apoyar la candidatura de los Estados Unidos, Señor Presidente.

El PRESIDENTE: Al no haber más candidatos, queda elegido por aclamación el Dr. Brandt (Estados Unidos de América) para formar parte de la Comisión General.

Decision: Dr. Edward N. Brandt (United States of America) was elected to the General Committee.

Decisión: El Dr. Edward N. Brandt (Estados Unidos de América) es elegido miembro de la Comisión General.

ITEM 7: ADOPTION OF THE AGENDA
TEMA 7: ADOPCION DEL PROGRAMA DE TEMAS

The SECRETARY: Rule 9 of the Rules of Procedure states that the Conference shall adopt its own agenda and, in so doing, may make such additions or modifications to the provisional agenda as it may wish, in accordance with these Rules of Procedure. The proposed agenda is in Document CSP21/1, Rev. 3, which is before the Conference.

Mr. CAREAU (Canada): May I refer to the Provisional Agenda item 37: Telecommunications for Mass Public Education. The members of the Executive Committee will recall that my Delegation raised this issue last June and undertook to prepare a background study on the subject. Unfortunately, we were unable in the short interval between the Executive Committee meeting and this Conference to get a document together in time for it to be translated and circulated to the Member Governments. The Canadian Delegation hopes, however, that inclusion of this important item on the provisional agenda will have alerted Member States to the importance of mass communications as a vehicle for the transmission of the health message and will encourage them to examine whether they are exploiting the use of the media to full advantage. We therefore ask, Mr. President, that Provisional Agenda Item 37 be deleted from the final agenda. I would like to suggest also that the Executive Committee may wish to consider whether this item should be included on the agenda of next year's Directing Council meeting.

El PRESIDENTE: Al no haber objeciones, se considera aceptada la propuesta del Delegado del Canadá. Puesto que no hay más observaciones, queda aprobado el programa de temas con la supresión del tema 37.

The session rose at 12:35 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:35 p.m.

SECOND PLENARY SESSION
SEGUNDA SESION PLENARIA

Monday, 20 September 1982, at 3:00 p.m.
Lunes, 20 de septiembre de 1982, a las 3:00 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

FIRST REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
PRIMER INFORME DE LA COMISION GENERAL

El PRESIDENTE: La Comisión General ha decidido alterar el orden del día para considerar primero el tema 33 del programa. Tiene la palabra el Secretario para que presente el primer informe de la Comisión General.

The SECRETARY: I have the First Report of the General Committee, which I will read carefully because it establishes a number of items that are important in order to properly conduct our business. The General Committee held its first session on 20 September 1982 at 12:30 p.m. Present were the President, the two Vice Presidents, the Rapporteur, the Chairman of Committee A, the Delegates of the United States of America, and the Director of the Bureau, Secretary ex officio. As a result of its discussions, the General Committee adopted the following decisions: 1) The working hours of plenary sessions and of Committee A will be from 9:00 a.m. to 12:30 p.m. and from 2:30 p.m. to 5:30 p.m., with a coffee break mid-morning and again mid-afternoon; 2) Committee A will begin work on Tuesday, 21 September, at 9:00 a.m. in Room B; 3) The Committee assigned the following agenda items to the plenary sessions of the Conference in the following order: first, Item 33, followed by Items 8, 9, 10, 11, and 12. The following are assigned to Committee A: Items 13, 14, 18, 19, 21, 22, and 23; 4) The General Committee decided to establish the following agenda for this afternoon: first Item 33, then Items 8, 9, 10, 11 and 12; 5) The General Committee decided that Items 15 and 16 should be considered Wednesday, 22 September, at 9:00 a.m. Regarding Item 15, Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, the Committee considered and adopted a set of rules and procedures applicable to the election, which will be distributed to the Conference Tuesday, 21 September; 6) Concerning this the Committee decided that the election of the Moderator and the Rapporteur for the Technical Discussions should take place on the afternoon of Tuesday, 21 September. The Committee also decided that the Technical Discussions themselves would be held all day Friday and Saturday morning, 24 and 25 September. Further, the Committee decided Item 24 would be considered on the afternoon of Monday, 27 September. Item 28 will also be considered that morning. Item 32 will be discussed following the afternoon coffee break on Thursday, 23 September. Item 38 will be considered sometime during the second week of the Conference. A private meeting of Chiefs of Delegations will be held in Room B on Wednesday, 22 September, at the conclusion of the afternoon plenary session. Lastly, the General Committee decided that it would hold its second meeting on Wednesday, 22 September, at 12:30 p.m.

Decision: The first report of the General Committee was adopted.

Decisión: Se aprueba el primer informe de la Comisión General.

REPORT OF THE WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION
INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION DE LA OPS

Lic. CABRERA (México): El Grupo de Trabajo designado para estudiar la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS, integrado por los Delegados del Ecuador, los Estados Unidos de América y México, ha examinado la situación de la recaudación de las

cuotas desde el punto de vista de las disposiciones de dicho Artículo relativas a la suspensión de los privilegios de voto de los Gobiernos con atrasos que exceden del importe de las cuotas correspondientes a dos años.

El Grupo de Trabajo ha tomado nota de la satisfactoria situación general en la recaudación de las cuotas de todos los Gobiernos Miembros de la Organización. Se observó que dos Gobiernos tenían atrasos de más de dos años, pero estos dos Gobiernos han adoptado planes de pago diferido. Uno de estos Gobiernos ha efectuado pagos durante 1982 de acuerdo con su plan respectivo y el segundo Gobierno tiene en proceso el pago de su plan para 1982. El Grupo de Trabajo recomienda, por lo tanto, que se permita votar en la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana a los Gobiernos de la República Dominicana y de Haití.

El Grupo recomienda además que en el futuro, los grupos que sean establecidos para estudiar la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS se reúnan y preparen su informe al mismo tiempo que se reúne la Comisión de Credenciales.

Decision: The report of the Working Party was adopted.

Decisión: Se aprueba el informe del Grupo de Trabajo.

ITEM 33: AMENDMENTS TO THE RULES OF PROCEDURE OF THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
TEMA 33: ENMIENDAS AL REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): El Documento CSP21/8 se refiere al tema y contiene una resolución del Comité Ejecutivo destinada a armonizar los Reglamentos Internos del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, que ya han sido modificados, con el de la Conferencia en relación con tres artículos: el Artículo 45, en que se define los "Gobiernos presentes y votantes", el 46 en que se establece cuándo una moción ha sido adoptada y cuál es la situación en algunos casos de empate, y el 53 que se refiere al caso que se produce cuando hay tres vacantes--los países pueden votar por candidatos para las tres vacantes o por menos candidatos, y que ha sido ya aprobado por el Consejo Directivo y por el Comité Ejecutivo.

El Comité Ejecutivo, por mi intermedio, recomienda a la Conferencia la adopción del proyecto de resolución que somete a la consideración de la Conferencia sobre este tema.

El PRESIDENTE: Pongo a consideración la recomendación contenida en la resolución del Comité Ejecutivo tal como aparece en el Documento CSP21/8.

Decision: The recommendation of the Executive Committee was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la recomendación del Comité Ejecutivo.

ITEM 8: REQUEST OF THE GOVERNMENT OF ANTIGUA AND BARBUDA FOR MEMBERSHIP IN THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
TEMA 8: SOLICITUD DE INGRESO DEL GOBIERNO DE ANTIGUA Y BARBUDA EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): En la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en Washington, D.C., en junio-julio de 1982, el Comité aprobó por unanimidad una resolución por la cual recomienda que la Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe la solicitud de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud presentada por el Gobierno de Antigua y Barbuda.

El PRESIDENTE: Solicito al Relator que dé lectura al proyecto de resolución.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the formal request for membership in the Pan American Health Organization made on behalf of the Government of Antigua and Barbuda by the Deputy Prime Minister, Minister of Foreign Affairs, in a communication dated 27 February 1982; and

Considering that the Government of Antigua and Barbuda has declared its readiness to accept all the obligations of the Constitution of the Pan American Health Organization, to comply with the provisions of the Pan American Sanitary Code, as amended by the Additional Protocol of 24 September 1952, and to contribute by means of a quota assessment to the financial support of the Organization,

RESOLVES:

1. To approve with satisfaction the request of the Government of Antigua and Barbuda for membership in the Pan American Health Organization.
2. To instruct the Director to transmit this decision to the Member Governments of the Organization.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la solicitud oficial de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, formulada en nombre del Gobierno de Antigua y Barbuda por el Primer Ministro Adjunto (Ministro de Asuntos Exteriores) de ese país en una comunicación de fecha 27 de febrero de 1982, y

Considerando que el Gobierno de Antigua y Barbuda se ha declarado dispuesto a asumir todas las obligaciones previstas en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, a cumplir las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, enmendado por el Protocolo Anexo del 24 de septiembre de 1952 y a contribuir con la cuota que se le fije como apoyo financiero a la Organización,

RESUELVE:

1. Aprobar con satisfacción la solicitud de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, presentada por el Gobierno de Antigua y Barbuda.
2. Pedir al Director que transmita la presente decisión a los Gobiernos Miembros de la Organización.

El PRESIDENTE: Someto a consideración el proyecto de resolución.

Mr. MAYNARD (Dominica): It gives me great pleasure on behalf of my Government and the rest of us in the Caribbean to endorse this recommendation for the admission of the Government of Antigua and Barbuda to this distinguished Body. There is no doubt that in this world of ours the most important thing for us to do if we are to survive on this globe is to increasingly promote and develop the forms of cooperation and conservation we may all need for our survival. In the specific area of health, which is the area of competence of this Conference, I think the obvious point that has been made in the reports you have heard in the course of the day is clearly that every country that satisfies the criteria for admission and expresses a wish to belong to Organizations like this one should be embraced warmly. Antigua and Barbuda became a Member of the United Nations in 1981; in November it became independent, and we would like to say to Antigua and Barbuda how much we have been looking forward to welcoming it to our present sphere.

We in Dominica are a fairly new Member of this Body; we were admitted to membership in 1981. I think that Antigua and Barbuda will enhance the functions of the Organization and give it a new perspective. I believe that the Minister of Health of that country, as long as he remains in office, will certainly add new dimensions to our deliberations and will give a new perspective and to enrich the community of nations that we represent as we come here to grapple with the problems of health for all by the year 2000. I fully endorse the recommendation that the application for membership of the Government of Antigua and Barbuda be accepted.

Dr. BRATHWAITE (Barbados): On behalf of the Delegation of Barbados, I would like to endorse wholeheartedly the sentiments so ably expressed by the distinguished Delegate of Dominica in supporting the recommendation that Antigua and Barbuda be admitted (hopefully by acclamation) to membership in this august Organization. Antigua and Barbuda is a member of the Caribbean Community (CARICOM), and even before it became independent it played a very significant role in that area, especially in the health field. We have no doubt whatever that the Government, particularly when acting through its present Minister of Health, will continue to follow the traditions that have been so well established by the Pan American Health Organization, and I look forward to working with it in this Organization for many years to come. I wish that country a pleasant and happy membership within this Organization.

Dr. KEY (United Kingdom): My Delegation takes great pleasure in joining the other Delegations in supporting the application of the Government of Antigua and Barbuda for membership in this Organization. The Government of my country has long been associated with the development of health care in these island States and it looks forward to continuing its cooperation with them in the coming years and to further developing the health services of their people.

Dr. PEREZ MERA (República Dominicana): Constituye para mí un motivo de íntima satisfacción expresar públicamente, en nombre del Gobierno de la República Dominicana, miembro de la familia de países antillanos, que apoyo calurosamente la admisión de Antigua y Barbuda a la Organización Panamericana de la Salud. Nuestra Delegación considera que la admisión de ese país contribuirá al fortalecimiento de las condiciones de salud de la Región y fortalecerá además con sus atinadas iniciativas el trabajo de nuestra Organización.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): On behalf of the Delegation of Trinidad and Tobago, I wish to join in supporting Antigua and Barbuda's application for membership. Trinidad and Tobago looks forward to Antigua and Barbuda playing an important role in PAHO. Historically, that country has joined with the other islands in the West Indies in improving health care in the Caribbean. If this was being done before that country attained nationhood, I have no doubt that the countries of that area are going to play a more important role in the future. Therefore, it is with great pleasure and pride that we support this application.

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): It is with great pleasure that the Delegation of St. Vincent and the Grenadines joins other Member Countries in supporting Antigua and Barbuda's application and welcoming it to full membership in our Organization. Antigua and Barbuda, like St. Vincent and the Grenadines, is one of the less developed countries (LDCs). Within the Caribbean Secretariat Commonwealth (the successor organization to the Caribbean Free Trade Agreement) the Government of Antigua was one of the three regional Governments which hailed this step in the advance of our Commonwealth Caribbean people toward regional integration with the establishment of the Free Trade Agreement. We have seen this drive on the part of the Government of Antigua and Barbuda not only in our efforts and cooperation among the Commonwealth Caribbean States, but perhaps, in the closer context of the recent establishment of the Organization of Eastern Caribbean States, which serves the LDCs within the Commonwealth Caribbean Community. Today, I

support Antigua and Barbuda and welcome that country into the family of PAHO. I am confident that the spirit of cooperation which the Government and people of Antigua and Barbuda have demonstrated within the English-speaking Caribbean will be demonstrated within our own regional Organization, and the world at large will seek the goal of health for all by the year 2000.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): O Brasil apóia a indicação de Antigua e Barbuda como membros da Organização Pan-Americana da Saúde.

Dr. DE RIGGS (Grenada): The members of my Delegation are unanimous in wishing to join other speakers in welcoming Antigua and Barbuda to the forum of PAHO. We have enjoyed a good association with Antigua and Barbuda as a member of the group of less developed countries and in the wider context of CARICOM. Therefore, it is a great pleasure to be present here today to welcome that country into the family of PAHO and we hope that this association will be welcomed by this august Body.

Dr. BAUGH (Jamaica): I also support fully the request of Antigua and Barbuda to become a member of this family of nations. I would like just to associate myself with the remarks made by so many other delegates, particularly those that represent members of CARICOM.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Como Ministro de Salud Pública de mi país, apoyo en nombre del Gobierno del Uruguay el ingreso de Antigua y Barbuda en la Organización, y les auguro el mayor de los éxitos en la colaboración que prestará a la misma.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): I wish to associate the Delegation of Saint Lucia with the previous speakers who have supported Antigua and Barbuda's application for membership and I do so with confidence, knowing that we are all looking forward to our new member fulfilling all the obligations pertaining to membership in this Organization.

EL PRESIDENTE: Considero que no hay objeción al ingreso de Antigua y Barbuda a la OPS.

Decision: The proposed resolution was adopted by acclamation.

Decisión: Se aprueba por aclamación el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Pido al Ministro de Salud de Antigua y Barbuda que proceda a traer la bandera de su país para colocarla donde le corresponde.

The Delegate of Antigua and Barbuda, Dr. Christopher M. O'Mard, then proceeded to place the flag of his country on the podium among those of the other Member Governments.

El Delegado de Antigua y Barbados, el Dr. Christopher M. O'Mard, procede seguidamente a instalar en el estrado la bandera de su país entre las de los demás Gobiernos Miembros.

Dr. O'MARD (Antigua and Barbuda): Mr. President, Honorable Officers of the Conference, distinguished ladies and gentlemen: My precious country, Antigua and Barbuda, is deeply in the debt of the many persons who have played one part or another in the act of her being accepted as a full Member of the Pan American Health Organization. We are indebted to the Executive Committee for having examined our application when it met on 23 June to 2 July 1982 and for recommending its acceptance to the Conference. Not the least of those to whom we are indebted, Mr. President, is our good Director for having very expeditiously steered our application through all its stages. We feel profoundly grateful to the distinguished Delegates of Dominica and Barbados for having nominated and seconded the proposal for our acceptance. To our distinguished friends who spoke in our favor, also we feel deeply indebted. In addition, we feel also very indebted to you, Sir, for

the gracious manner in which you herald us into the fold of the Pan American Health Organization. To this venerable and august assembly of the XXI Pan American Sanitary Conference gathered here in Washington, D.C., on this twentieth day of September, nineteen hundred and eighty-two, we feel very deeply indebted for having accepted us as a Member, but also for the loud acclaim with which it has been done.

Ladies and gentlemen: we cannot pay you for your kindness. In the language of the immortal Shakespeare: "Thou art so far before, that swiftest wing of recompence is slow to overtake thee." Moreover, if I may be permitted to quote from the Christian Bible "Silver and gold have I none but such as I have, give I thee." A very hearty thank you to all who have played a part in making it possible for Antigua and Barbuda to become a Member of this Organization. This to our profound pleasure.

Antigua and Barbuda is pleased to become a Member of the Pan American Health Organization because it knows the Pan American Health Organization. For many years Antigua and Barbuda, while it was a territory of the United Kingdom, was served by the Pan American Health Organization. I wish to place on record our profound gratitude to the United Kingdom for that relationship. While we were under the tutelage of the United Kingdom, Antigua and Barbuda had an opportunity to learn that which the Organization stands for and that which the Organization seeks to achieve. Particularly since 1978, when the Office of Caribbean Program Coordination was established in Barbados, we have had the opportunity of working closely with very knowledgeable and dedicated members of the staff of the Organization. We have been overwhelmingly impressed by the Pan American Health Organization's demonstrated policy to assist the countries of the Western Hemisphere in their efforts to combat disease, lengthen life, and promote the physical and mental health of the people.

We have been particularly impressed by the efforts of the Pan American Health Organization to develop the human resources in the countries which it serves. Nurses, particularly, have benefited from these efforts, but in addition, the Pan American Health Organization is to be praised for its innovative training programs for allied health personnel, including community health aides, family nurse practitioners, dental nurse auxiliaries, and veterinary and public health assistants. PAHO has also given guidance to Governments in the formulation and maintenance of national health plans. More recently, Governments have also been encouraged and assisted with plans for disaster preparedness and relief.

Even from our position as an indirect Member, we have been able to observe with admiration the excellent achievements of the Pan American Health Organization in the areas of maternal and child health, environmental health, in the establishment of effective surveillance systems, and in the prevention by immunization of such communicable diseases as diphtheria, whooping cough, tetanus, poliomyelitis, tuberculosis, measles, the diarrheal and respiratory diseases, the sexually transmitted diseases, and such vector-borne diseases as malaria, dengue fever, and yellow fever.

The exigencies of time and space compel me to resist the temptation to turn this acceptance address into an encomium on the achievements of the Pan American Health Organization. Indeed, that is your function, Mr. President and I have no intention of competing for your chair. Let me, therefore, on this occasion give greater emphasis to what I have been saying. As an indirect Member, Antigua and Barbuda got to know the Pan American Health Organization and benefited from the Pan American Health Organization. We are delighted to become fully associated henceforth with the work of the Organization. We think that at this time in world history, when on the international, and in many cases, on the domestic scene there is "War in the East, war in the West; war up North; and war down South; everywhere is war!" (Bob Marley)--at this time any country ought to be proud to belong to an international organization that strives so hard to preserve the health and lengthen the life of the people. Antigua and Barbuda is proud to become a full Member of the Pan American Health Organization.

We recognize the obligations set forth in the Constitution and in particular the provisions of the Pan American Sanitary Code, as amended by the Additional Protocol of 24 September 1952. We accept the responsibility to contribute by means of a quota assessment to the financial support of the Organization.

Perhaps I should give a timely word of warning. In terms of land mass Antigua and Barbuda is a small country but it has no intention, none whatsoever, to regulate her voice to her physical size in any international organization of which it is a member, be it the Pan American Health Organization or any other. Antigua and Barbuda intends to have a big voice in the Organization as together we collaborate in the peace-making endeavor of bringing about health for all.

In keeping with this promise, permit me Mr. President and you distinguished ladies and gentlemen, to mention a few areas upon which we in Antigua and Barbuda think the Pan American Health Organization would do well to focus its attention. We are mindful that the catalog of achievements by the Pan American Health Organization is so impressive that it is well-nigh impossible to find new areas in the health field to which attention may be directed. These suggestions are intended, therefore, to provoke thought and stimulate action toward a reorganization of priorities and a repositioning of emphasis, stress, and accent.

The Pan American Health Organization ought to challenge vociferously, vehemently, and vigorously the existing gross inequality that exists in the health status of the people of the Hemisphere. This absence of social equity in health exists within the various countries and also between developed and developing countries. This inequity is politically, socially, and economically unacceptable and calls for a pro social equity campaign.

There exists a tendency in both developed and developing countries to see development only in economic terms. Consequently, health is often considered as belonging to the "nonproductive sector." Education is necessary to enable members of Governments, the public, and aid donors to accord health its rightful place as an essential part of any development program. The need for education regarding the correct status of health leads to the next point.

The need for a carefully conceived and firmly established regional institution of health education is a sine qua non in any program which aims at health for all, in the Eastern Caribbean at least. Just as there is a need for an epidemiology center for the Eastern Caribbean, just as there is a need for a regional drug testing laboratory, so is there a need for a center to serve as the nerve, the source of inspiration, and the guide for the production of educational material, health information, and for the development of techniques in mass education and participation in matters pertaining to health.

It is in a project like the establishment and operation of a Regional Health Education Center that the Pan American Health Organization and the Caribbean Community Secretariat can find ground for the collaboration needed to avoid duplication and overlap. I understand, to my delight, that the two Organizations are searching for common ground upon which they may collaborate and are about to formalize their findings in a written agreement. I hope that I shall succeed in pointing out areas that ought to be of common interest to both in the course of this address.

It is true that through its Area Advisers or short-term consultants, the Pan American Health Organization has rendered excellent service to Antigua and Barbuda. We hope, however, now that we have become a describable entity in the Organization, that the Pan American Health Organization will make its physical presence seen in Antigua and Barbuda by the establishment of one of its institutions there.

The area of environmental health is one which calls for all the technical and financial assistance that the Pan American Health Organization can give it. Many of the countries of the Eastern Caribbean, like Antigua and Barbuda, can do with assistance in such forms as garbage trucks, skips, bulldozers, and backhoes to solve the perennial and ever-increasing problem of solid waste removal and disposal. Aid in the form of three-dimensional entities is needed by the countries as they endeavor to make potable water available to every household. The problem of solid waste collection, removal, and disposal and the need for a constant supply of potable water to all calls for very serious attention as a regional project. The same applies to vector control. It is true that considerable time, effort, and money have been spent on the control of the Aedes aegypti mosquito. Concerted efforts are called for, however, by all the territories in a campaign against all types of mosquitoes and other flying and biting insects.

Mr. President, I am mindful of the limitations of time. Therefore, I shall do no more than list the following as areas which Antigua and Barbuda recommends to the Pan American Health Organization for increased attention: management of health services; training, retraining, and retention of health personnel; care of the disabled and elderly; mental health; community participation in the identification and solution of health problems; and the health of mothers and children.

Mr. President, distinguished ladies and gentlemen, I cannot bring this address to a close without inviting you to give thought to the weightiest problem affecting health in the area: the problem of cost. We are faced with a dilemma: our determination is to achieve health for all, yet the escalating cost of health commodities and health services is rapidly placing health out of the reach of the average person. There can be no doubt, therefore, regarding the need for the mobilization of extrabudgetary resources for health development. In the Caribbean area served by the Pan American Health Organization there are many business concerns, many industries, many firms, many banks, and many individuals with tremendous potential for assisting health. Moreover, they benefit directly from a healthy work force and conversely they lose huge sums from loss of man-hours caused by ill health among the work force. I suggest that here also is an area for a joint Pan American Health Organization/Caribbean Community Secretariat approach to the business and private sectors for resources to be used toward the implementation of health programs in the countries of the Caribbean served by the Pan American Health Organization and the Caribbean Community Secretariat.

Mr. President, I would not be true to myself and to my precious country if I did not make an appeal to the international conscience on this most important subject of financing health. On the morning of 10 September I learned from the international news issued by the British Broadcasting Corporation that the Rocket Ariane, costing one and one half thousand million dollars, had crashed into the sea within minutes of takeoff. One point five thousand million dollars! Mr. President, would it not be a good thing if the Pan American Health Organization had a sum of those dimensions to spend on health projects? I suggest, therefore, the launching of a campaign by the Pan American Health Organization to raise the funds necessary for the building and launching of a rocket called PAHO Number One. The necessary funds should be raised by contributions from the Governments of the Western Hemisphere and any other humane Government willing to demonstrate in a practical manner interest in the lot of suffering humanity. Instead, however, of spending the funds upon a physical rocket, the funds raised will be spent on health programs designed to remove many of the obstacles in the path of health for all.

Our rocket PAHO Number One will probe Mother Earth. It will be equipped with all the paraphernalia necessary for the creation of a healthy environment. Our rocket will hunt down disease vectors, mark them out for destruction, and exterminate them. It will be fully equipped with all the mechanisms and aids requisite for the education of the masses in matters pertaining to their health. Our rocket, PAHO Number One, will carry an adequate supply of drugs essential to combat communicable diseases, in particular

diphtheria, whooping cough, tetanus, poliomyelitis, measles, the diarrheal and respiratory diseases, leprosy, the sexually transmitted diseases, and the vector-borne diseases like malaria, dengue fever, and yellow fever. Our rocket, PAHO Number One, will have a crew capable of mobilizing public support and participation--a crew willing to remain on earth and serve their countrymen. Our rocket will create a healthier man with a longer life expectancy living in a peaceful world. Our rocket will remain lasting evidence of what can be achieved by a positive international will to collaborate in the preservation of the fundamental right of man, regardless of color, religion, birthplace, or any other accidental circumstance--the right to live!

Mr. President, distinguished ladies and gentlemen, it will be to the increased delight of my precious little country, Antigua and Barbuda, to work with the Pan American Health Organization as a full partner in such a common and worthy enterprise.

So with these words having been spoken, it now behooves me to take my seat.

ITEM 9: REQUEST OF THE GOVERNMENT OF BELIZE FOR MEMBERSHIP IN THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

TEMA 9: SOLICITUD DE INGRESO DEL GOBIERNO DE BELICE EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): El Comité Ejecutivo aprobó en junio de 1982, por consenso, proponer un proyecto de resolución a la Conferencia que ratifique la resolución del Comité Ejecutivo de aprobar el ingreso de Belice en la OPS. Con motivo de este tema, el Observador de Guatemala al Comité Ejecutivo presentó una vasta exposición de los motivos que su país tiene para oponerse a esta admisión. Se plantearon diferentes aspectos de orden jurídico y reglamentario y el Comité solicitó al Director la preparación de un informe que fue entregado al Comité antes de terminar su reunión. Dicho informe ratifica que desde el punto de vista jurídico-reglamentario, el Comité no ve ningún inconveniente para el ingreso de Belice en la Organización. El Observador de Guatemala señaló en aquella reunión la conveniencia de proporcionar todos los antecedentes a la Conferencia así como el derecho de tratar nuevamente el tema en esta ocasión. Por lo tanto, la resolución del Comité Ejecutivo recomienda, por consenso de sus miembros, el ingreso de Belice en la Organización.

PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Guatemala.

Lic. SANTISO-GALVEZ (Guatemala): Expreso a usted, Señor Presidente, la más cordial felicitación del Gobierno de Guatemala y de mi Delegación por haber sido elegido para presidir esta asamblea. Es para mí un gran honor haber sido designado de nuevo para estar presente en las deliberaciones de este ilustre foro panamericano. Como les ha informado el distinguido Presidente del Comité Ejecutivo, el que les habla, acreditado entonces como Observador del Gobierno de Guatemala en la 88a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, celebrada en esta ciudad en junio-julio de 1982, expuso con alguna amplitud la posición firme y terminante de Guatemala en relación con el tema titulado "Solicitud de ingreso del Gobierno de Belice en la Organización Panamericana de la Salud". No repetiré ahora las razones por las que Guatemala se opone al ingreso del territorio guatemalteco de Belice en la OPS, ya que como lo manifestó el distinguido Presidente del Comité Ejecutivo, dichas razones aparecen claramente relatadas en la exposición a que me he referido, la cual figura en forma resumida en el Anexo III del Documento CSP21/6, de fecha 19 de julio de 1982, que seguramente los Señores Delegados han leído con todo cuidado y atención. Guatemala lamenta muchísimo no poder acompañar un consenso, como lo hubiera hecho gustosamente en otras circunstancias, para aprobar la solicitud de ingreso del territorio guatemalteco de Belice en la Organización Panamericana de la Salud. Por consiguiente, habiendo una objeción formal de la Delegación de Guatemala, Gobierno Miembro fundador de esta Organización, la solicitud tendrá que ser sometida a votación. En tal caso, Señor

Presidente, muy atentamente le pido que la votación sea nominal. Además, le ruego se sirva permitirme hacer una breve declaración en nombre del Gobierno de Guatemala, que, por ser breve pero muy importante para mi país, atentamente le solicito sea consignada textualmente en el acta de la presente sesión. Con su venia, Señor Presidente, formularé la declaración. Dice así:

Guatemala reitera en esta Conferencia sus legítimos derechos sobre el territorio de Belice, los cuales se fundamentan en sólidos argumentos históricos, geográficos, jurídicos, políticos y morales, que son del amplio conocimiento de la comunidad internacional. Solemnemente, por lo tanto, hace expresar en este foro, sus incuestionables derechos sobre dicho territorio. Guatemala ratifica su decisión de encontrarle al caso de Belice una solución digna, justa y equitativa que tenga en cuenta los legítimos derechos de Guatemala y los intereses de la población beliceña. A esta solución puede llegarse a través de un proceso de negociaciones directas entre Guatemala y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, que no puede desligarse de sus responsabilidades históricas en este referéndum. Mientras no se llegue a un arreglo definitivo de esta secular controversia, Guatemala reafirma en esta reunión internacional, que no reconoce la independencia unilateral concedida a Belice por la Gran Bretaña; que tampoco reconoce a Belice como Estado, ni le reconoce fronteras.

El Artículo 8 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos veda el ingreso al Sistema Interamericano de cualquier entidad política cuyo territorio esté sujeto, total o parcialmente y con anterioridad a la fecha del 18 de diciembre de 1964, fijada por la Primera Conferencia Interamericana Extraordinaria, a litigio o reclamación entre un país extracontinental y uno o más Estados Miembros de la Organización, mientras no se haya puesto fin a la controversia mediante procedimiento pacífico. Dicho Artículo figura en la Carta de la OEA como un medio de proteger a los Estados Americanos Miembros de la OEA en sus reclamaciones o litigios territoriales con potencias extracontinentales. A Belice le es totalmente aplicable el espíritu y la letra de dicho artículo, y como la Organización Panamericana de la Salud es un organismo especializado de la OEA, es evidente que si Belice no puede ingresar a la propia Organización tampoco lo puede hacer a uno de sus organismos vinculados para que no resulte la situación de que, a través de procedimientos de ingreso a los organismos especializados, un territorio en litigio entre un país americano y una potencia extracontinental, se eluda la aplicación de un artículo expreso consignado en la propia Carta de la OEA, que le da vida jurídica a todo el Sistema Interamericano. Por tales razones, Guatemala, muy a su pesar, se opone al ingreso de Belice en la Organización Panamericana de la Salud.

Señor Presidente, tengo instrucciones de mi Gobierno para hacer un fraternal llamado a los distinguidos delegados de todos los países amigos aquí presentes, países que han sido siempre respetuosos del derecho y de la justicia, para que no aprueben por ahora la pretensión del Gobierno de Belice de ingresar en la OPS. Tal caso causaría otro muy grave perjuicio para un pueblo como el guatemalteco, que desde hace más de 100 años lucha por la reivindicación de sus legítimos derechos sobre un territorio que le ha sido arrebatado por la fuerza de una potencia colonialista extracontinental.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Jamaica.

Dr. BAUGH (Jamaica): On behalf of the Government of Jamaica I wholeheartedly support the request of Belize for membership in the Pan American Health Organization. Prior to and since its independence, Belize has been an active participant in many of the regional organizations. Last year, I had the pleasure of attending in Belize the CARICOM Conference of Health Ministers, which was hosted and expeditiously chaired by the Minister of Health of Belize. We firmly believe that the membership of Belize in the Organization will be beneficial both to Belize and the other Member Countries. We certainly believe that the goal set by WHO, the regional efforts of PAHO, the policies being enunciated here, the sharing of experience and expertise, and the activities at the country level

(which we have heard about in the acceptance speech of Antigua and Barbuda), and the wealth of information that has been developed should not be denied to any country of this Hemisphere. It must be accessible to all countries in the Region. We anticipate active participation by Belize, and we look forward to working very closely with the Belize delegation at this regional level, as we have been doing in the CARICOM countries.

El PRESIDENTE: Antes de darle la palabra al delegado que la haya solicitado—y tengo en lista a Guyana, Barbados, Santa Lucía y Grenada—ruego que en caso de que algún delegado tenga un punto de orden se ponga de pie para poder reconocerlo de inmediato.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Guyana is happy to welcome independent Belize, a young nation, to the Pan American Health Organization. For us in Guyana "health for all" means "health for all" and especially in the Americas, for all the people of America. Dr. Mahler said this morning that time is running out. Peace is important and if we allow frontiers to inhibit the strategy of health for all within the Region, while at the same time claiming that we subscribe to the Declaration of Alma-Ata, we are hypocritical in our approach. We cannot attempt to prevent a recognized independent nation, a nation that has been accepted and has established diplomatic relations with other countries, a nation that is a member of the United Nations, from being a member of this honorable Organization.

I would like to refer to the point made by the Delegate of Guatemala about membership of the OAS being relevant to membership in PAHO: I think it has no relevance. PAHO is an independent body, as is the OAS. Guyana is not a member of the OAS, but it is a member of PAHO. We support wholeheartedly the membership of Belize in PAHO. We feel that its experience in the area of health can be beneficial to us in the Region and to the world at large—that is, if we are talking about sharing, and are serious about the whole approach to health for all. Belize has gained good experience in dealing with the community; we can learn from it and assist mankind in really achieving health for all by the year 2000. Therefore, I strongly recommend and urge all Member Governments, even Guatemala, to support Belize's request for membership in this wonderful Organization.

Dr. BRATHWAITE (Barbados): I speak in defense, as well as in support, of the request of Belize for admission to this Body. To me, the Delegate of Guatemala is out of order: this is not the place for the type of arguments he has used. There are international bodies, such as the International Court of Justice, in which the arguments he advanced can be settled. The problems of Guatemala and of Belize have been dealt with for the past seven years; what is important is not territorial claims, but people. People matter. Can we as a health organization, operating within the Americas, as so well stated by the distinguished Delegate of Guyana, exclude the good people of Belize on account of some whimsical claim by Guatemala? How would Guatemala know whether the people of Belize would want it to have control over them? It is for the Belizeans themselves to elect the Government of their choice—it is their decision.

I do not think we should be constantly harassed by becoming a fashionable international forum for people to raise their claims unnecessarily and actually to delay the progress of our discussions by raising all types of political issues. I regret very much that PAHO is being regarded as an area or an institution where political matters should be discussed in the manner in which the Delegate of Guatemala did here today. With its 110,000 people, Belize has fought very hard and untiringly to obtain a niche in the world. They have by their own action obtained it: who are we here to deny them their right to decide? All peoples of the world, no matter where they live, are entitled to decide on the government of their choice. If the people of Belize had wanted Guatemala to be in control, they would have invited it in and welcomed it. I am aware that this is the feeling of the Belizeans and I am sure that the Guatemalans are not going to fight in order to have a situation in which Belize makes a demand on them to renounce their claim to sovereignty of Belize, so I feel that they should allow the Belizeans to be at peace with themselves. From the time they were struggling for their independence and ever

since, Belizeans have proved themselves to be a capable and steady people willing to work with all peace-loving people in the world. The question of sovereignty at this point in time should not be an issue--Belize is a sovereign, independent country and there is nothing that can turn the clock back now. Any attempt to revert to the former position or to a worse position than the former one is going to lead to bloodshed, which this forum of PAHO will not want to see. As a matter of fact, because of our profession and the interests which we serve, we do not want to see the loss of life, we do not want to see harm done to people. Therefore I would advise the good people of Guatemala to try to live at peace with their friends next door. Let there be peace and love among all men. It is people that matter and not territories, because you can have territories today and none tomorrow. Guatemala has to be very careful, lest the territory or country next door to it feels at some future time that it wants to make claims on Guatemala as well. Should that time come, I myself will stand up and defend the rights of the Guatemalans to keep their country intact. It is my firm conviction that this Body should ignore any arguments to the contrary and I would venture to hope that the Guatemalans will see the necessity of either supporting this application or abstaining from voting on it. I hope that a spirit of goodwill will pervade all of us here today to make that positive decision which is right for this institution and not make a mockery of it by raising issues that are not relevant to us and cause the international community to think that we are making fun on this occasion.

El PRESIDENTE: Con la venia de la sala, cúpleme informar que hay cuatro delegaciones cuyas credenciales todavía están pendientes de aprobación. Por lo tanto, solicitamos a la Comisión de Credenciales que se reúne en el Cuarto 203, para que pueda examinar las credenciales de Antigua y Barbuda, Bolivia, Santa Lucía y Suriname, de manera que en el momento oportuno dichos países puedan ejercer su derecho de voto. Tiene la palabra el Delegado de Grenada.

Dr. DE RIGGS (Grenada): My Delegation is of the view that it is lamentable and politically dangerous for the sovereignty of Belize to be questioned in this forum. We reject the suggestion that this issue should be discussed at this meeting. It is a totally inappropriate forum to discuss fundamental questions regarding the right of sovereignty and the exercise of that right by the sister Caribbean country of Belize. Even if this were the appropriate place, there is no question about the sovereignty of Belize. The reality is that Belize is completely and fully recognized as a sovereign, independent, legitimate State. As long ago as 1960, through the United Nations General Assembly Resolution 1514, Belize claimed its independence and sovereignty, and today the United Nations, like so many other bodies, accepts and recognizes the sovereignty of Belize. In less than 24 hours Belize will be celebrating the first anniversary of its independence, and we wish to take this opportunity to congratulate it on what is a great achievement. We believe that all Members of PAHO should join in congratulating Belize on this historic step forward out of colonialism. On behalf of the Government of Grenada, my Delegation is proud to give wholehearted support to the request by Belize for membership in the Pan American Health Organization. We are confident that Belize would both benefit from, and contribute to, our regional health organization. Grenada joins in what no doubt will be a happy consensus in admitting Belize to full membership in the Organization.

Dr. KEY (United Kingdom): The Government of my country wishes to record its full and wholehearted support of the Government of Belize in its request to join the Pan American Health Organization. Belize has been an independent country and a full member of the United Nations for exactly one year; my Government can see no reason why Belize should not be admitted to full membership in PAHO and we intend to vote in favor of its admission. My Delegation recognizes that Belize has special health problems different from most of the other small island Caribbean States and that the Government of Belize will wish to look for different ways of addressing and solving them. I wish only to assure the Government of Belize of my Government's readiness to continue to cooperate and assist in any way we can and of our pleasure at their presence here today in this auditorium.

Mr. BALLANTYNE (Saint Vincent and the Grenadines): A year ago I listened with pride and satisfaction to the many words of welcome addressed by Members of this Organization to Saint Vincent and the Grenadines on being admitted to membership in our illustrious organization. Today it gives me great pleasure and satisfaction to support and welcome Belize as a Member of PAHO. Like other Members of this Organization, I believe that no matter where we come from, no matter what our political affiliation may be, or our color may be, we are one people upon this earth. We are all God's creatures. I would like to quote the words of a very distinguished political figure in my country: "Let them know that righteousness is mightier than sin, that might is only selfishness and cannot prevail or win."

I am happy to say I am a descendant of the Caribs and the people of Belize are Caribs, as far as history goes. I strongly support Belize's membership in this Organization, and reject the claim of Guatemala. The question that comes to my mind is how much are the people of Guatemala and the Government of Guatemala concerned about the people of Belize if they are today trying to prevent the Government of Belize from becoming a member of this Organization; an Organization which was set up to help people, an Organization which is concerned about the health of people. If Guatemala is trying to prevent this, how great is its concern for the people of Belize? Once again I join with other Members of this Organization in supporting the membership of Belize in the Pan American Health Organization.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): First of all I must congratulate the distinguished Delegate of Guatemala for his able presentation today. I must also congratulate Mr. Santiso-Gálvez for his presentation of his country's case at the 88th Meeting of the Executive Committee. A lot of scholarship and research went into that presentation but nowhere did it touch on the principal matter before the session. This forum is not concerned with political boundaries. If anybody wishes to speak about political boundaries, they will have to find another forum. Diseases have no boundaries, and I am afraid the distinguished Delegate from Guatemala did not look at the provisions of the PAHO Constitution, which tells us that all States that are Members of the Organization are American States. Belize is an American State and therefore there is absolutely no objection to its being admitted as a Member of this Organization.

I call attention to the conclusions in Document CSP21/6 Annex IV, in which the Secretariat sets out the five criteria for joining this Organization: 1) the PAHO Constitution states in Article 2.A that all American States are entitled to membership in the Organization. This is consistent with the history of the inter-American health system; 2) American States are those entities with a) a people, b) a territory, c) a government whose seat is located in the Western Hemisphere, and d) a capacity to enter into international relations with other States; 3) PAHO's status as an Inter-American Specialized Organization, recognized in conformity with Chapter XXI of the Charter of the OAS, could not, and does not, purport to amend this PAHO Constitutional provision. Precedent exists for admission to PAHO of non-OAS American States; 4) In practice, new Member Governments have indicated their willingness to accept the provisions of the Pan American Sanitary Code and the PAHO Constitution, prior to admission to PAHO, but this is not a formal legal requirement for admission; and 5) Thus, all entities which are American States are entitled to admission to PAHO; Article 2.A of the PAHO Constitution contains the sole legal requirements for admission of new Member Governments.

Consequently, there is absolutely no objection to Belize's application and the case presented by Guatemala is not only weak but is absolutely without merit, though it was very well presented. I take this opportunity, Mr. President, to support the membership of Belize in PAHO.

Dr. BROUELLE (Francia): Notre Délégation voudrait s'associer aux autres délégations qui ont apporté leurs voix à l'admission de Bélize dans notre Organisation. Nous

voudrions souhaiter la bienvenue à Belize et, sans revenir en arrière, étant donné que nous étions absents au début de cette réunion, nous sommes également heureux d'accueillir Antigua-et-Barbuda en tant que voisins d'abord et ensuite comme compagnons de travail dans cette Organisation.

Dr. RAMIREZ (Cuba): La Delegación de Cuba ha analizado varios aspectos; en primer lugar el de que Belice pertenece a las Naciones Unidas, y en segundo lugar el de que cualquier país de la Región puede ser Miembro de la Organización Panamericana de la Salud. Además, la propia Organización creó una comisión jurídica que hizo un análisis completo de todos estos aspectos, llegando a la conclusión de que tenía validez la solicitud presentada por Belice. Por lo tanto, la Delegación de Cuba apoya resuelta y firmemente el ingreso de Belice en la OPS.

Mr. MAYNARD (Dominica): There are two observations I would like to make on this resolution, one procedural and the other substantive. What I wanted to say if I had had the opportunity of raising a point of order was as follows: it appears to me that the Executive Committee requested a legal opinion on the admissibility or otherwise of Belize and that the opinion it received indicated quite clearly that there was no legal impediment to the membership of Belize. It appears to me, therefore, that when the distinguished Delegate of Guatemala was attempting to raise arguments against the membership of Belize these were extralegal arguments and therefore should have been ruled out of order. I would have thought that if at that stage you had been able to catch my eye, Mr. President, we would not have had all these speeches, and what is more, we would not have a possible repetition of this issue in this forum.

The substantive observation I would like to make is that, if I had not been present at this meeting, I would not have believed that in the glaring light of the latest part of the twentieth century with, as pointed out by the Director-General of WHO, 18 years to go before we reach the point of attaining the objective of health for all by the year 2000, we could have heard the kind of objection raised here this afternoon in relation to a member of the international community.

It seems to me very important in a forum like this, first to recognize the point that has been made by the distinguished Delegate from Saint Vincent. Sometimes when I travel and I present my passport to determine whether I can enter a country or not, I reflect upon how sad it is that we have carved up, as we wish, the property of the great Almighty as if He had given us licence arbitrarily to do this at our whims and fancies. It is a great thing that we have the good sense to say to ourselves that at this point in time the best we can do for humanity is to have the maximum possible collaboration and cooperation in the various activities of life. That will guarantee our mutual survival. I think that if Guatemala, as it must, has an interest in its own survival, it would support a measure which ensures the participation and active membership of another group of countries in the Americas in the interest of health for all by the year 2000. I heartily endorse the application of Belize for membership.

Dr. JARAMILLO (Costa Rica): Señor Presidente, con el respeto que me merece el hermano país centroamericano de Guatemala, Costa Rica considera que si en algo hay que demostrar solidaridad y humanidad es en los problemas de salud. Así pues Costa Rica apoya plenamente el ingreso de Belice en la OPS.

El PRESIDENTE: ¿Nadie más quiere hablar de este tema? Antes de pasar a la votación voy a pedir a la Comisión de Credenciales que presente el informe sobre algunas de las credenciales que quedaron pendientes en el primer informe de esa Comisión.

SECOND REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. BALAGUER (Uruguay): La Comisión de Credenciales celebró su segunda sesión el 20 de septiembre de 1982 a las 4:36 p.m. Se examinaron y encontraron aceptables las

credenciales de los delegados, suplentes y asesores de los siguientes países: Antigua y Barbuda, Bolivia y Santa Lucía.

El PRESIDENTE: En discusión el informe de la Comisión de Credenciales.

Decision: The second report of the Committee on Credentials was approved.

Decisión: Se aprueba el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

ITEM 9: REQUEST OF THE GOVERNMENT OF BELIZE FOR MEMBERSHIP IN THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (conclusion)

TEMA 9: SOLICITUD DE INGRESO DEL GOBIERNO DE BELICE EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (conclusión)

El PRESIDENTE: Vamos a pasar ahora a la votación sobre la solicitud de ingreso del Gobierno de Belice a la OPS. Como el Delegado de Guatemala ha pedido una votación nominal, el Secretario dará lectura al Artículo 47 del Reglamento Interno de la Conferencia, referente a las votaciones.

Dr. EHRLICH (Secretary): Rule 47 of the Rules of Procedure of the Conference covers the request for a roll-call vote. It reads as follows: "The Conference shall normally vote by show of hands except that any delegation may request a roll-call vote, which shall then be taken in the alphabetical order of the delegations as expressed in the language of the country where the meeting is held. The delegation to vote first shall be determined by lot."

El PRESIDENTE: Vamos a proceder al sorteo. Le vamos a pedir al Dr. Mahler, Director General de la OMS, que saque el nombre del país al que corresponde votar primero. Le corresponde a Santa Lucía. Pero antes de votar vamos a leer el proyecto de resolución por el cual estamos votando.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the formal request for membership in the Pan American Health Organization made on behalf of the Government of Belize by the Prime Minister (Minister of Foreign Affairs) in a communication dated 17 March 1982; and

Considering that the Government of Belize has declared its readiness to accept all the obligations of the Constitution of the Pan American Health Organization, to comply with the provisions of the Pan American Sanitary Code, as amended by the Additional Protocol of 24 September 1952, and to contribute by means of a quota assessment to the financial support of the Organization,

RESOLVES:

1. To approve with satisfaction the request of the Government of Belize for membership in the Pan American Health Organization.
2. To instruct the Director to transmit this decision to the Member Governments of the Organization.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la solicitud oficial de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, formulada en nombre del Gobierno de Belice por el Primer Ministro (Ministro de Asuntos Exteriores) de ese país en una comunicación de fecha 17 de marzo de 1982, y

Considerando que el Gobierno de Belice se ha declarado dispuesto a asumir todas las obligaciones previstas en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, a cumplir las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, enmendado por el Protocolo Anexo del 24 de septiembre de 1952 y a contribuir con la cuota que se le fije como apoyo financiero a la Organización,

RESUELVE:

1. Aprobar con satisfacción la solicitud de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, presentada por el Gobierno de Belice.

2. Pedir al Director que transmita la presente decisión a los Gobiernos Miembros de la Organización.

At the request of the Delegate of Guatemala,
the vote was taken by roll-call.

A solicitud del Delegado de Guatemala,
se procede a votación nominal.

Saint Lucia, having being drawn by lot,
was called upon to vote first.

Efectuado el sorteo, corresponde votar
en primer lugar a Santa Lucía.

In favor: Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines; Trinidad and Tobago, United Kingdom; United States of America; Antigua and Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Bolivia; Brazil; Canada; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; France; Grenada; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Kingdom of the Netherlands; Mexico; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru.

Against: Guatemala.

Votos en contra:

Abstentions: Uruguay; Venezuela.

Abstenciones:

Decision: The result of the vote was 32 in favor and 1 against, with 2 abstentions.

Decisión: El resultado de la votación es 32 votos a favor, 1 en contra y 2 abstenciones.

The PRESIDENT: We ask Mr. Leslie, Ambassador of Belize, to please step forward and place his flag on the podium.

The Delegate of Belize, Mr. Robert A. Leslie,
then proceeded to place the flag of his country on the podium among
those of the other Member Governments.

El Delegado de Belice, el Sr. Robert A. Leslie,
procede seguidamente a instalar en el estrado la bandera de su país
entre las de los demás Gobiernos Miembros.

Applause.

Aplausos.

Mr. Leslie (Belize): One more victory for Belize and for the world. Thank you very much. Mr. President, distinguished ladies and gentlemen, on behalf of the Government and the people of Belize I have the honor of thanking the Executive Committee, the

Director of the Pan American Sanitary Bureau, and PAHO for accepting the request of the Government of Belize for membership in this hemispheric health organization. It is of historic moment, that tomorrow, indeed less than 24 hours from now, Belize celebrates its first anniversary of independent and sovereign life as an American nation. Belize—its 145,000 people, secure in well-defined borders in the American continent under the leadership of a constitutionally elected government—is a member of the United Nations, a member of the Commonwealth of Nations, of the Caribbean Community, and of the Non-Aligned Movement. We participate fully in the World Bank, and we are a member of the International Monetary Fund.

As a UN member, we participate in all the organs of the United Nations and we fully expect to be admitted to membership in all its specialized agencies. We have been recognized by practically all of the nations of the world, and we have established diplomatic relations with most. Our membership in the Pan American Health Organization is a natural consequence of our existence as a full, sovereign, independent nation in the Americas.

Belize is no stranger to PAHO. As early as 1965, fully 17 years before we became independent, PAHO established an office in Belize with a Country Representative and a technical officer for malaria eradication. In January 1969, a joint agreement was signed between PAHO, UNICEF, and the Government of Belize to strengthen the basic health services of Belize. Since that time, PAHO has been actively involved in the health program of Belize, particularly in malaria eradication, control of the *A. aegypti* mosquito, maternal and child health, the Expanded Program on Immunization, environmental sanitation, training of technical and professional workers in the field of health, assistance to the school of nursing, and the organization of the health services.

We see our new position as a sovereign, independent nation in Central America, with our very close historical and cultural ties to the nations of the Caribbean, as a dynamic opportunity to bring new dimensions of relevance to PAHO's role in this Hemisphere.

Belize is prepared to fulfill all the financial and other obligations of membership in accordance with the Constitution of the Organization and in the spirit of technical cooperation between developing countries, and will cooperate fully with all Member Countries in the work of the Organization.

We are also prepared to join any regional or international organization that is committed, as we are, to the attainment of the goal of better health for all our peoples.

ITEM 10: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

TEMA 10: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

El PRESIDENTE: Considero que el Presidente del Comité Ejecutivo podrá presentar su informe esta tarde y, posiblemente, la discusión del informe se podría iniciar mañana a las 9 de la mañana.

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): Muchas gracias, Señor Presidente. Quiero advertir que voy a ser muy breve porque está ante los Delegados el documento CSP 21/27, en donde consta el informe, y porque algunos de los temas que voy a tocar ya han sido tratados por la Conferencia. Se pretende solamente presentar los aspectos más relevantes de las dos reuniones que el Comité Ejecutivo ha celebrado en el período correspondiente. La primera reunión, que es la 87a, se realizó en Washington, D.C., el 1 de octubre de 1981. Además de elegirse la Mesa Directiva del Comité, fueron aprobadas dos resoluciones, una para autorizar al Director a que diera la garantía conjunta e individual de la OPS por las obligaciones financieras contraídas por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, en relación con el Programa de Libros de Texto que tiene la Organización

con sus Países Miembros; esto significa un ahorro de dinero importante que a juicio del Comité Ejecutivo, estaba ampliamente justificado. La segunda resolución importante de esa breve reunión fue la referente a la delegación por el Comité Ejecutivo de parte de sus funciones y autoridad suficiente en el Subcomité del Consejo Directivo de la Organización en relación con el proyecto del nuevo edificio Governor Shepherd, con el propósito de hacer más expedita la acción del Comité y la del Director.

Con respecto a la reunión más importante, que fue la de junio-julio de 1982, la 88a, quisiera señalar dos hechos desde un punto de vista administrativo: primero, que hubo que reemplazar al Vicepresidente nombrado en la reunión anterior, el Dr. Solís de Nicaragua, y al Relator, el Sr. Miller de Jamaica, respectivamente, por la Lic. Guido, Ministro de Salud Pública de Nicaragua, y por la Dra. Bowen-Wright de Jamaica, en ambos casos pro tempore. Se destacó en esa reunión que el número de observadores era de 11, o sea superior al de Miembros del Comité, que es solo de nueve. El Gobierno de Chile solicitó estudiar una reglamentación pertinente respecto a los observadores, ya que solamente existe una mención en la Constitución de la OPS, con el propósito de hacer más expedita y facilitar la participación de todos dentro del espíritu de la reglamentación que guía al Comité Ejecutivo.

Quisiera destacar también algunos temas de esa reunión que por su importancia creo que se podrán discutir como parte del programa de esta Conferencia. En primer lugar se consideró el tema 5 del programa, sobre el Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales de salud para todos el año 2000, y el Director dio cuenta de los avances que se están logrando en ese campo para hacer una realidad esta estrategia y poner en marcha todos los elementos necesarios para el éxito del Plan, que va a comenzar a ejecutarse en el bienio 1984-1985. Se dio cuenta en esa reunión de los seminarios que sobre el tema se están realizando mensualmente en Washington, D.C., para los diferentes países, a partir de febrero, y que, con la excepción de septiembre, continuarán hasta diciembre. Estos seminarios han permitido preparar y capacitar a las personas de los diferentes países que cada Gobierno ha estimado conveniente enviar.

La 88a Reunión fue precedida por la reunión del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, así como por la del Subcomité Especial sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, que se ocupa de las actividades del programa y del problema de las mujeres en el campo de la salud, tema de extraordinaria importancia. Ambos Subcomités formularon recomendaciones al Comité Ejecutivo. Quisiera destacar la importancia de la participación de la mujer en el campo de la salud, que nuevamente señaló el Comité Ejecutivo, como lo ha hecho el Consejo Directivo, y creo que la Resolución VII titulada "La mujer en la salud y el desarrollo", aprobada en junio de 1982, manifiesta claramente cuál es el espíritu y la importancia que la Organización, a través de los Cuerpos Directivos, atribuye a este asunto. Además, para asegurar la continuidad de las actividades del Subcomité Especial, se aprobó que Panamá reemplazara a México como miembro del mismo a partir de septiembre de 1982, cuando expira el término de su mandato.

Asimismo, se aprobó para las Discusiones Técnicas de la XXX Reunión Consejo Directivo (1984) un tema que es de extraordinaria importancia, el del aumento de la capacidad de operación de los servicios de salud, con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Consideramos que este es uno de los temas más candentes en la actualidad para poder hacer carne y realidad este objetivo que ya ustedes conocen muy bien y que tan fuertemente han señalado, tanto el Dr. Mahler como el Dr. Acuña, en la mañana de hoy.

Con respecto a la capitalización del Fondo Rotatorio del PAI, solamente quiero señalar que discutimos el tema porque figura en el programa y no tendría ningún propósito repetir lo que van ustedes a discutir durante esta Conferencia. Pero quisiera señalar una recomendación que hizo el Comité Ejecutivo a través de una resolución, de crear un comité asesor del Director para el PAI que se reunirá cada vez que el Director lo estime

conveniente para aquellos temas pertinentes que sean de gran actualidad y de gran importancia para nuestra Región. De ninguna manera se trata de duplicar la labor global de la OMS en esta materia, sino de complementarla, de suerte que permita realizar este programa tan prioritario, y que si la salud del año 2000 es mañana, yo diría que el cumplimiento del Programa de Inmunización en 1990 es esta tarde. Por lo tanto, le damos especial importancia a esa recomendación.

Hubo una extensa discusión sobre la admisión de suministros de importancia crítica para la salud y creo que el tema ya ha sido especialmente tratado por el Dr. Mahler. Figura en el programa, y por lo tanto quisiera insistir en el consenso de los Países Miembros del Comité Ejecutivo y de los observadores que participaron en la mencionada reunión— que como ya señalé fueron 11, y con los ⁹ miembros suman 20 y, por lo tanto, constituyen la mayoría de los de la Organización. Para hacer resaltar la importancia del tema y no solamente la importancia de que la Organización desempeñe el papel catalizador que le corresponde y la responsabilidad que incumbe a cada país en relación con la política sobre medicamentos esenciales, quiero señalar que algunos ya han cumplido sus compromisos y otros están en la fase de cumplirlos, lo que es una realidad permanente, no transitoria.

Se consideró también la evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con sede en Lima, con respecto al cual se aprobaron las recomendaciones presentadas por el grupo de evaluación constituido por expertos. Este también es tema de la Conferencia y por lo tanto, no me extenderé más a este respecto.

El tema "Estudio de las funciones de las Oficinas de Área de la Oficina Sanitaria Panamericana" me parece especialmente importante. Ha habido consenso en los Cuerpos Directivos de la Organización, tanto en el seno del Comité Ejecutivo, como en el del Consejo Directivo, acerca de la necesidad de evaluar la función de las Áreas, no con el propósito necesariamente de suprimirlas, sino de ver cómo las podemos mejorar y qué modificaciones serían pertinentes. Y la única manera consiste en realizar una evaluación que nos permita hacer un buen diagnóstico para aplicar a su vez una magnífica terapéutica con respecto a este problema que se hace candente, porque, como veremos más adelante en cuanto al presupuesto, se han propuesto algunas modificaciones que van a incidir en la función de las Áreas. Varios países han insistido en esta necesidad, y creo que todos los pasos que la Organización ha dado a través del Director van en el camino de poder realizar esta evaluación y recomendar a los Cuerpos Directivos que se tome una decisión sobre cómo mejorar este nivel intermedio de nuestra estructura dentro de la OPS.

También se escuchó el informe sobre el edificio Governor Shepherd preparado por el Subcomité pertinente (Estados Unidos de América, Jamaica y Chile), con el propósito de buscar las soluciones más adecuadas con respecto a todos los factores que están interviniendo en la decisión sobre la construcción y tipo del edificio nuevo, que, naturalmente, guarda íntima relación con el momento económico que están viviendo los Estados Unidos de América y, en general, todo el mundo. Por lo tanto, las recomendaciones que se sugirieron fueron en el sentido de dar el máximo impulso para llegar a una solución que sea adecuada no solamente para este preciso momento, sino también mirando hacia el futuro para disponer de un edificio que no solamente atienda a las necesidades de la Organización, sino también a otros propósitos si así se estima conveniente.

Se aprobó el ingreso de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas en calidad de observador de la OPS. Otro tema que tal vez es uno de los más importantes, y que va a ser discutido por la Conferencia, es el relativo a los criterios y pautas de la OPS para el presupuesto bienal de 1984-1985 y las proyecciones presupuestarias provisionales de la OMS para la Región de las Américas para el mismo período. En el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo hubo consenso de aumentar los fondos del presupuesto ordinario de la OPS a nivel de país y a través de una resolución del Comité Ejecutivo se recomienda a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe que este porcentaje, que actualmente es de un 29% aproximadamente, no sea menor al 35% del presupuesto

ordinario de la Organización. Se tomó en cuenta, en forma provisional, la asignación de \$50 millones y fracción que la OMS ha propuesto para las Américas. Naturalmente esto tiene que ser de carácter provisional, ya que el presupuesto de la Organización va a ser discutido en enero de 1983 por el Consejo Ejecutivo de la OMS y en mayo será aprobado por la Asamblea.

Con respecto al informe sobre la recaudación de las cuotas, que se discutió en detalle, se insistió nuevamente en la necesidad de que los países paguen sus contribuciones oportunamente. La única manera de cumplir el compromiso que todos queremos tener juntos a fin de lograr la salud para todos es pagando las cuotas oportunamente.

También se aprobaron algunas disposiciones que van a ser comentadas en el tema correspondiente en el programa de la Conferencia, sobre aquellos países que tienen atrasos en el pago de sus cuotas a la Organización, pero que están haciendo un verdadero esfuerzo por ponerse al día. En el documento anterior aparecían igualmente morosos por razones de orden reglamentario, pero se están haciendo las modificaciones pertinentes para que se vea el esfuerzo que algunos países están haciendo para poder ponerse al día en sus deudas.

Por otra parte, se aprobó el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al bienio 1980-1981.

Declaramos con satisfacción la concesión del Premio OPS en Administración al Dr. Julio César Mérida de León de Guatemala. Creo que el Dr. León, con todos sus antecedentes, es un excelente agraciado de este premio importante que ha establecido la Organización para estimular los trabajos en el campo de la administración.

Asimismo, el Comité discutió las enmiendas al Reglamento del Personal en el contexto de las enmiendas del Reglamento de Personal de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados, y se aprobaron todas menos una, que se refiere a las ausencias sin licencia y sin autorización aparente, de acuerdo con la misma posición que había adoptado la OMS, para un mejor estudio del asunto. Como ello se podría prestar a algunos inconvenientes, se ha pedido a los grupos que ya existen dentro de la Organización, y que ha organizado el Director, que, en forma conjunta, con el personal de la Organización, traten de encontrar una solución que seguramente va a ser una de feliz término, señalando que los mismos inconvenientes que se presentaron aquí en la OPS ya se habían presentado en la OMS.

Se aprobaron las enmiendas al Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, que se refieren exactamente a lo que ustedes aprobaron hoy día, con el propósito de hacerlo compatible con el del Comité Ejecutivo y con el del Consejo Directivo. Ahora los tres Cuerpos Directivos están sujetos a las mismas reglas, como debe ser.

Por último, en otros asuntos, se trataron varios aspectos de orden técnico que se refieren a las enfermedades de transmisión sexual, al problema del dengue y del control y erradicación del A. aegypti. Este último va a ser un tema de la Conferencia; por lo tanto, no hace falta ahondar mucho sobre él.

Para terminar, el Comité Ejecutivo aprobó una resolución de orden general en relación con los embargos, señalando que es un tema que preocupa, ya que no debieran existir embargos entre ninguno de los países que forman parte de la Región. Creemos que el Comité Ejecutivo de esta manera ha dado fiel cumplimiento a las funciones que la Constitución y los Reglamentos le señalan. Es importante señalar dos cosas que a mí me preocupan especialmente: una me preocupa porque hay que darle solución, y la otra me preocupa que se mantenga, y es el espíritu de colaboración, de solidaridad y de fraternidad con que los países enfocan los problemas que nosotros tratamos. En la inmensa mayoría de las ocasiones, y por lo tanto la excepción no es válida para darla como argumento en contra, debemos mirar las cosas desde un punto de vista del ser humano y desde un punto

de vista técnico. El otro asunto que nos preocupa es la reglamentación que señalé al comienzo sobre los observadores. Esperamos que en la 90a Reunión del Comité Ejecutivo, de junio-julio de 1983, pueda adoptarse una resolución que permita reglamentar en la forma más pertinente la participación de los observadores, para hacer del Comité Ejecutivo no solamente un ente operante sino también para poder acoger en su verdadera magnitud la colaboración que los países observadores hacen durante la reunión.

The session rose at 5:20 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:20 p.m.

THIRD PLENARY SESSION
TERCERA SESION PLENARIA

Tuesday, 21 September 1982, at 9:00 a.m.
Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.

President: Dr. Gaspar García de Paredes Panama
Presidente:

Later: Dr. Neville Connell Trinidad and Tobago
Más tarde:

ITEM 10: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE (continued)
TEMA 10: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO (continuación)

ITEM 11: QUADRENNIAL REPORT, 1978-1981, AND ANNUAL REPORT, 1981, OF THE DIRECTOR OF THE
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
TEMA 11: INFORME CUADRIENAL, 1978-1981, E INFORME ANUAL, 1981, DEL DIRECTOR DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA

El PRESIDENTE: Señores Delegados, hay quórum y vamos a dar inicio a la sesión. Tenemos en el orden del día el tercer informe de la Comisión de Credenciales pero la Comisión ha pedido que se posponga el tema hasta más tarde, ya que no tiene el informe confeccionado. Los temas 10 y 11, el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y el Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, están tan ligados que vamos a hacer la presentación de este último informe y seguidamente pondremos a discusión los dos informes conjuntamente.

Dr. ACUÑA (Director): Quiero referirme específicamente al Documento Oficial 183.

Tengo el destacado honor de someter a la consideración de los distinguidos delegados ante esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana el informe sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud y de sus Gobiernos Miembros durante los últimos cuatro años, junto con el informe anual correspondiente a 1981.

El Documento Oficial 183 no se limita a enumerar nuevas actividades y adelantos que hemos conseguido durante el segundo mandato en el que he tenido el honor de servir a ustedes y, por su conducto, a los pueblos de las Américas en calidad de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. El documento registra realísticamente una evolución histórica de los logros, análisis y aspiraciones de cada uno de los países de la Región.

Desde que en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud se adoptó la estrategia de atención primaria como la base para el logro de la "salud para todos", hemos avanzado constante y decididamente hacia nuestro objetivo. Juntos hemos evaluado los resultados del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980. Juntos hemos transformado las estrategias individuales de cada país encaminadas a la salud para todos en una estrategia regional que se orienta hacia el logro de esa meta. Y por último, juntos hemos traducido esa estrategia en un Plan de Acción que fija una trayectoria con el fin de llevar la salud para todos a los pueblos de las Américas.

El Plan de Acción es un marco de referencia para que los Gobiernos Miembros revisen y modifiquen convenientemente sus políticas y planes nacionales de salud. Al igual que la estrella del norte para los antiguos marinos, el Plan de Acción ofrece un punto de partida y es una señal constante que marca la dirección a seguir. Cada uno de los países

determinará con el tiempo su orden particular de prioridades. Cada uno elegirá el camino según su propio concepto histórico. Para cada uno, el Plan de Acción será una pauta básica que impulse los progresos en el Hemisferio y facilite la búsqueda en común de soluciones para los problemas que a todos afectan.

Para la Organización, el Plan de Acción es una directriz central reorientadora de la cooperación técnica de la OPS en los próximos 18 años.

El Plan de Acción contiene innovaciones fundamentales que exigen nuevos métodos, nuevas maneras de concebir los problemas de salud y nuevas soluciones a dichos problemas. Los objetivos hemisféricos de reestructuración y ampliación de servicios, fomento de la articulación intersectorial y promoción y mejora de la cooperación entre países constituyen el polo magnético de esos cambios. Dichos objetivos no se habrán de alcanzar como elementos aislados e independientes, sino como contribución específica del sector salud a "la reducción de las desigualdades sociales y económicas".

Estas últimas palabras constituyen para mí la base del Plan de Acción. Manifiestan en términos claros e inequívocos que nuestra labor como profesionales de salud es parte del propósito más amplio consistente en conseguir una mayor justicia en cada uno de nuestros países y en la Región de las Américas. Si al cabo de 20 años los hombres y mujeres de las aldeas de nuestras vastas zonas rurales y de las barriadas de nuestras grandes ciudades siguen sintiendo hambre al terminar su jornada y si sus hijos siguen teniendo un acceso limitado a los beneficios de la enseñanza, ello significará que no hemos pasado la prueba que representa la "salud para todos". En efecto, esta meta está estrechamente vinculada al adelanto social, económico y político y a un proceso de desarrollo cuyo producto final es el mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos de las Américas.

Estoy persuadido de que muchos de los programas que hemos venido desarrollando desde 1978 hasta la fecha y muchas de las reformas administrativas que hemos adoptado en la Organización preparan el camino para un enérgico esfuerzo en común por llevar a la práctica el Plan de Acción, a partir de 1984.

Si se me permite, quisiera destacar algunos de esos programas y reformas, antes de pasar al desafío que representa el cumplimiento del Plan de Acción.

En lo que respecta a extensión de los servicios de salud, las áreas en las que seguimos dedicando los principales recursos no son nuevas, ya que se trata de administración, planificación, financiamiento, sistemas de información, atención médica, educación para la salud, alimentos y nutrición, y salud de la madre y el niño. Sin embargo, el modo en que hemos empezado a actuar es cada vez más distinto del anterior.

Administrativamente, en 1980 organizamos los componentes de la División de Servicios Integrados de Salud, distribuyéndolos en tres subsectores principales:

Primero, el desarrollo de servicios de salud, que determina y programa los componentes prioritarios de la atención primaria, y la organización de los diferentes niveles de prestación de servicios.

Segundo, la extensión de los servicios de salud a grupos especiales, con vistas al fomento del desarrollo de tecnologías apropiadas en políticas de alimentos y nutrición, salud de la familia, educación para la salud y atención de las necesidades de la mujer, las personas de edad, los trabajadores y los impedidos.

Tercero, el desarrollo de sistemas de salud haciendo hincapié en los aspectos de programación intersectorial, financiamiento del sector, información sanitaria, administración y planificación, como medio de ampliar la capacidad y productividad de dichos sistemas y evaluar su eficacia y eficiencia.

Esa reorganización está directamente relacionada con los sectores prioritarios del Plan de Acción. Paralelamente ha habido nuevas orientaciones de nuestra programación, consistentes sobre todo en reemplazar la tradicional estructura de los programas verticales por otra de tipo integrado y horizontal en la que se destaca el enfoque multidisciplinario de los servicios de salud.

En ese empeño ha habido que insistir constantemente en la participación de la comunidad, incluso como agente de innovación de los servicios de salud.

Se ha incorporado una adhesión plena a la ampliación del papel de la mujer tanto en la prestación como en la orientación de los servicios de salud.

Se ha reforzado el contacto del sector de salud con otros sectores de la actividad gubernamental y se ha iniciado un proceso de diálogo intersectorial que esperamos pueda ampliar la cooperación y la coordinación. Dentro del sector de salud, y conforme al mandato de sus Cuerpos Directivos, la OPS ha estimulado el estudio de la manera en que los distintos organismos e instituciones (en particular los ministerios de salud y de seguridad social) pueden dar mayor coherencia a sus actividades combinadas.

Nos hemos concentrado cada vez más en la institucionalización del criterio del riesgo, primero en los programas de salud de la madre y el niño y, a la postre, en todo el proceso de racionalización del empleo de recursos y mejoramiento de la calidad de la atención.

Conscientes de los cambios demográficos que concentran a la población de las Américas en el medio urbano, y de la probabilidad de que para fines del presente siglo las tres cuartas partes de nuestra población resida en ciudades, hemos tomado nuevas e importantes iniciativas en la atención de las necesidades de salud de las zonas urbanas. Hace un año, el interés regional en los problemas de salud de las grandes metrópolis fue origen de importantes recomendaciones dirigidas a los Países Miembros y a la Organización, y puso de relieve aspectos específicos que habían de ser objeto de estudio.

Fruto de esa empresa ha sido nuestra asociación con el Banco Interamericano de Desarrollo en un grupo especial encargado de buscar medios innovadores de atender las necesidades de salud de las ciudades de categoría intermedia de las Américas y su financiamiento, ya que actualmente estas son las que registran el aumento demográfico más rápido en nuestros países.

En lo que respecta a prevención y control de enfermedades, el continuo hincapié durante ese período en las enfermedades transmisibles ha ido paralelo con una mayor atención a las no transmisibles. La publicación bimensual del Boletín Epidemiológico en español e inglés empezó en 1980 y dicho Boletín es ahora una fuente de información básica en todo el Hemisferio. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), la Oficina Central aquí en Washington y los especialistas que trabajan sobre el terreno han reforzado la vigilancia epidemiológica y durante los cuatro últimos años han ayudado a diversos Países Miembros a establecer, reorganizar o ampliar sus medios nacionales de vigilancia.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha alcanzado un gran renombre desde 1978, ya que combina actividades de adiestramiento, desarrollo y ensayo de la cadena de frío, sistemas de información y operación y evaluación de programas, difusión de informaciones y administración del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas y suministros afines. El resultado ha sido una notable ampliación de la cobertura en muchos países de las Américas.

Aunque las enfermedades diarreicas siguen siendo la principal causa de mortalidad de niños menores de cinco años en 11 de 20 países determinados, la combinación de actividades de los programas emprendidos en los últimos años ha permitido reducir grandemente la

tasa de mortalidad por esa causa. El Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas, en particular el empleo de la rehidratación oral, ofrece la posibilidad palpable de reducir más aún en el futuro dicha tasa de mortalidad.

Ante el aumento de las enfermedades crónicas, la Organización, siguiendo las instrucciones del Consejo Directivo, ha adoptado en los últimos cuatro años iniciativas orientadas a intensificar las investigaciones y el intercambio en materia de adiestramiento e información, y ha concedido especial importancia a los problemas del envejecimiento.

En esos y otros sectores se ha realizado un esfuerzo consciente por promover las actividades de prevención y control como parte integrante del sistema de atención primaria.

En estos últimos cuatro años, las actividades de la Organización en lo que respecta a la protección de la salud ambiental se han orientado con mayor claridad. Se incorporaron metas específicas de ese sector al concepto de "salud para todos" y, por otra parte, se emprendieron actividades en relación con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental proclamado por las Naciones Unidas. Se han concentrado esfuerzos en las siguientes actividades: mejora de la calidad del agua potable; extensión de los servicios de agua potable a las barriadas mediante reducción de las pérdidas de agua; tecnología apropiada de tratamiento de los efluentes y sistemas de evacuación de aguas residuales para ciudades y zonas rurales; fortalecimiento de los sistemas de comercialización de los organismos de abastecimiento de agua y alcantarillado; establecimiento de entidades de saneamiento rural; mejora de los métodos de gestión para la recolección y disposición de desechos sólidos, y difusión de informaciones sobre ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente.

A través del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), la Organización ha reforzado además su capacidad de cumplimiento del mandato del Plan de Acción para mejorar la articulación intersectorial. El control de la contaminación de las sustancias peligrosas ha dado gran estímulo a la Organización para rebasar los límites del sector salud y conseguir incorporarse a la planificación nacional del desarrollo económico. En colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Comisión Económica para América Latina, se está procurando que el desarrollo económico de la Región se beneficie de la penosa experiencia de otros países, ya que la estricta adhesión al crecimiento económico puede ocasionar graves daños a la ecología humana y al medio ambiente, daños a menudo costosos y evitables.

La OPS ha empezado también a ofrecer a los países ayuda específica para que incorporen el análisis de las repercusiones sanitarias y ambientales de los proyectos de desarrollo en la planificación del desarrollo económico nacional y regional. Otra actividad ampliada, que refleja la nueva importancia concedida a la vinculación intersectorial, es la relativa a seguridad y salud de los trabajadores, aspecto en que la OPS ha tomado la iniciativa de ofrecer a los Gobiernos Miembros guías didácticas, cursos y cooperación técnica.

En lo que respecta a recursos humanos e investigación, la OPS ha reorientado ya en gran parte su cooperación técnica conforme a las exigencias del Plan de Acción. Hemos participado en el estudio de los requisitos mínimos para el establecimiento y operación de escuelas de medicina a fin de evitar distorsiones en la oferta de personal médico profesional. Al mismo tiempo, la OPS ha intensificado su apoyo a la formación de personal intermedio y auxiliar, haciendo hincapié en nuevos métodos de enseñanza de tipo no convencional.

El programa de becas adquirió más coherencia durante este período al delegarse a las Oficinas de País la concesión de las becas y la asignación de candidatos a instituciones docentes.

En materia de investigaciones, la Organización ha colaborado cada vez más con los países en el fomento de nuevas políticas que respondan a los elementos del Plan de Acción y a las necesidades prioritarias de salud de los Gobiernos Miembros. La primera Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud, celebrada en 1982 en Caracas, aportó un consenso regional en cuanto a las pautas para la organización de investigaciones de salud entre los países de las Américas.

Para la propia OPS, los desafíos que entraña el Plan de Acción, así como la realidad de la escasez de recursos financieros, se han traducido en una serie de ajustes en su estructura y funciones, destinados a responder mejor a las necesidades de los países en el cumplimiento del Plan de Acción.

Pudimos apreciar claramente que se precisaban una planificación de salud más amplia y un análisis completo de las actividades en curso y las futuras, así como el desarrollo de mecanismos más adecuados, para determinar dónde y cuándo distribuir los recursos disponibles.

Habida cuenta de ello, en 1979 se consolidaron las actividades de la Sede en cuatro áreas principales: adopción de decisiones y políticas, desarrollo y ejecución de programas, evaluación de programas y apoyo administrativo. Se creó un puesto a nivel superior de Gerente de Operaciones, encargado de coordinar y supervisar la ejecución de los programas, y se establecieron servicios con funciones claras y bien definidas para atender nuestras necesidades en materia de política, análisis y evaluación, examen y asesoramiento jurídicos, y mejoramiento de la cooperación externa en todos sus aspectos.

Al mismo tiempo, la exigencia primordial de eficiencia y eficacia en el empleo de los recursos impuso ciertas reformas en nuestra administración interna. Más que nunca, teníamos que saber lo que iba a hacerse y la medida en que ello se ajustaba al orden de prioridad establecido por nuestros Cuerpos Directivos y a la meta de "salud para todos". En consecuencia, establecimos el Sistema de Programación y Evaluación para la Región de las Américas (AMPES), convirtiéndolo en el principal instrumento de control de la Oficina Sanitaria Panamericana. AMPES es el instrumento de la Organización para formular, ejecutar, vigilar y evaluar su programa de cooperación técnica. Será de valor incalculable para programar actividades que respondan a las necesidades de los países y faciliten el cumplimiento del Plan de Acción. A medida que se establezca el sistema de evaluación y monitoría del Plan de Acción a fin de determinar las necesidades, los logros y los progresos a nivel nacional y regional, AMPES nos revelará el medio óptimo de ajustar nuestras actividades de cooperación técnica a las prioridades propias de los Gobiernos Miembros.

Se han reagrupado también las Divisiones Técnicas, que de 14 que eran cuando asumí el puesto de Director, han pasado a ser cuatro: Servicios Integrados de Salud, Prevención y Control de Enfermedades, Protección de la Salud Ambiental y Recursos Humanos e Investigación. La reorganización no solo ha dado buenos resultados desde el punto de vista del costo-beneficio, sino que además ha imprimido una mayor coherencia a nuestras actividades de cooperación técnica.

Esos rasgos sobresalientes de los últimos cuatro años reflejan algunas de las medidas ya adoptadas para concentrar y orientar los esfuerzos de los distintos sectores de la Organización hacia la cooperación con los Gobiernos Miembros en el cumplimiento del Plan de Acción.

En breve oirán ustedes el examen de las medidas específicas, por ejemplo, seminarios mensuales y publicación de documentos suplementarios, que hemos adoptado para conseguir no solo que se comprenda bien el Plan de Acción, sino también que se aplique enérgicamente.

Al mismo tiempo, se enterarán ustedes de las repercusiones financieras y presupuestarias del Plan de Acción y del estudio indicativo de las perspectivas económicas actuales y futuras, tanto del sector salud en los Países Miembros como en la Organización.

Existen algunos aspectos básicos de esas repercusiones que quisiera destacar particularmente.

En los últimos años, el número de nuestros Gobiernos Miembros y Participantes ha llegado a 37 con el ingreso ayer de dos nuevos miembros, al tiempo que nuestros costos han subido en espiral, debido a las inesperadas y fuertes presiones inflacionarias en toda la Región. Asimismo, la tasa de crecimiento demográfico de las Américas ha sido la más alta de todas las regiones del mundo. Sin embargo, nuestro presupuesto ha disminuido en términos reales. Por comparación con otros organismos de las Naciones Unidas, los aumentos presupuestarios de la OPS han resultado mínimos y han sido los que menos han seguido la tendencia de la inflación y el crecimiento demográfico. A menos que podamos cambiar de curso la actual tendencia, la capacidad de la Organización para cumplir con sus responsabilidades se verá sometida a presión creciente.

El compromiso que hemos contraído de alcanzar la "salud para todos en el año 2000" nos asigna nuevas responsabilidades. Para alcanzar esa meta habrá que difundir en lo posible el buen conocimiento del Plan de Acción y de sus componentes. Sin embargo, a medida que logremos que las personas se familiaricen con el Plan estaremos confirmando y reforzando sus aspiraciones a un futuro mejor para ellas mismas y para su descendencia.

Creo que estamos obligados a asumir cualquier carga, a hacer cualquier sacrificio y a seguir cualquier camino que sea necesario para responder a esas aspiraciones.

Las condiciones actuales son estimulantes y gratificadoras para todos nosotros. Hemos contraído un compromiso de justicia y equidad y lo hemos llevado a los más altos niveles de nuestros países y de esta Organización. Ese compromiso no se limita a la Región de las Américas, sino que se extiende a todo el mundo.

Los competentes profesionales con que cuentan los países y la Organización han sido los que en realidad han marcado la pauta en la elaboración de las Estrategias y del Plan de Acción. El fruto de su labor conjunta ha sido mucho más que un documento. Han izado una bandera que seguiremos en los próximos años con gran orgullo. Ningún otro sector de la sociedad tiene una meta más coherente y persuasiva. Por eso me siento especialmente orgulloso de prestar mis servicios como Director; estoy seguro de que la Organización tiene un futuro brillante y palpable que encierra grandes promesas, se ajusta a grandes principios y se orienta hacia un gran fin.

EL PRESIDENTE: Pongo a discusión el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y el Informe Cuadrienal y Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. También quiero recordarles que todas las delegaciones deben estar representadas en el Comité de Trabajo. Hasta este momento no ha podido iniciar la reunión porque no hay quórum. Por lo tanto, se ruega a las delegaciones que se hagan representar en el Comité de Trabajo para que este pueda iniciar sus labores. La Delegación de Honduras ha pedido la palabra, pero antes vamos a dársela al Secretario para que haga una introducción a la discusión.

EL SECRETARIO: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo e Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. ¿Alguna delegación quiere hacer alguna observación sobre dichos informes?

Dr. GODOY (Paraguay): La Delegación del Paraguay se complace en felicitar al Director, Dr. Héctor R. Acuña, por su completo y detallado Informe Cuadrienal correspondiente al período 1978-1981. En el mismo nos ha presentado una visión de la cooperación

que la Organización Panamericana de la Salud ha prestado a los Gobiernos Miembros, ha destacado los problemas prioritarios de salud, incluidas sus principales causas y consecuencias, así como su distribución en las Américas, y ha presentado las principales líneas de acción para su prevención, control o superación.

Entre los aspectos más sobresalientes del Informe se destaca la atención primaria de la salud, como estrategia indispensable para que los países en desarrollo puedan alcanzar los nobles y ambiciosos objetivos de salud para todos, que hemos acordado colectiva y solidariamente por considerarla factible y justa para nuestros conciudadanos.

Otro aspecto del Informe que merece destacarse es el amplio dinamismo desplegado por el PAI dentro de un enfoque integral entre cuyos componentes se destacan la cadena de frío, el Fondo Rotatorio, la capacitación de personal, la provisión oportuna de vacunas de buena calidad y bajo costo, el control de estos componentes y la evaluación general del programa que ha puesto en evidencia los crecientes logros que se vienen obteniendo y que esperamos en un futuro cercano igualen a los alcanzados por la vacunación antivariólica.

Quisiéramos destacar también el nuevo enfoque dado al control de las diarreas, mediante una alimentación adecuada que incluya la lactancia natural, la higiene personal, la de los alimentos y del medio en general, la educación para la salud y el tratamiento, incluida la rehidratación oral, lo que al permitir la amplia difusión de tan sencillos mecanismos preventivo-curativos viene produciendo un impacto muy favorable en la morbilidad por estas enfermedades, especialmente en los niños.

Igualmente es digno de mención especial el importante esfuerzo desplegado en la evaluación del Plan Decenal de Salud de las Américas así como la capitalización de aquella experiencia en la gestación del proceso iniciado con la formulación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 y del Plan de Acción para su instrumentación, los cuales, dando alta prioridad a la reestructuración, desarrollo y dinamismo de los sistemas de servicios de salud, servirán de guía para programar y conducir nuestros futuros esfuerzos.

No quisiera dejar de mencionar el enfoque científico y humanista de la investigación de problemas y la búsqueda de tecnologías económicas, aceptables por la población y eficaces para prevenir y controlar muchos riesgos que no es necesario enumerar.

Finalmente, deseo reiterar nuestro sincero agradecimiento al Director de la OSP por los valiosos servicios prestados a nuestro país, el cual hacemos extensivo tanto al personal de la Oficina Central como al que presta servicios de excelente asesoría en el campo.

Mr. CAREAU (Canada): May I, on behalf of the Canadian Delegation, extend congratulations to the Director for his well-written and beautifully illustrated report on PAHO's accomplishments over the past four years. It is an interesting and instructive report that documents the Organization's achievements as well as the new direction being taken toward the goal of health for all by the year 2000. The optimism that health for all by the year 2000 has sparked, particularly in the developing countries, is reflected in the new PAHO structure, with its emphasis on primary health care. With your permission, Mr. President, it is to this new emphasis that I would like to address my remarks for the next few minutes.

Slow economic growth, high unemployment, runaway inflation, and high interest rates are having devastating effects on the economies of the countries of the world. As a result, many of the high hopes for material assistance shared by the developing countries of the Region have been thwarted. I submit that this situation is having an as yet unrecognized impact on this Organization and its ability to assist countries in achieving the minimum health goals set by the Directing Council. PAHO must be able to respond quickly to current economic realities and formulate its medium- and long-term plans with due regard to the global economic situation.

In June 1982 the Executive Committee considered a study on the financial and budgetary implications of the Regional Strategies, which is included as Item 13 (b) of the Agenda of this Conference. The inference one can gather from this study—although not stated in as many words—is that the world economic situation will make it difficult, if not impossible, for about one quarter of the countries of the Region to achieve health for all by the year 2000.

The review of PAHO's programs contained in the Director's Report (Official Document 183) is impressive, but how does it actually translate into meaningful assistance to those countries on the lower rungs of the economic ladder? To what extent are we giving priority to those countries that need help most? Or is PAHO spreading itself too thin, trying to respond to all the demands placed on it by Member Countries? On what basis are WHO and PAHO funds allocated to country programs? Is it historical? On the basis of health needs? On an analysis of the installed capacity of the health sector? Or on some geographic allocation? Quite frankly I don't know the answer, but what does seem evident is that this Organization's budgetary allocations to country programs are not being concentrated on those countries that are experiencing the highest incidences of mortality and the lowest levels of per capita income.

The current economic situation makes it imperative that priority be assigned to those programs that contribute most to the six priority goals set out in the Strategies and greater use made of Technical Cooperation Among Developing Countries (TCDC) and other means of intercountry cooperation to assist the least developed countries in developing effective and efficient health program delivery.

Mr. President, there will be further opportunities to discuss this matter during the course of the debate under various agenda items. My purpose at this time is to signal the Canadian Delegation's concern and prompt the honorable delegates to this Conference to ponder whether this Organization has, in fact, implemented the type of internal economies that individual Member Countries have already had to implement in order to maintain program effectiveness during a period of economic restraint.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Quisiéramos felicitar por la elaboración de ambos informes tanto al Presidente del Comité Ejecutivo, Dr. Borgoño, como al señor Director de la OPS, Dr. Acuña. Quisiera hacer énfasis en las funciones que ha ejercido el Dr. Borgoño como Presidente del Comité Ejecutivo, al lograr mantener la armonía en el seno del mismo, donde las decisiones se han tomado en su gran mayoría por consenso. Por otro lado, creo que el Comité Ejecutivo puede ser todavía un elemento de mayor apoyo tanto para los países como para la dirección de la OPS, dándole aún mayor intervención en los problemas específicos de las diversas áreas.

Por otro lado, me sumo a la preocupación expresada por el Delegado de Canadá de que el elemento objetivo que debemos tener en cuenta es la situación económica mundial, que golpea en una forma mucho más dramática a los países subdesarrollados, hipoteca realmente las posibilidades de alcanzar la salud para todos en el año 2000 y hace necesaria la adopción de medidas urgentes por parte de la OPS y la OMS para hacer frente a estos problemas.

Asimismo, la Delegación de Nicaragua ha leído la exposición general del Director y ha seguido con atención las presentaciones hechas. Este informe es indudablemente una síntesis del esfuerzo y el trabajo de los países y de la acción de los Gobiernos del Continente, los cuales, hoy más que nunca han entendido como esencial el desarrollo de las propias capacidades y la cooperación fraternal que pueden prestarse entre sí los países que, con base en la unidad de principios y aspiraciones, trabajan decididamente para alcanzar mejores condiciones de vida. Estamos convencidos de que queda mucho por hacer y de que hay un largo camino por recorrer y grandes obstáculos internos y externos por vencer que hacen difícil el acceso de los países a la salud para todos en el año 2000.

Por otra parte, debemos manifestar igualmente que hay países en el mundo que están dispuestos a dar la batalla en el campo de la salud para universalizar la atención que se merecen nuestros pueblos, y en esta lucha consideramos que organismos como la OMS, la OPS, el UNICEF y otros están dispuestos a apoyar el compromiso que hemos adquirido los países que reconocemos que la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado.

Reconocemos el esfuerzo de la OPS en los últimos cuatro años para encauzar sus acciones y para sentar las bases operativas y programáticas del apoyo a los países del Continente frente a la meta de la salud para todos. Para los países son de gran utilidad los resultados alcanzados por la OPS en el análisis de los éxitos y fracasos del Plan Decenal de Salud para las Américas, al igual que la preparación del documento Salud para todos en el año 2000: Estrategias (Documento Oficial 173) y la elaboración en 1981 del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales (Documento Oficial 179). Nuevas tareas esperan a la OPS como organismo intergubernamental para que los documentos antes indicados puedan traducirse en acciones concretas de franco apoyo. Tendrá que agilizar sus mecanismos burocráticos, tomar decisiones a corto plazo para definir sus estructuras en áreas y países, generar nuevos mecanismos de trabajo, posibilitar con mayor énfasis la cooperación entre países en desarrollo, tener en cuenta en su acción de coordinación lo que se gesta en los países y definir con mayor claridad la relación institucional entre la dirección y los Cuerpos Directivos de la OPS.

Para finalizar nuestro comentario, al revisar la estructura del Informe del Director para 1978-1981, en el que se incorporan, en cada uno de los capítulos, las actividades más relevantes en que ha colaborado la Organización, hay realmente algunas acciones que nosotros realizamos en Nicaragua y que consideramos fundamentales, pero que no aparecen en dicho informe, como la educación para la salud, la participación de la comunidad, la planificación de la salud, la formación de recursos humanos, el control de la malaria y la erradicación del Aedes aegypti.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más en lista para hablar sobre estos dos temas y, por lo tanto, voy a dar el punto por concluido. El Director desea hacer uso de la palabra.

Dr. ACUÑA (Director): Deseo referirme brevemente a los comentarios hechos por algunos de los delegados respecto al tema 11. En primer lugar, quisiera agradecerles sus valiosos comentarios, de los que hemos tomado debida nota. En segundo lugar, desearía referirme específicamente a la observación hecha por el honorable Delegado del Canadá sobre el hecho de que la Oficina Sanitaria Panamericana no ha reconocido aún el impacto que la crisis económica tiene o debería tener en la OPS. Quisiera recordar al distinguido Sr. Careau que el año pasado él, en nombre del Gobierno del Canadá, aprobó junto con otros representantes el proyecto de programa y presupuesto para el bienio 1981-1982 en el que se eliminaron 123 puestos de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta es muestra inequívoca de que se ha hecho un esfuerzo por reconocer los problemas financieros y los problemas económicos que existen en este Continente. Asimismo, es un ejemplo de muchas actividades que se han efectuado con ese propósito y que están anunciadas en el documento en cuestión, al cual no me referí por no ser oportuno.

Pregunta el Sr. Careau también, y a mí me parece muy pertinente e importante para que todos nosotros lo tengamos en mente cuando llegue el momento oportuno: ¿cómo es que la Oficina Sanitaria Panamericana va a poder dar más a los que más necesitan? Ya el Sr. Director General de la OMS, Dr. Mahler, en su discurso de la primera sesión plenaria, y un servidor también, nos hemos referido a este punto que, entre paréntesis, está en el programa mismo de esta reunión. En efecto, no le corresponde al Director General ni al Director de la OPS decidir cuánto vamos a dar a cada uno de los países. Les corresponde decidirlo a ustedes, señoras, ya que son los Cuerpos Directivos los que deben decidir eso. Hay un tema específico relativo a los criterios que ustedes establecerán para la preparación del proyecto de programa y presupuesto y que ya examinó con detenimiento el

Comité Ejecutivo a petición del Consejo Directivo en 1981. Precisamente ¿cuáles son esos criterios? La Secretaría y el Director han elaborado un documento sugiriendo algunos criterios. Un Subcomité Especial del Comité Ejecutivo los ha examinado y posteriormente el propio Comité Ejecutivo los examinó. Ahora les toca a ustedes revisarlos de nuevo para darnos directivas a fin de que podamos hacer las asignaciones. Como lo hemos solicitado también en nuestro discurso de la primera sesión, en el que suplicamos a los países más ricos que no nos pidan lo mismo que nos dan en cuotas, quisiera recordarles que esta Organización solo podrá subsistir y ser más eficiente cuando se reconozca que hay unos países más necesitados que otros, que aunque den menos en cuotas deberán recibir un poco más. Eso es parte del principio de solidaridad continental de que estamos hablando; es solidaridad mundial, diría yo. Ese es el principio esencial de estas organizaciones internacionales. Desde luego, corresponde a ustedes decirnos cuánto damos a cada quien; no al Director ni a ningún funcionario de la Organización. Los Cuerpos Directivos, ustedes, los dueños de la OPS, tienen la obligación de decirnos a nosotros cómo distribuir el presupuesto y los servicios de la Organización y a nosotros, a la Secretaría y al Director nos compete cumplir al pie de la letra sus instrucciones.

Este es un tema de la más extraordinaria importancia, que no se presenta por primera vez a la Conferencia. Voy a cumplir ocho años como Director y muchos años como representante de mi país ante los Cuerpos Directivos, y les aseguro que este tema se ha traído a colación desde hace mucho tiempo; se han elaborado estudios detenidos y se ha tratado de encontrar fórmulas magistrales para decidir cómo darle a un país un porcentaje y a otro país otro porcentaje. No hemos encontrado una fórmula mágica, a pesar de que han habido numerosas comisiones que han estudiado este asunto y que se han buscado también entre otros organismos del sistema de las Naciones Unidas fórmulas que pudieran ser aplicadas independientemente de otros criterios. La inexistencia de estas fórmulas matemáticas obliga a los Cuerpos Directivos a buscar criterios más razonables, más humanos quizá, pero más justos también y más eficientes para la marcha de la Organización. En otras palabras, el Director, quienquiera que sea, debe estar dispuesto, como lo estoy yo, a escucharlos y a ayudarlos en sus deliberaciones, para que encuentren fórmulas más eficientes para mejorar los servicios de la Organización en relación con el costo-beneficio, y al mismo tiempo hacerlos más equitativos en relación con las grandes necesidades sobre todo de pequeños países en comparación con países que son más privilegiados. Nosotros esperamos que esta Conferencia reconozca estos factores y que nos dé sus instrucciones para la preparación del proyecto de programa y presupuesto del bienio 1984-1985 y de años futuros.

Yo quisiera agradecerle a la Ministro de Salud Pública de Nicaragua, Lic. Guido, sus comentarios sobre el Informe Anual y Cuadrienal y suplicarle que tenga en cuenta que el Informe de ninguna manera trata de resumir el progreso alcanzado en sus países. Hacemos, sí, un intento de resumir los adelantos más sobresalientes pero de ninguna manera tratamos de ser exhaustivos. Eso les compete a ustedes, Señores Ministros y Jefes de Delegación. Precisamente en el tema 12 del programa de temas se habla del progreso alcanzado en los últimos años en sus respectivos países y se sintetizan los hechos más sobresalientes y más importantes, según su criterio, para beneficio del resto de los Países Miembros de la Organización. Así es que pido disculpas por las omisiones que necesariamente tiene nuestro Informe Cuadrienal y Anual en ese sentido. Estos informes son una mera apreciación técnica de la Organización. La Organización ha participado en la mayor parte de las actividades emprendidas en algunos países.

Por último yo quisiera aprovechar el momento, Sr. Presidente, Señores Ministros y Delegados, para presentarles el documento titulado Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980 (Publicación Científica No. 427), que la OPS prepara por mandato constitucional cada cuatro años. El documento contiene información estadística proporcionada por cada país y algunas comparaciones con el objeto de que ustedes vean los avances que sus propios países han hecho en relación con otros en los diferentes campos. Deseo aclarar que en este documento se ha tratado de utilizar también la clasificación de

programas empleados en el Plan Decenal de Salud del decenio pasado y de reorientar algunas informaciones que puedan servir de base comparativa del progreso que lograrán los Gobiernos Miembros en los próximos cuatro años, dentro de la nueva clasificación impuesta por el Plan de Acción. Dentro de cuatro años habrá que comparar algunos de estos datos con los que sus respectivos Gobiernos proporcionen a la Oficina para elaborar el nuevo documento y compararlo con el cuatrienio anterior. Este es un documento importante no solo para Ministros y funcionarios de alta categoría como ustedes, sino para escuelas e instituciones de todo el mundo que lo solicitan a menudo. Lamento informarles que el documento anterior, elaborado hace cuatro años, se ha agotado desde hace tiempo y, por causa del costo, no tenemos intenciones de reproducirlo. Sin embargo, como siempre, la Conferencia, y no el Director, tiene la última palabra.

Mr. MAYNARD (Dominica): I think that in a forum of this sort, under the agenda items we are discussing, we obviously have to ask ourselves what is the relationship between the goals we have set for ourselves, the objectives that we have and their implementation. I believe that the distinguished Delegate from Canada was attempting to direct our attention to this point. I recall when I spoke here last year I raised the question, and I raised it again earlier this year at WHO. I directed attention to a very important concern: we in the international community have given ourselves some excellent and very noble objectives, and the question that we need to address continuously as we meet from time to time to review progress and to determine where we are, is this: When we speak, for example, of an international decade for water and sanitation, where are the resources to come from? It seems to me that, having set this goal we need to devise some administrative and managerial machinery which will enable us, with due regard to inflation and other constraints, to determine where the resources are. What are our resources, and how should these be redirected to attain our goals?

In the course of our discussion, suggestions have been made that, in the end, what we achieve will depend on the national programs. But that is only partly true, because, to a very significant extent, the success of national programs--particularly for the less developed countries--will be a function of how they can draw on external assistance. My concern has been, that although there seems to be no lack of opportunities for getting technical assistance, when it results in some plan of action, document, report, there are no available funds to implement it. As a matter of fact, I suspect that perhaps the biggest problem we have in some small countries is how to manage all the technical assistance we are getting, given that a great part of it is necessary.

The Director's report for 1981 sets out in very comprehensive and clear terms some of the ways in which the health problems in the Hemisphere have been tackled. I have no doubt that there is a body of dedicated workers vigorously tackling these problems. But I believe we would be doing less than justice to ourselves if in a forum like this we did not ask ourselves what kind of machinery we would need to establish in order to ensure that the goals we have set ourselves will be implemented.

Let us look at some of the regional goals in the Plan of Action--I am going to take two of them at random. "No country in the Region will have an infant mortality rate of more than 30 deaths per 1,000 live births." And today we are told that the average outside of North America is about 50 per cent. Access to safe drinking water and sewage disposal will be extended to 100 per cent of our population. Might we not realistically be asking ourselves whether we should redefine those goals and, in the context of where we are now and where we are likely to be by the year 2000, cast those goals in more realistic terms? Isn't there some stage at which we must say this to ourselves? Or alternatively, shouldn't we be saying that, because of the additional resources that have become available and the increasing capability of people to manage the health systems and come to terms with those goals, we are likely to reach those goals comfortably? When the Director says that it is for us to determine these things, I do not disagree with him. But at the same time I am sure he is not suggesting that in a forum such as this we can come to terms on specific ways and directions so that what we want done gets done.

I expect--in a forum like this, which is a kind of annual general meeting--that the Executive Committee will want to examine these comments and see what views have some kind of common focus in this general body, and how they can get those views over, even when the budget is being prepared. Because, while it is true, I agree, that it is we here who have to decide these things, by the time we arrive we have very little time to look at all these facts and figures and do the kind of readjustment that may be needed in order to reflect some of the things that we say. We have to depend to a considerable extent, therefore, on those people who are exercising the management functions to interpret correctly the things being said which ought to become policy guidelines for the Organization.

I want to add that we have been given a fairly comprehensive report. In Dominica, we have had a fair degree of assistance from PAHO in a few areas, but I must still emphasize the point made by the Delegate from Canada: we need to examine it and to ask ourselves, in terms of the goals we have set for the year 2000, what are the constraints on our ability to reach them and how can we deal with those constraints?

In the course of the last year, PAHO has held a number of seminars on primary health care here in Washington and has included different countries in these seminars. I wonder whether this money would not have been better spent by holding those seminars in the individual countries at the national level, where a larger number of people might have been able to benefit. This is the kind of thing we can examine--and there are many other things like that.

I want to conclude by saying--and it will have to come up again at some stage--that we need to ask ourselves what kind of machinery we require to ensure that the resources needed to enable us to achieve our goals will be available; when that analysis is done, if the resources are not going to be available, then we have to redefine our goals in more realistic terms.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): The report by the Director is quite comprehensive but I want to make a quick reference to technical assistance and a problem which I think exists within PAHO. I will give you Guyana's experience as an example. We have for some time been requesting a malariologist. There is one available, but because a specific quota from a specific country has been exhausted, probably in WHO, that malariologist cannot be sent to Guyana. A quota of consultants has been allocated, say, to the United Kingdom, but because that country has filled its quota of consultants, even though it has more consultants available, the PAHO/WHO system does not allow a British person to come to assist Guyana when there is a need. If we are to talk seriously about health for all, we should look at these idiosyncracies which exist in the Organization. You are building up a bit of a bureaucracy. I agree with your favoring the spread of consultantships, perhaps throughout Latin America, but in truth and in fact our concern is with having that advice so that we can eradicate the malaria problem. For example, you have been searching for a sanitary engineer for over a year, and because of the bureaucratic problem you have within the Organization, we cannot have that consultant, and so the funds are transferred over to the next year and year after that--and yet we are talking about primary health care. I hope you will consider the matter immediately in the next administration and try to solve the problem.

In supporting the Canadian Delegates, especially regarding the Caribbean area, I would point out that while people may feel that it is developed as compared to Africa and Asia, the Caribbean area has serious problems: serious water problems, a large percentage of waterborne diseases, and the A. aegypti problem. We need to examine closely the Caribbean area and its programs and assist those countries in the implementation aspect if our approach to the goal of health for all by the year 2000 is serious.

Dr. MAHLER (Director-General, WHO): I certainly subscribe fully to the concern of developing countries about romantic objectives and the absence of resources. It is not for me to start expressing my personal views about the world in which we find ourselves. There are countries of the North which have reached one per cent of the gross national product and are ready to give amounts of this in a very flexible manner to those countries most in need. Also there are many other countries which are not ready to make that "sacrifice" in the name of solidarity. I therefore think that, basically, when we are discussing the transfer of resources, we have to take it out of the social underbelly of health, because we do not have the political clout to mobilize a different social and economic order in the world. We have our fight to add to those having more clout, and if you review what has been happening in the World Health Assemblies in this respect, we have made precisely that pitch. But even though we belong to the soft social sector, we have our contribution to make in order to provoke those who ought to have a very bad conscience today when it comes to the incredible kind of social inequity and social injustice that exist in the world. We shall go on fighting along those lines.

I think that health for all is not an illusion: at least there are countries--and you may call them progressive countries--for which health for all and primary health care have been tremendously important in convincing their political constituencies that it is still worthwhile to transfer resources from North to South. As I attempted to say yesterday--and I hope that if you find time to read my full speech, you will see that my basic point was: whatever resources your Organization has available, they must be used optimally in the difficult economic predicament we find ourselves.

It is my conviction, from many years of having the privilege of working with governments and nations, that it is possible, through good management at the national level, to increase the value of each dollar by a factor of between 50 and 100 if those dollars are delivered with good management as compared with sloppy management. It is also my conviction and experience that it is possible to mobilize much larger resources for health from the well-to-do countries if a managerial infrastructure exists in the developing countries and there is a clear-cut political will. I could give you examples from my discussions last week with the pharmaceutical industry and with bilateral donors from the Nordic countries with regard to getting essential drug programs going in Africa. With the managerial kind of approach it has been possible for one single Nordic country to mobilize US\$100 million dollars over the last couple of months in order to get their essential drugs programs going for two African countries. In other words, not merely PAHO's but WHO's resources are indeed to be utilized in order to increase the managerial absorptive capacity for the transfer of resources.

These increases in resources--I am the first to admit--should be infinitely greater than they are today, and the fight continues to challenge the North to increase these transfers of resources in its own enlightened self-interest. I think we have shown the countries of the North that in health they are the great money-makers of WHO. After all, who made money out of smallpox eradication? The industrialized countries, and all the kinds of technological advances made are also to the benefit of the North. If you take my own small field, tuberculosis, the research done in India with WHO, has meant hundreds and hundreds of millions of dollars of profit to the North for research that never could have been done in the North.

So I am quite sure, as I have always said, that it is in the interest of the rich to help the poor, because in the process they become much richer. I think every program in WHO has shown exactly this, but as the distinguished Canadian Delegate said, it behooves us together--because we are close partners--to figure out how we can always look at the way we use resources, and I do not think that resource utilization is just an internal bureaucratic problem for WHO or PAHO. It is a way we are swinging together because it is your health cooperative, WHO, and when the chips are down it is only the action in the countries that really matters.

I believe that if individual countries are truly ready to put their health house in order, and if by putting their health house in order they challenge those countries that can afford to do more than they do now; if we continue along that line, with very close pragmatic vision, then I continue to maintain that health for all is a very realistic objective indeed. Now we know that for US\$10 to \$15 dollars per head per year we can produce genuine miracles, even in countries with as little as \$150 dollars per head of annual income. So there is really no reason not to do it, and therefore we are, as the distinguished Delegate from Dominica pointed out, perhaps in a quandary in the sense that, when you look at the realities of the situation, the constraints at the national level have to change—because there is ultraresistance to change for very many good reasons. It is much more difficult to be rational when you are poor than when you are rich and can afford the luxury of rationalism, so it is all too easy to point to poor countries and demand that they be more rational than anybody else.

Nevertheless, I believe that those constraints are being modified in quite a number of developing countries today, and they are showing the political will indeed to move forward along the path toward doctrines of health for all, primary health care, with the manpower, the technology, etc. It is a tough fight, but I also think that it is happening, and the more it is happening, I think, the more we can remove some of the constraints of those countries that have an obligation, within their collective decision of WHO and PAHO, to assume their responsibility in terms of resource transfers. It has always been my concept that if we believe in organizations like this one, it must be not as third-rate donor agencies for handing out lollypops, but as agencies making collective, serious decisions about what the ball game of health is all about, with all the consequences for every individual Member State and for the collectivity of the Member States—North, South, East, and West.

I have no illusions, but I have convictions, and my conviction is that the social target that we are setting for ourselves, combined with the willingness to look realistically at these constraints, as pointed out, will still make it worthwhile to be around in this Organization, because who says we should continue with this Organization? I ask you. There is a perfect possibility of getting rid of all organizations like WHO and you can say, why don't you give the money to UNICEF or something like that? It is only if we realize why we have an organization like WHO and what its unique mission is that we shall be able to be a proper partner of yours. And it is quite clear that we are partners of all Member States, but our hearts and intellects have to be with the social underdog. And the social underdog in regard to health is in the developing world today.

I certainly believe that it is very important that together we continue to look seriously at all the problems you have mentioned. But if I may just give you one example—the example of how to slice up the cake. I have no right to start telling you, but I believe the very concept of slicing up the cake is undermining the mission of WHO. But leaving that aside, most Member States, as pointed out by the Director of PAHO, have been arguing about this (in my opinion) utterly fallacious approach to slicing a small cake into small pieces. This is where I think you are entirely right that the Secretariat has to present documents on these kinds of issues. But at a certain time a political problem enters into it. Are Member States, among themselves, ready to show a degree of solidarity so that the marginal dollar goes from one country to another which is more in need of that next dollar? But it is not in any way to say that your Secretariat, and I speak about WHO, always has to try to be activist. We are there to be activist toward you as long as you permit us to be activist and to challenge your conscience, and I think this is precisely what we have been trying to do in recent years.

So, the mechanisms we have been setting up for resources, as you well know, both at the global level and the regional level, are intended precisely to try to bring together the so-called donor countries, a word which I intensely dislike, because I think it is in everybody's interest to cooperate and that is why I am so averse to the paternalistic word

"aid" or "assistance"--within WHO it is "enlightened self-interest" and "cooperation." But we have set up these kinds of mechanisms, and I think we are struggling very, very hard to make sense out of them. I hope that all Member States will take the time to try to understand the constraints of these mechanisms in order to bring all the partners, North and South, East and West, inside of our social objective and to try to see: are we serious or shall we call the bluff and realize that we are not serious and go back to some classical technical assistance approaches? We can always have some fellowships, we can always do little bits of this and that, some kinds of campaign, but let us not fool ourselves that we really can support each other in getting on with health for all through primary health care. I think it is the obligation of your Secretariat to constantly try to provoke a debate at that level of seriousness, and I am sure that this is very much the intention of the remarks which have been made. It is not easy to live up to that kind of challenge and be good enough, I assure you, but that was why I said in my speech: if there is confidence among you, the Member States, then it's worthwhile trying and trying again. Then I think we will, as a Danish poem says, "err and err and err again, but less and less and less," and this is the kind of mechanism we need.

Now, I apologize for having spoken at length on the topic of resources, but I certainly am convinced that this is the critical issue. I have to make just one point to the distinguished Delegate referring to recruitment. I have to request that he realize that many of the constraints of WHO come from decisions made in New York by your political representatives there. WHO and PAHO, in my humble opinion, remain by far the most flexible agencies when it comes to recruiting according to competence and not according to quota systems. I am ready to be challenged on that in comparison with any other international organization. We are constantly attacked; if some of you have seen the attacks we are exposed to by countries insisting on the quota system, then you will realize some of our difficulties, and I think it is quite clear that, if you want to have a feeling of closeness with the Organization and not least the developing countries, you would like also to see your people, in particular, be involved in its work. We have had many problems in getting on with that, but I can assure you, and I think that my colleague, Dr. Acuña, would agree with me, that we have never taken lightheartedly a request when it comes to giving the very best to work at the country level, and we have never taken superficially a Government's feeling that it wants to have that kind of expertise. Having said that, I apologize once more, Mr. President.

Dr. ACUÑA (Director): If you allow me, I will speak in English because I would like to refer to a couple of issues raised by the Honorable Ministers from Dominica and Guyana. In the first place, regarding Minister Maynard, let me assure you, Mr. Minister, that we are doing exactly as you suggest, that is, in connection with those monies available for implementing the Plan of Action, I can assure you that at this stage we have already earmarked monies for Jamaica, Nicaragua, and the Bahamas. The reason is this: we are conducting seminars--seven have already been held here in Washington, three more remain in the series of 10 in which we are preparing the key people, including a few Ministers, so that they may fully understand the meaning and implications of the Plan of Action. After that, it is up to the Governments to undertake whatever type of activity they consider more important or feasible within their own political and historical context in order to review their own national health plans. Both Jamaica and Nicaragua have undertaken this activity; they have trained a few of their own people, and are ready now to go on, and for that particular purpose we have earmarked some of those funds. Obviously, Dominica is welcome to do that as soon as it is ready.

Now, in response to Minister Van West-Charles from Guyana, let me say, Mr. Minister, that we regret the delays which are due to bureaucratic constraints imposed by our own Governing Bodies. In the case in question, it is the Executive Board of WHO which has established certain quotas. We had pushed aside that particular constraint and transferred the WHO component of your program into another program, so we are appointing Dr. Nathan, a U.K. national as a matter of fact, to a PAHO post in your own country. I

can assure you, based on the latest information issued that he should at the latest be there by the middle of October. I am taking this opportunity to tell you also that the engineer has been approved. The selection was completed only last week, and it should be a matter of a few more weeks before Mr. Claude Schleyer, whom I understand is a U.S. national, is assigned to that particular post.

We do understand that there are certain constraints. Our own Governing Bodies in WHO have stated that there are certain limitations on having nationals from one country or another employed by WHO, the proper selection, etc., notwithstanding; luckily, PAHO has not yet established these particular constraints, so that all nationals of the different countries in the Hemisphere can be represented in the Secretariat. At least I can assure you that virtually all of the countries are represented in the Secretariat, but we have not yet been told that we should have a percentage of these nationals in the PAHO Secretariat. The Director cannot be accused of using too many Chileans or too few Argentines, or too many or too few Canadians or Americans, etc. There is no doubt that we appoint staff on the basis of quality only, and not on quotas. I hope that this will clarify the issues.

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): Solamente un comentario muy breve en relación con la intervención de los Delegados del Canadá y Dominica. Yo quisiera insistir en el proceso cada vez más activo de la participación de los países en el Comité Ejecutivo y en los Subcomités del Comité Ejecutivo, no solo para poder establecer metas realistas en función de los recursos disponibles sino para ayudar a la Secretaría, en especial al Director, que tiene que presentar el proyecto de presupuesto para la aprobación de los Cuerpos Directivos de forma que refleje la realidad y que permita emplear los fondos de la mejor manera posible. Ello se discutirá detalladamente en el tema 29. No obstante, quisiera subrayar la importancia de la colaboración de los países por medio de distintos mecanismos y de la expresión de sus ideas, para que la Organización pueda conocer cuáles son sus deseos y determinar si los países que tienen más recibirán menos o los que tienen menos recibirán más.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más inscrito para hacer uso de la palabra sobre este tema. Vamos a dar instrucciones al Relator para que prepare el proyecto de resolución, que será distribuido al plenario para su consideración, sobre el Informe del Presidente del Comité Ejecutivo y sobre el Informe del Director de la OSP. Con la venia del plenario, voy a declarar un receso y a hacer uso del privilegio de ausentarme después de presentar el informe de mi país. Le voy a pedir al primer Vicepresidente, el Ministro de Trinidad y Tabago, Dr. Neville Connell, que presida la Conferencia por el resto del día.

The session was suspended at 10:50 a.m. and resumed at 11:25 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:50 a.m. y se reanuda a las 11:25 a.m.

ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND THE PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XX AND THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES

TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XX Y LA XXI CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS

Dr. Neville Connell (Trinidad and Tobago) took the Chair.
El Dr. Neville Connell (Trinidad y Tabago) pasa a ocupar la Presidencia.

The PRESIDENT: Dr. Mahler, Dr. Acuña, Honorable Ministers, distinguished ladies and gentlemen:

On behalf of the Republic and the people of Trinidad and Tobago and on my own behalf, I would like to thank you, the Ministers, for the honor bestowed on me by electing me to the office of Vice President of the XXI Pan American Sanitary Conference.

With your cooperation, I hope to conduct today's proceedings of the Conference, maintaining the high standards that have been set by the President during the previous plenary sessions.

On our agenda, we have now come to Item 12 and, before the delegates are called upon to speak, I am going to ask the Secretary, Dr. del Cid, to make some introductory remarks.

El SECRETARIO: El tema 12, "Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados en materia de salud pública en el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas" es un tema importante de esta Conferencia. El propósito que tuvo la III Reunión del Consejo Directivo al establecer esta práctica en el año 1949 fue el brindar la oportunidad de compartir experiencias, problemas y éxitos. Así, todos los Gobiernos Miembros de la OPS podrían, dentro del espíritu de solidaridad continental que diera vida a esta Organización, llegar a conocer nuevas actividades de utilidad práctica que llevan a cabo naciones hermanas, particularmente en las áreas donde se localizan problemas de salud comunes a todos los países. Es igualmente importante que la Organización utilice estos informes, ya que nos ayudan a identificar el nivel actual de salud en cada país, las áreas que requieren cooperación entre los Gobiernos Miembros y la OPS, así como aquellas en que la Organización puede promover la cooperación entre los Gobiernos mismos.

En la comunicación que el Director envió a todos los Ministros de Salud, con fecha 23 de agosto de 1982, se sugiere también que este podría ser el momento propicio para resaltar aquellas acciones que sus Gobiernos han iniciado o que han decidido actualmente llevar a cabo dentro del contexto del Plan de Acción.

Como se estableció en la XXI Reunión del Consejo Directivo celebrada en 1972, el tiempo disponible para que cada Gobierno presente su informe no deberá exceder de 10 minutos. Por lo tanto, su presentación deberá limitarse únicamente a introducir y resaltar los aspectos y los acontecimientos más importantes de los últimos cuatro años.

Si así lo desean, tendremos el gusto de distribuir entre todos los Ministros y Delegados copias de sus informes o cualquier otra información adicional que ustedes tengan. Sin embargo, con excepción de breves resúmenes, debo señalar que no tenemos los recursos ni las facilidades para imprimir ni traducir estos informes. Nos gustaría recordarles que sus presentaciones serán automáticamente incluidas en las Actas de esta Conferencia.

Como habrán notado en el orden del día, se ha invitado a las delegaciones a registrarse para tomar la palabra cuando se examine este tema del programa de esta Conferencia. La mesa para ello se encuentra a la salida de esta Sala de Conferencias. Hasta el momento, ya se han registrado 30 delegaciones que han expresado su deseo de tomar la palabra. Exhortamos a aquellos Ministros y Delegados que tengan la intención de hacer uso de la palabra y que aún no se hayan registrado que lo hagan a la mayor brevedad posible.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. May I remind the Members that it is expected that you will take approximately 10 minutes and try not to exceed that time so that all the Members who are supposed to speak will be able to finish in the time allotted to them. I will now call upon the Delegate of Venezuela.

Report of the Delegation of Venezuela
Informe de la Delegación de Venezuela

Dr. GONZALEZ (Venezuela): Voy a agotar un minuto nada más para recalcar la magnífica presentación objetiva y pragmática de nuestro Director General de la Organización Mundial de la Salud en su discurso de ayer, en el que señalaba dos puntos fundamentales que, a mi manera de ver, van a afectar las futuras actuaciones de las organizaciones internacionales. Uno es la actual crisis económica mundial y su repercusión sobre los fondos que han de manejar los programas de salud para el año 2000, y el otro la cuestión de los medicamentos aplicable a la atención médica primaria o a la atención primaria de salud, la cual ha sido especial objetivo del grupo de los países andinos a través del Convenio Hipólito Unanue y para la cual, a nuestro juicio, estos dos puntos son de una gran trascendencia. El estudio sobre la situación de salud de Venezuela que hoy nos toca presentar a la consideración de esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana permite afirmar que dicha situación, analizada como un todo, ha ascendido en el último cuatrienio algunos peldaños dentro del proceso de desarrollo global en que se encuentra comprometido el país. Vamos a informar sobre este ascenso mediante los datos y los indicadores del nivel de salud que se utilizan en esta clase de estudios.

Una de las características notables de Venezuela es su fuerte expansión demográfica; su población se multiplica a un índice de crecimiento superior al 3% anual, con una extraordinaria movilidad espacial en la que predomina la migración rural-urbana (más del 76% de esta población está en áreas urbanas), constituyendo este movimiento migratorio el principal factor del aumento de la marginalidad en las grandes ciudades y, por ende, de una mayor demanda de servicios de salud.

El coeficiente de natalidad, aun cuando desciende, se encuentra todavía en una cifra elevada (34,1 por 1000, 1981), y la tasa de mortalidad se ha mantenido en los últimos cuatro años en el 5,5 por 1000, con un 84,2% de defunciones diagnosticadas. La primera causa de muerte son las enfermedades del corazón, seguida por los accidentes en general, cuya tasa supera la de muchos países desarrollados. El cáncer ocupa el tercer lugar. Es satisfactorio señalar también que la tasa de mortalidad infantil continúa declinando notablemente, de un 48,9 en el quinquenio 1971-1975 a un 31,2 en 1981. Igualmente nos complace señalar que la esperanza de vida al nacer ha ido aumentando paulatinamente y ha llegado en 1981 a los 69 años.

Un renglón importante de la morbilidad registrada en el país lo constituyen las enfermedades transmisibles en general, grupo que genera el 9,19% de la mortalidad diagnosticada. Dentro de las labores de lucha contra estas afecciones se han cumplido anualmente las campañas de vacunación antipoliomielítica, triple y antisarampionosa; no obstante, debemos reconocer, con diáfana sinceridad, que a pesar de todos los esfuerzos realizados y la permanente provisión de las vacunas respectivas, en ocasiones no hemos logrado la cobertura útil, por lo que ha sido necesario emprender "acciones de recuperación de vacunación".

Entre estas actividades de protección específica, es justo hacer resaltar que, como consecuencia de las investigaciones que durante largos años se han venido efectuando en el Instituto Nacional de Dermatología, se ha comenzado a aplicar en el Estado Apure, en fase experimental, la vacuna contra la lepra, originada en dicho Instituto, y tenemos el propósito de extender progresivamente su aplicación a otros estados.

Para desarrollar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica se han sistematizado los correspondientes servicios por niveles de complejidad: de distrito, subregional, regional y central, entre los que se destaca el primero por ser la jurisdicción en donde se producen los hechos de salud y, por tanto, la más adecuada para las acciones más oportunas y eficaces.

Para el estudio y lucha contra las enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad, se ha incorporado a los programas de los años anteriores uno de Cardiología Primaria Simplificada para penetrar en una población rural dispersa cercana a los tres millones de habitantes. Este programa se lleva a cabo con personal no médico, pero bajo dirección y supervisión médicas.

Durante el cuatrienio se continuó el desarrollo de los programas de lucha anticancerosa en todos los hospitales del país, muy especialmente en la detección del cáncer broncopulmonar. Se ha incrementado la pesquisa del cáncer gástrico en las áreas rurales de la región andina, y sus resultados ofrecen datos clínico-epidemiológicos de gran importancia para su aplicación en otras zonas del país.

Un examen de la asistencia institucional general permite apreciar un mejoramiento de la atención médica hospitalaria, no solo por un aumento del número de camas puestas en servicio, sino por una mejor calidad de dicha atención, a la cual se ha incorporado un mayor número de profesionales médicos y paramédicos especializados. Según las estadísticas más recientes (1980), el número de médicos llega a 16.242, con una relación de un médico por cada 857 habitantes. Sin embargo, con el fin de orientar el logro de una eficiente utilización de los recursos, ampliar la cobertura, brindar mayor accesibilidad de los servicios y facilitar la referencia de los casos a las instituciones correspondientes, en los últimos años se ha iniciado la orientación de la atención médica general familiar y, en este sentido, los logros obtenidos hasta ahora inducen a proseguir y fortalecer las futuras acciones porque estamos conscientes de que la medicina general familiar se convertirá en el mecanismo idóneo para ofrecer a cada familia venezolana una atención médica de primera línea, de la calidad y cantidad que requiere la población.

En el área del saneamiento ambiental las realizaciones han superado ampliamente las metas establecidas, como puede observarse fácilmente en el Informe que se ha presentado en esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Por lo que se refiere al bienestar social, uno de los grandes campos de acción del Ministerio, se trabaja vigorosamente en el desarrollo de una política de promoción social, con miras a lograr la organización y participación de las comunidades en la atención de los problemas de salud y su solución.

Por último, debemos hacer especial referencia a tres aspectos muy importantes de la actuación de Venezuela en la problemática de la administración sanitaria. Ellos son: la reorganización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, orientada hacia una definición de mayor equilibrio administrativo y técnico en la división de competencias; la descentralización administrativa a través de la regionalización y la organización de servicios de distrito son medidas de gobierno orientadas a facilitar el proceso integral de reformas para el logro de los objetivos de integración de los servicios de salud dentro del subsector público y la unificación normativa de planificación y de ejecución de políticas y programas.

En concordancia con los objetivos señalados, se han intensificado ciertos programas de coordinación y cooperación que prometen un avance significativo en el proceso de condicionamiento previo del subsector público a fin de crear las condiciones propicias para la definitiva realización de una vieja y acariciada aspiración de los sanitaristas venezolanos, como es la transformación de la administración de los servicios de salud en un instrumento eficiente y eficaz, de gran capacidad de acción de alta calidad y de costo racional, como resultado de la organización definitiva del Servicio Nacional de Salud.

Dentro de las actuaciones realizadas para alcanzar los objetivos programáticos señalados, se destacan dos iniciativas: la creación de la Oficina Coordinadora de la Prestación de los Servicios de Salud, dependiente del Despacho del Ministro con autonomía de gestión y régimen presupuestario y financiero especial, orientada a programar los

aportes financieros resultantes de las acciones de cooperación y coordinación interinstitucionales, y la presentación por parte del Ejecutivo Nacional al Congreso de la República del proyecto de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud, instrumento que encauzaría definitivamente la consolidación de los ideales y objetivos propuestos.

Report of the Delegation of the United States of America
Informe de la Delegación de los Estados Unidos de América

Dr. KOOP (United States of America): Mr. President, Dr. Acuña, Dr. Mahler, distinguished Delegates, ladies and gentlemen.

I would like to repeat the warm welcome to this country and particularly to this city, extended by Secretary Richard Schweiker yesterday, and to wish you the very best for a successful meeting.

Improvements in the health status of U.S. citizens have been substantial in recent years. Dramatic declines in the incidence of certain infectious diseases, impressive gains in infant survival (especially in the last decade), and surprising reductions in death rates from heart disease and stroke, give us a growing sense of optimism for future gains. Major emphasis in the past few years has been placed on health promotion and disease prevention. In 1979 the first Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, was issued under the entitle Healthy People. The report established broad national goals for the improvement of the health of Americans in five major life stages. In 1980 the report Promoting Health/Preventing Disease was published, setting specific and quantifiable objectives necessary for the attainment of these broad goals. Health promotion and disease prevention continue to be a major initiative.

However, although the Federal Government, and particularly the Public Health Service, have a major leadership role and important responsibilities in achieving our promotion and prevention goals, we recognize that a truly national commitment is necessary if we are to succeed. Sustained interest and action are required by all Americans, by physicians and other health professionals, by industry and labor, voluntary health associations, schools, churches and consumer groups, by health planners, and by public officials at the local, state and federal levels.

The Federal Government has recently taken steps to place more authority and responsibility for health programs at the local level. In 1981 the U.S. Congress consolidated over 50 program-specific funding mechanisms into nine new grant programs. The goal of these grants is to allow states to set their own priorities and determine the services needed by their citizens. These programs place fewer constraints on the recipients and allow latitude in administrative arrangements and choices of services within a functional area. The states are given flexibility in allocating the federal funds. Federally-imposed administrative, fiscal reporting, planning, and other requirements are kept to a minimum to ensure that national goals are accomplished. The Department is currently in the process of redirecting some of its program mechanisms and its relationship to other parts of the health care system. Major emphasis is placed on attempts to curb spiraling health care costs and to promote a more decentralized system of health programming and fiscal responsibility.

In addressing specific health indicators and program activities, in the interest of brevity I will highlight only a few areas, but ones which I feel are indicative of health conditions and progress achieved over the past four-year period, especially in the area of morbidity and mortality.

First, the decline in infant mortality was particularly marked during 1976-1980. The death rate dropped from 15.2 infant deaths per 1,000 live births to 12.5.

From 1976 to 1980 there was a decline in death rates in the United States for females in every age group; however, for males, decreases occurred in each age group except for those in the 15 to 24 and 25 to 34 year-old groups. The decline in overall adult mortality rates reflects declines in a wide variety of cause-specific rates. Much of the decline, however, is attributable to reductions in death rates from cardiovascular diseases, which account for nearly half the deaths annually in this country.

Malignant neoplasms were the only one of the three leading causes of death that did not show a decline during 1976-1980. Instead, the death rates for cancer increased during this period, but at a decelerating rate. The increases were concentrated among the older population.

In the United States, the chronic degenerative diseases are the primary cause of disability at this time, and there is no evidence of a general decline in morbidity rates for these diseases.

There have been continuing decreases in the incidence of some immunizable diseases, particularly measles, mumps, and rubella. An immunization initiative was conducted from April 1977 to October 1979; its success formed the foundation for the achievement of the current high immunization levels in the nation's children.

During the 1978-1981 period, there has been a continued decrease in gonorrhea. Of increased concern, however, is the marked rise in the incidence of genital herpes infection in the United States, which is now estimated at from 200,000 to 500,000 cases annually with prevalence estimated at 10 to 20 million cases.

Cases of tuberculosis among newly arrived immigrants resulted in an overall TB rate which has not substantially changed over the past three years, and now stands at 11.9 per 100,000.

Imported malaria cases reported in the United States increased from 481 in 1977 to 1,864 in 1980, but decreased in 1981 and 1982. More than 80 per cent of the 1980 cases involved foreign nationals, principally refugees arriving from Indochina.

Over the past four-year period, the Federal Government has continued its strong support of biomedical research. We consider such research an important component in achieving our health goals because it increases our understanding of the processes underlying health and fosters new knowledge to help prevent, detect, diagnose, and treat disease.

The recent development of DNA recombinant techniques allows scientists to understand the structure of genes and viruses, to manipulate their chemical materials, to use them to transform cells and to observe the results. These techniques have enabled extraordinary advances during the past few years in prevention, treatment and cure of disease. The use of DNA recombinant techniques already has led to isolation of specific genes for various hormones and to synthetic production of human insulin, somatostatin, and growth hormone.

Large quantities of highly specific antibodies now can be produced in the laboratory using a new technology called hybridoma cell fusion. Federally supported scientists are using the resulting monoclonal antibodies to facilitate the development of vaccines, diagnostic tests, and treatments for many diseases.

Progress has been made in our understanding of the genetic mechanisms that control the immune response to cancer, transplanted organs, and environmental substances. Recognition of the clinical association between the major histocompatibility complex and certain diseases may lead to better understanding of how disease susceptibility is

inherited, better strategies for supplementing natural resistance to these diseases, and better techniques for organ and tissue transplanting.

A new revolutionary technology, the PET scan (Positron Emission Tomography) is now being used to understand and diagnose such diverse disorders as heart disease, cancer, mental illness and brain diseases. In contrast to the CAT scan (Computerized Axial Tomography), PET provides a way to study how cells themselves function or fail to function. It is a major advance in diagnosis, for it can reveal biochemical changes that occur before damage is done to organs.

In the area of training in the health sciences, there is an increased curriculum emphasis on disease prevention, health promotion and management, as well as on combating chronic rather than infectious diseases. In addition, more schools are expanding training in environmental health hazard control, and preference is being given to recruiting physicians for epidemiology. Health professions schools and allied training schools are placing increased emphasis on improved nutrition training, in recognition of the significance of nutrition in promoting health and treating disease.

Over the last three years, the Department has invested over US\$80 million in evaluating public health activities designed to measure program performance. Evaluation efforts have focused upon measuring how effectively public health care programs are meeting their objectives, assessing the efficiency with which programs are being administered, and determining whether or not the information generated through evaluation efforts contributes to the development of improved policy-making and program performance.

There have been a number of important actions in the regulatory area, but I will highlight only two:

In 1981 a policy was established for approving applications for generic versions of certain well-established prescription drugs in which the generic drug manufacturer is not required to repeat already published studies showing that the drug is safe and effective. This approach conserves limited scientific resources, protects patients from unnecessary drug experiments, and encourages competition and lower prices, by making it easier for manufacturers to introduce generic versions of well-established drugs.

In 1981 the Government implemented regulatory reform in the environmental area with two broad goals: first, to focus on activities that would produce significant environmental protection without stifling economic growth, and, second, to revise existing regulations to provide industries and states with greater flexibility in meeting our nation's environmental goals.

These aforementioned activities and achievements are part of an ongoing process of improving the health care status of our citizens and the system through which that care is delivered. The process by which we continue to achieve our goals must be ever-evolving. We must constantly take into account economic uncertainties, a rapidly changing science base, the need for more research and data, unpredictable shifts in popular interests and values, conflicts in trade-offs between health and other societal interests, and ethical considerations in an attempt to influence changes in people's customary habits.

Taking all these factors into consideration, Mr. President, the United States is approaching its goals for achieving health for all with emphasis on disease prevention and health promotion, improved health care services, better health care financing mechanisms, medical research, and strengthening of data systems necessary for adequate planning and evaluation functions. We recognize that these are all important components of a successful health care system that is truly responsive to individual and national needs. Our full report of this précis is available.

Report of the Delegation of Panama
Informe de la Delegación de Panamá

Dr. GARCIA DE PAREDES (Panamá): En nombre del Excelentísimo Señor Presidente de la República de Panamá, Lic. Ricardo de la Espriella, de su equipo de Gobierno, de las autoridades de salud y de nuestras comunidades, sean nuestras primeras palabras en este cónclave internacional para expresar el saludo más cordial a los colegas, gobiernos y pueblos aquí representados.

La ocasión es oportuna para expresar una vez más mi agradecimiento a esta Conferencia por la designación de que he sido objeto al elegirme para tan honroso cargo. Además deseamos felicitar a los colegas designados Vicepresidentes, al Relator y al Presidente de la Comisión de Trabajo A. Nuestro agradecimiento se extiende al Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y a su equipo de trabajo, por la valiosa labor desarrollada durante los últimos cuatro años, tal como se desprende del informe de actividades que acabamos de revisar y analizar, lo cual viene a consolidar el prestigio de que goza este organismo de salud en el campo internacional.

No hay duda de que todos los países influidos por los factores económicos adversos que se registran a escala mundial están revisando sus políticas y estrategias de trabajo para agilizar sus programas y poder alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Es conveniente destacar que en esta acción conjugan sus esfuerzos e intenciones los gobiernos y las comunidades organizadas, señalando caminos, abriendo trochas y reorganizando recursos para hacer más factible y viable la materialización dentro del lapso previsto, de la meta prevista.

En el caso específico de nuestro país, los indicadores demográficos revelan que se han producido cambios en la conducta reproductiva de su población, cuya natalidad descendió de 28,3 por cada 1.000 habitantes, en el año 1978, a 27,7 en 1981. Durante el mismo período la importancia relativa de la población menor de 15 años de edad disminuyó de 41,5% a 39,8%.

Durante el período en referencia, los cambios que se han operado en los más importantes indicadores de salud revelan un mejoramiento progresivo del nivel de salud de la población panameña, pese a la desaceleración del crecimiento económico registrado en el país.

Las transformaciones sufridas en la morbilidad y en las causas de mortalidad han hecho que la esperanza de vida al nacer, que en 1978 era de un promedio de 69,7 años de vida, alcanzara en 1981 la cifra de 70,2; la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes, que en 1978 fue de 5,7, en 1981 se había reducido a 4,2 y la tasa de mortalidad infantil, que en 1978 fue de 24,1 por cada 1.000 nacidos vivos, descendió en 1981 a 21,2, conservándose como una de las más bajas de Latinoamérica. En el mismo período, la tasa de mortalidad materna se redujo de 0,9 a 0,7 por cada 1.000 nacidos vivos. La atención profesional del parto aumentó de 77,3 a 79,9% en los años de 1978 a 1981.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria, los accidentes, suicidios y homicidios, las complicaciones del embarazo, y las enfermedades del aparato genitourinario ocupan los tres primeros lugares, en orden de importancia.

En relación con las enfermedades transmisibles, los programas de vigilancia epidemiológica, la aplicación de las cadenas de frío y la intensificación de los programas de vacunación han permitido que en nuestro país no se haya presentado ningún caso de poliomielitis desde 1972. El último caso de difteria se registró en 1981, cuando hubo también un pequeño brote de sarampión en la región metropolitana.

En lo que se refiere a indicadores del medio ambiente, el porcentaje de población beneficiada por el acceso al agua potable se mantuvo en un promedio de 82,8%, llegando al 100% en el área urbana y al 65,1% en el medio rural. Hasta 1977 se habían construido 5.635 pozos, cifra que se aumentó con 868 unidades nuevas en el período 1978-1981, para alcanzar una cifra total de 6.503. El número de acueductos construidos hasta 1977 fue de 556, a los cuales hay que agregar los 368 construidos en el período 1978-1981, o sea un total de 924.

Los casos registrados de malaria que en 1978 alcanzaron la cifra más baja hasta el presente, es decir 263 casos, experimentaron un ligero incremento en 1981, cuando llegaron a 341. Existen focos de la enfermedad en algunos puntos del Darién y de la Comarca de San Blas en la frontera con Colombia.

En cuanto a los recursos humanos, Panamá ha incrementado sus cifras en proporción a la población existente en lo que se relaciona con médicos por habitantes, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc., y sobre todo los asistentes de salud, creados por ley y que son hoy uno de los elementos que desde los 240 puestos de salud que han sido creados en las áreas menos accesibles del país, nos sirven de apoyo para la extensión de la cobertura de los servicios en las regiones más apartadas.

Los cambios experimentados en el nivel y estructura de la salud de la población panameña reflejan la importancia que se concedió al sector salud. En efecto, para el año 1970, el Gobierno destinó un presupuesto de 53,2 millones de balboas a salud; para 1975, 105,4 millones; y para 1982, 244,8 millones. Dicho en otras palabras, el gasto per cápita en salud aumentó de 37,3 balboas en 1970 a 128,5 balboas en 1982.

La magnitud de los recursos financieros canalizados al sector salud se refleja en el incremento de los recursos disponibles. En efecto, el número de médicos por 10.000 habitantes creció de 6,0 en 1970 a 7,5 en 1975, y a 10,0 en 1981. El número de odontólogos aumentó de 1,2 por 10.000 habitantes en 1970 a 1,8 en 1981.

Todo este incremento se ha traducido en una mayor atención. Así, por ejemplo, las consultas médicas aumentaron de 2,4 millones en 1978 a 2,8 millones en 1981; las consultas odontológicas ascendieron de 522.000 en 1978 a 564.000 en 1981, y los egresos hospitalarios se elevaron de 108.500 en 1978 a 144.000 en 1981.

Debido a su condición de país de tránsito, durante el período 1981-1982 se presentaron en Panamá brotes de conjuntivitis vírica y de meningitis vírica, los cuales, mediante una adecuada organización del equipo de salud y la participación responsable y consciente de la comunidad, pudieron ser controlados.

Los factores negativos que se han presentado durante el desarrollo de los programas y que han sido identificados tanto por mis antecesores en estos últimos cuatro años como por quien les habla, encargado recientemente del Ministerio de Salud, han obligado a una serie de cambios que se han traducido en la reorganización de ese Ministerio. Esto ha permitido fortalecer las unidades de planificación, salud ambiental, ingeniería, arquitectura y mantenimiento, y conceder una mayor participación a la dirección general de salud, la dirección administrativa y la auditoría interna y ampliar el nivel de asesoría del despacho ministerial.

No existe la menor duda de que con la participación efectiva del equipo de salud y esa rica potencialidad que representa la comunidad organizada, la acción de los representantes de corregimientos y los gobiernos locales, Panamá ha logrado cambios significativos en el desarrollo de sus programas de salud en beneficio de la población. Quiero enfatizar que estos cambios son una verdadera revolución en el campo de la salud y que se han logrado sin grandes sacrificios políticos ni sociales. Pero aun así, no estamos conformes, porque todavía queda mucho por hacer, sobre todo en la ampliación de la cobertura de

los programas. De modo que tenemos un doble reto al que responder en el año 2000; alcanzar la meta de salud para todos los panameños y ejercer la soberanía total sobre nuestro territorio.

Report of the Delegation of Trinidad and Tobago
Informe de la Delegación de Trinidad y Tabago

Dr. PAUL (Trinidad and Tobago): Mr. President, Dr. Mahler, Dr. Acuña, I have the pleasure of presenting to this distinguished Assembly Trinidad and Tobago's country report on important developments in the health field during the past four years.

With respect to the health institutions in the area of organization and administration, we report the establishment of the National Hospital Management Company, which has been given responsibility for the procurement of drugs and hospital supplies and the maintenance of equipment, buildings, and grounds. This is an autonomous company under its own ordinance, governed by a board and set up with a capital having the Corporation as its main shareholder. It is a nonprofit organization. The Company is financially responsible to the Minister of State Enterprises, and functionally, to the Minister of Health and Environment. According to its Articles of Association, it reduces the usual procedures for acquiring supplies and services, and is thereby empowered to act expeditiously.

In the area of facilities, we note the addition of 110 beds to the overall bed strength of the country by the commissioning and construction of the Mount Hope Maternity Hospital. This women's hospital also contains 25 neonatal beds. It is the first hospital with a chief of medical staff whose function is to oversee medical matters and the functioning of the various patient-oriented departments, leaving the day-to-day management of the hospital to the hospital manager.

In the area of community health services, we list, first, the strengthening of health teams at the regional level. Health teams function under the direction of a County Medical Officer of Health and the staff establishment has been improved by the inclusion of more lay administrative officers, the introduction of social workers and dental nurses, all at the county level.

Second, improvement of facilities for primary health care. New buildings have been erected and others have been renovated.

Third, extension of care to provide 24-hour service with the aim of reducing overcrowding and improper use of hospital accident and emergency departments. This 24-hour service is being provided at health-center level, the aim being to have one such facility functioning in each county.

Fourth, a new approach in the delivery of health care at the primary level: A pilot project is being carried out using triage and a system of providing mixed services and of treating patients as they come in, rather than in traditional special clinics, for example, prenatal or child welfare, family planning, or chronic disease sessions.

Fifth, establishment of a multidisciplinary child care center that aims at being a model center for child care and at providing continuing training and service capabilities. Emphasis is on the placement of children who are economically or socially deprived, giving attention to early childhood stimulation and ensuring continuing involvement in the community in the affairs of the center.

Sixth, establishment of a dental nurses training school, the training of dental nurses, and placement in the field to provide full dental care for children up to the age of 12. Services for other target groups are continuing with the functioning of professional dental officers. Full dental care is being made available up to age 14 and emergency care is provided beyond that age.

Seventh, improvement of a community mental health program by establishing extended care centers. The thrust of this improvement is in increased emphasis on day-care and rehabilitation, and continued interest in primary level care and community participation in the mental health program.

Eighth, collaboration with the Ministry of Education in a survey to assess handicapping conditions in children. Special attention was given to vision, hearing, speech, and physical defects and to the assessment of psychological and behavior tests to determine techniques that would be suitable for use in our country.

Ninth, establishment of a school nutrition company as a state enterprise to be responsible for the school-feeding program. To date, 5,000 meals per day are being provided.

Tenth, assignment of a health education officer to the country teams to strengthen the promotional aspects of health care.

Eleventh, participation in the Expanded Program on Immunization (EPI) Revolving Fund for the purchase of vaccines. Measles has been introduced as part of our EPI, and yellow fever and rubella vaccines have also been added.

Twelfth, acquisition of the major part of equipment necessary to ensure maintenance of the cold chain.

In terms of innovation in programs in the area of epidemiological surveillance, three techniques have definitely improved the surveillance system in relation to communicable diseases: First, the contribution of sentinel physicians in the reporting system; second, personal contact and visits of county and medical officers of the health staff with medical practitioners in the private health care sector; and third, visits by public health staff to state hospitals.

Although a number of communicable diseases are notifiable, compliance by the private health sector is frequently late or nonexistent. In 1973 sentinel physicians were introduced into the surveillance system. They were six in number and consisted of private practitioners who reported daily or weekly, depending on the nature of the illness and the cases of communicable diseases seen in his or her practice. This source of information proved to be of great value in the early detection of potential outbreaks and in some cases of important diseases, for example, malaria. In 1980 this number was increased to 13 strategically distributed throughout the country. Their reporting has greatly increased the sensitivity of the surveillance system, and very early changes in disease occurrence have frequently been detected on the basis of their reports. We hope to gradually increase this number and eventually utilize their services in case finding as well. Laboratory backup is being provided by the Government at no cost.

One of the advantages of a small country is the potential for close contact among peer groups. The county system of health care delivery enhances this by subdividing the area to be covered. County medical health officers have, to varying degrees, established contact with private medical practitioners who practice in their county. These contacts range from telephone calls to regular visits to their offices by the district health visitor. Two-way communication was established and has greatly improved case reporting as well as assistance in the follow-up of contacts of selected communicable diseases.

Regular, routine visits are also made to the major state hospitals where admissions are reviewed and information relevant to the contacts is obtained. This activity is shared between the staff of the National Epidemiological Surveillance Unit and that of the counties.

In the area of environmental health, the renaming of the Ministry of Health as the Ministry of Health and Environment and the creation of the post of Principal Medical Officer, Environmental Health, has consequently brought much attention to environmental quality and control. The creation of the Solid Waste Management Company, a company limited by shares and with responsibility for handling waste and other incidental matters, has also strengthened our hand in this area. There have been significant amendments to the Litter Act of 1973, whereby litter prevention wardens can issue clean-up orders requiring the removal of litter. We have established an Occupational Health Unit with a trained specialist medical officer and we have trained nurses in this area. The Ministry of Health and Environment has collaborated with the Ministry of Agriculture in mounting a workshop on the agromedical approach to handling of pesticides and toxic chemicals. We are continuing to expand laboratory capabilities to deal with environmental monitoring. We are engaged in joint research with the Institute of Marine Affairs of Trinidad and Tobago, to define standards for coastal water quality. There is at the moment an ongoing exercise to monitor such water quality. We have just completed the training of 39 public health inspectors in a revised two-year basic program run by the University of the West Indies.

These, Mr. President, are the main accomplishments in the last four years in our continued efforts to achieve, for the 1.2 million inhabitants of Trinidad and Tobago, the goal of health for all by the year 2000. Thank you.

Report of the Delegation of Paraguay
Informe de la Delegación de Paraguay

Dr. GODOY (Paraguay): El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay orientó, en el transcurso del cuatrienio, el desarrollo de las programaciones y actividades establecidas en el Plan Nacional de Salud 1976-1980 y su continuación, el correspondiente al bienio 1981-1982, hacia la concreción de positivas acciones sanitarias que fueron factibles gracias a la estabilidad política, la paz y seguridad imperantes en el país durante más de un cuarto de siglo.

La política sanitaria cumplida bajo los lineamientos básicos de aumentar la esperanza de vida, extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población del país y contribuir al crecimiento y desarrollo económico social se desarrolló en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, establecido a nivel de la Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República, el cual cubre la ejecución de empresas integrales dirigidas hacia el bienestar.

Es de resaltar el énfasis concedido a los programas de fortalecimiento de la infraestructura física apoyada por la capacitación de los recursos humanos necesarios para insistir particularmente en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, para lo cual han constituido un importante apoyo los fondos procedentes del Convenio suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de otras fuentes.

Las obras de construcción conjunta con el Brasil de la gigantesca represa de Itaipú, que será la mayor del mundo, significaron el cumplimiento de programaciones conducentes a la protección de la salud pública y la prevención de daños derivados de las modificaciones ecológicas que pueden aparecer en el área, en especial en aspectos vinculados a la incidencia y prevalencia de paludismo, esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis y otras enfermedades transmisibles. Estas programaciones sanitarias se desarrollaron sobre la base de convenios existentes con el ente binacional.

Igualmente, a partir de 1980 comenzó el desarrollo de un Plan Operativo Sanitario en la zona de construcción de la represa hidroeléctrica de Yacyretá, importante empresa llevada a cabo conjuntamente con la Argentina y que ha determinado la intensificación del desarrollo de programas enfocados hacia la necesaria y eficiente protección de la salud de

los habitantes de dicha área, de manera simultánea con esfuerzos similares desplegados por el vecino país.

Gracias al Código Sanitario, están reguladas las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas vinculadas en la materia. Las disposiciones contenidas en los siete libros que lo componen han sido objeto de la necesaria reglamentación conducente a su debida aplicación.

En virtud de una ley de 1980, se creó el Centro Médico Nacional, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con objeto de proporcionar atención médico-sanitaria, preventiva y curativa, a la par de constituir la unidad de capacitación profesional y de investigaciones. Contará con un servicio hospitalario con capacidad de 500 camas y viene desarrollando planes y programas coordinados con el Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar, Sanidad Policial y Sanidad Municipal.

La política sanitaria eminentemente ruralista denominada "mirar al campo" formó parte del cuatrienio del desarrollo de la meta de salud para todos en el año 2000 y su aplicación sobre la base de la estrategia de la atención primaria de salud se ha concretado en los planes de acción y las aperturas programáticas vigentes en el país.

Durante el cuatrienio se cumplieron etapas de trabajos en los que fue valiosa la cooperación técnica recibida de la OPS/OMS. El Ministerio de Salud Pública aumentó progresivamente la cobertura de la población en materia de inmunizaciones, y se avanzó de manera razonable hacia la consecución de las metas propuestas. El nivel de protección alcanzado por las vacunaciones incidió favorablemente en la prevención de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles.

Las inmunizaciones, en su mayoría, alcanzaron entre el 40 y el 60% de las metas programadas, lo que ha significado un avance evidente con respecto a años anteriores.

Se arbitraron medidas de vigilancia epidemiológica permanente de las enfermedades sujetas a este control, lo que permitió detectar en su inicio los brotes epidémicos de poliomielitis y de infección meningocócica ocurridos en 1977.

Prosiguió en forma regular el control de planorbídeos que pudieran estar infectados por el esquistosoma.

Se intensificaron los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual, en especial en áreas de migración interna como las zonas de obras hidroeléctricas y se adoptaron nuevos planes de tratamiento y control de contactos. En 1980 se detectó un ligero repunte de la prevalencia de casos de gonorrea y sífilis en regiones fronterizas del país.

En el programa de control de la tuberculosis se enfatizó el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de casos, a base de agentes antimicrobianos y quimioprotectores, apoyados por la vacunación BCG, todo lo cual confluía para alcanzar una reducción significativa de la morbilidad de la enfermedad en el presente cuatrienio. Los medicamentos utilizados fueron el Rifadín y el Isoprodian y, dentro de un programa coordinado entre el Ministerio, la Sanidad Militar y la Cátedra de Tisiología de la Facultad de Ciencias Médicas se ha utilizado la hidrácida compuesta 550, con resultados evaluados como positivos.

Con la asistencia de los Gobiernos del Japón y de Alemania y de la Iglesia Mennonita, y la asesoría técnica de la OPS/OMS, se desarrolló con normalidad el programa de control de leprosos cuyo número registrado a comienzos de 1981 era de 5.140, de los

cuales 67% recibieron atención ministerial. Prosiguieron las investigaciones en armadillos, parte de los cuales fueron inoculados con bacilos provenientes del leproario de Carville, Estados Unidos de América.

Continuó la aplicación de nuevos métodos de diagnóstico de la enfermedad de Chagas, en especial el PAP (Peroxidasa-antiperoxidasa).

Dentro del programa de control de las enfermedades zoonóticas, el de la rabia sigue constituyendo una de las de mayor gravitación por el riesgo potencial contra la salud de la población, debido al creciente incremento de la población canina.

El Programa de Erradicación de la Malaria, bajo la dirección del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, prosiguió sus actividades de vigilancia epidemiológica, muy especialmente en la zona fronteriza con el Brasil.

Se concretaron asimismo los recursos necesarios en las zonas de explotación hidroenergética, con énfasis en Yacyretá y el sector Pilcomayo de la región occidental, donde se practicaron simultáneamente estudios entomológicos y parasitológicos relativos a la lucha contra la enfermedad de Chagas y otras enfermedades metaxénicas.

El recrudecimiento de la aparición de casos de fiebre amarilla y dengue en países limítrofes hizo indicada la aplicación de medidas convencionales de control y vigilancia. Se detectó la reinfestación del mosquito A. aegypti, cuya erradicación fue declarada en 1957. Con la colaboración técnica de la OPS/OMS, se planearon y ejecutaron medidas de control de la reinfestación detectada en 1981, por lo que el Ministerio, a través del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, está en plena etapa de hacer frente a la nueva situación epidemiológica creada.

Las operaciones de rociadura, programadas en dos ciclos semestrales, se cumplieron en ambas regiones geográficas del país, utilizándose, según los casos, DDT al 75% y Sumithion FC al 20%, e igualmente fueron practicadas investigaciones epidemiológicas en todos los lugares en que aparecieron casos de malaria.

Desde 1979, los servicios de salud utilizaron la metodología de la rehidratación oral como parte del tratamiento y prevención de la diarrea infantil, que fue expandiéndose posteriormente a todas las regiones sanitarias. Los lineamientos técnicos y el material informativo contaron con la asesoría de expertos de la OPS/OMS, y uno de sus componentes fue el desarrollo de seminarios informativos sobre esta materia. El programa de rehidratación contó con la rápida aceptación de los profesionales médicos, que notaron la indiscutible eficacia terapéutica del mismo. Los departamentos de servicios médicos y materno-infantil coparticiparon con la Dirección de Estadísticas y Censos y la Federación Mundial de la Fecundidad para la realización de la Encuesta Nacional de Fecundidad.

Con referencia al cáncer, continuó la asistencia de la OPS/OMS para perfeccionar y funcionalizar la organización del Registro Nacional de Tumores, cuyas actividades básicas son contabilizar y analizar la patología tumoral detectada en los centros hospitalarios y privados.

En 1978 se publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1976. Los resultados obtenidos en la evaluación cliniconutricional, antropométrica y dietética revelaron, en general, un mejoramiento de la situación con respecto a datos similares reunidos en la investigación a nivel nacional realizada en 1965.

Los hallazgos clínicos más frecuentes indicaron cierta relación con el insuficiente consumo de vitamina A, riboflavina, yodo, calcio; las medidas antropométricas de niños menores de 24 meses denotaron índices de superación con respecto a los observados anteriormente.

El control del uso y abuso de drogas estupefacientes y narcóticos se llevó a cabo en parte a través del Laboratorio Central y reveló que el problema no acusa niveles de trascendencia sanitario-social. Se estima que aproximadamente 80.000 personas son adictas al uso de sustancias psicoactivas y se están arbitrando medidas a nivel oficial y comunitario para el restablecimiento de estos casos.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) intensificó durante el cuatrienio fundamentalmente el aprovisionamiento de agua potable en localidades menores de 4.000 habitantes, para lo cual contó con recursos propios, aportes de materiales y equipos del UNICEF, asistencia técnica de la OPS/OMS y la participación de las propias comunidades beneficiadas. Colaboró asimismo con fondos el Banco Mundial, el Fondo de Preinversiones, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y donaciones procedentes del Gobierno de la República de Alemania.

En 1978 se montaron en el interior del país 935 instalaciones en abastecimiento de agua.

En 1980 se desarrolló un programa especial para la atención de familias damnificadas por la creciente del río Paraguay, por medio de la construcción de letrinas sanitarias, grifos públicos y eliminación de basuras.

Dentro del Programa de Construcción de Sistemas de Agua Corriente se integraron en 77 localidades, las Juntas de Saneamiento para obtener la participación comunitaria en estas empresas.

En el cuatrienio, SENASA concretó la habilitación de sistemas de provisión de agua corriente a 36 localidades del interior del país, con creciente cobertura de la población, que es actualmente del orden de 55.000 habitantes. El SENASA se encuentra en distintas etapas de trabajo para concretar en la próxima etapa la provisión de sistemas de agua corriente a la población de 22 comunidades rurales del país.

Se ofreció adiestramiento durante el servicio a inspectores de saneamiento, auxiliares de saneamiento, mantenimiento de equipos de perforación, supervisores en lucha contra la parasitosis intestinal y otro personal.

El Programa de Control de Higiene de los Alimentos se llevó a cabo a base de las disposiciones del Código Sanitario.

Se completaron estudios de levantamiento planialtimétrico de 21 localidades.

En relación con el Decenio del Agua y Saneamiento, se realizó en Asunción un seminario sobre "Bases para un Plan Nacional de Agua Potable y Saneamiento", de una semana de duración.

El plan establecido en el Convenio suscrito con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y elaborado por funcionarios nacionales y de la OPS proyectó la creación de 157 puestos de salud, 47 centros de salud, y la ampliación de 6 centros de salud regionales, con lo que se aumentan a 102 las instituciones que vienen a reforzar nuestra infraestructura.

Se procedió al adiestramiento de todos los trabajadores de salud de nivel universitario, técnico y auxiliar.

En 1978 se obtuvo del BID, mediante un convenio de cooperación técnica no reembolsable, una contribución de US\$135.000, que posibilitó el estudio de factibilidad completa para un préstamo de mayor cuantía en el futuro.

El Convenio correspondiente se concretó en diciembre de 1978, y el crédito otorgado fue de US\$4.900.000, más un crédito no reembolsable de US\$402.600 para la formación de recursos humanos. En 1979 el Convenio fue aprobado por la Ley No. 747 y se inició la creación de los primeros puestos de salud.

En 1980 se fijó como contrapartida nacional la cantidad de US\$1.200.000 o su equivalente en guaraníes.

Los objetivos específicos determinados para el término de cuatro años fueron básicamente la formación de personal mediante cursos, seminarios y talleres que capacitarían a 3.183 personas de los tres niveles, así como a 2.000 colaboradores voluntarios. Asimismo se decidió proceder a la construcción y dotación de equipo de 81 puestos de salud, otros 7 puestos de salud, y 2 centros de salud.

Importante capítulo de trabajo constituyó el proceso de capacitación de los recursos humanos de salud, tanto en el exterior como por medio de cursos oficiales, cursillos, seminarios, talleres y actividades similares.

A efectos del desarrollo de programas y cumplimiento de compromisos, el presupuesto ministerial se incrementó de 3,01 en 1978 a 7,21 en 1981 en relación con el presupuesto de gastos de la Nación. En 1981 el presupuesto del Ministerio aumentó con respecto al de 1978 en un 355,67%.

Es de destacar la pujanza y normalidad con que se viene incrementando la extensión de la cobertura sanitaria rural, en carácter de estrategia para el cumplimiento de las políticas sanitarias de "mirar al campo" y la de alcanzar la "salud para todos en el año 2000".

El rápido desarrollo de la infraestructura física, el refuerzo, formación y capacitación de los recursos humanos con la creciente expansión de medios económicos, posibilitaron una acción coherente hacia la consecución de mejores niveles de salud y permitieron contribuir a conceder una mayor amplitud a la esperanza de vida y el bienestar de los habitantes del país.

The PRESIDENT: Thank you, Delegate of Paraguay. It is now 12:35 p.m. I think at this juncture that we should adjourn, but before we do so, I would like to state that on resumption at 2:30 p.m. the following countries will be called upon to speak in the order in which I am going to call them: Cuba, Saint Lucia, Barbados, Nicaragua, Dominica, France, St. Vincent and the Grenadines, El Salvador, Haiti, and Chile. This is provided that time permits, because we should end at 5:30 p.m. I would exhort you to try and be prompt so we can start precisely at 2:30. The session is now adjourned.

The session rose at 12:35 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:35 p.m.

FOURTH PLENARY SESSION
CUARTA SESION PLENARIA

Tuesday, 21 September 1982, at 2:30 p.m.
Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Neville Connell

(Trinidad and Tobago)

THIRD REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
TERCER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Dr. BALAGUER (Uruguay): Sr. Presidente, la Comisión de Credenciales celebró su tercera sesión el 21 de septiembre de 1982 a las 8:30 a.m. Se examinaron y encontraron aceptables las credenciales de Belice y Suriname. La Comisión se reunirá nuevamente para examinar otras credenciales que se reciban. Gracias.

Decision: The third report of the Committee on Credentials was unanimously adopted.
Decisión: Se aprueba por unanimidad el tercer informe de la Comisión de Credenciales.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

- ITEM 4: REPORT OF THE WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION (conclusion)
TEMA 4: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6-B DE LA CONSTITUCION DE LA OPS (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/1 sobre la restitución de los privilegios de voto dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the working party on the application of Article 6.B of the PAHO Constitution of the Pan American Health Organization, relating to the suspension of voting privileges of Governments that fail to meet their financial obligations,

RESOLVES:

To permit the delegates of the countries mentioned in the report of the working party to vote at the XXI Pan American Sanitary Conference.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud relativo a la suspensión de los privilegios de voto de los Gobiernos que dejen de cumplir sus obligaciones financieras,

RESUELVE:

Permitir a los delegados de los países mencionados en el informe del grupo de trabajo votar en la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 33: AMENDMENTS TO THE RULES OF PROCEDURE OF THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
(conclusion)
TEMA 33: ENMIENDAS AL REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
(conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/2 sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the amendments to the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference recommended by the 88th Meeting of the Executive Committee and contained in Document CSP21/8; and

Considering the desirability of facilitating the conduct of business at meetings of the Pan American Sanitary Conference,

RESOLVES:

To adopt the following wording for Rules of Procedure 45, 46, and 53:

Rule 45

For the purpose of these Rules, "Governments present and voting" means Governments casting a valid affirmative or negative vote; or in an election, a valid vote for a person or a Government eligible in accordance with the Constitution or these Rules of Procedure. For the purpose of these Rules, "majority" means any number of votes greater than half the votes cast by the Governments present and voting or, in the case of the election of the Director, any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization. Governments abstaining from voting or who cast blank ballots or invalid votes are considered as not voting. In computing a majority, any fraction shall be counted as a whole number.

Rule 46

A motion shall be considered adopted when it has received the affirmative vote of the majority of the Governments present and voting, except when the Constitution or these Rules of Procedure otherwise provide. If the votes are equally divided on a matter other than an election the motion will be regarded as not adopted.

Rule 53

In an election each Government, unless it abstains, shall vote for that number of candidates equal to or less than the number of elective places to be filled. Any ballot paper on which there are more names than there are elective places to be filled, or on which the name of any candidate appears more than once, or which is illegible or signed or which reveals the identity of the voter, shall be considered null and void.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado las enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana recomendadas por el Comité Ejecutivo en su 88a Reunión (Documento CSP21/8), y

Considerando la conveniencia de facilitar la marcha de los trabajos en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Adoptar los textos que siguen para los artículos 45, 46 y 53 de su Reglamento Interno:

Artículo 45

A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "Gobiernos presentes y votantes" los que emitan un voto válido afirmativo o negativo o, en una elección, un voto válido a favor de una persona o un Gobierno elegible de acuerdo con la Constitución o con este Reglamento. A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "mayoría" cualquier número de votos mayor que la mitad de los votos emitidos por los Gobiernos presentes y votantes, o, en el caso de la elección del Director, cualquier número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización. Se considerará como no votantes a los Gobiernos que se abstengan de votar o a los que emitan votos en blanco o inválidos. En el cómputo de la mayoría requerida en cualquier votación, toda fracción se computará como un número entero.

Artículo 46

Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o este Reglamento dispongan otra cosa. En caso de empate, sobre asuntos que no sean una elección, la moción se considerará no aprobada.

Artículo 53

En una elección, cada Gobierno, a menos que se abstenga, votará por un número de candidatos igual o menor que el número de puestos electivos que haya por cubrir. Se considerarán nulas y sin efecto las boletas de voto en que figure un número de nombres mayor que el de puestos electivos a cubrir, en las que el nombre del mismo candidato figure más de una vez, las ilegibles y las firmadas o que revelen la identidad del votante.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 10: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE (conclusion)

TEMA 10: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/3 sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CSP21/27) on the work of the Committee from October 1981 to date, the period during which the 87th and 88th Meetings were held; and

Bearing in mind the provisions of Article 9.C of the Constitution of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To take note of the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CSP21/27).

2. To congratulate the Chairman and the other members of the Committee on their excellent work.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/27) sobre la labor realizada por el Comité desde octubre de 1981 hasta la fecha, período durante el cual se celebraron las 87a y 88a Reuniones, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 9-C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/27).

2. Felicitar al Presidente y a los demás miembros del Comité por la excelente labor realizada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 11: QUADRENNIAL REPORT, 1978-1981, AND ANNUAL REPORT, 1981, OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (conclusion)

TEMA 11: INFORME CUADRIENAL 1978-1981, E INFORME ANUAL, 1981, DEL DIRECTOR DEL LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/4 sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Quadrennial Report, 1978-1981, and Annual Report, 1981, of the Director of the Bureau on the activities of the Pan American Health Organization during the period between the XX and XXI Pan American Sanitary Conferences (Official Document 183); and

Bearing in mind the provisions of Article 4.F of the Constitution of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

To approve the Quadrennial and Annual Reports of the Director (Official Document 183) to the Governments of the Pan American Health Organization, and to congratulate the Director and the staff of the Bureau on the work accomplished in the past four years.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Cuadrienal, 1978-1981, e Informe Anual, 1981, del Director de la Oficina sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud durante el período comprendido entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas (Documento Oficial 183), y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 4-F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director (Documento Oficial 183) a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud, y felicitar al Director y al personal de la Oficina por la labor realizada durante los últimos cuatro años.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 20: ELECTION OF THE MODERATOR AND RAPPOREUR FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS

TEMA 20: ELECCION DEL DIRECTOR DE DEBATES Y DEL RELATOR DE LAS DISCUSIONES TECNICAS

Dr. BERRIOS (El Salvador): La Delegación de El Salvador, la cual tengo el honor de representar, solicita al Señor Presidente, a los honorables miembros de la Mesa Directiva y a los distinguidos integrantes de las diferentes delegaciones a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana su venia para que acepten como Relator de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar los días viernes y sábado, 24 y 25 del presente, al Dr. Gustavo Corrales, miembro de la Honorable Delegación que representa a la hermana República de Honduras. Muchísimas gracias, Señor Presidente.

Dr. RODRIGUEZ SOTO (Honduras): Agradezco al Dr. Berríos, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, la propuesta del Dr. Gustavo Corrales, Director General de Salud de Honduras, como Relator en las sesiones del viernes y del sábado próximos. Al agradecer también la aceptación de los distinguidos delegados de los demás países de América, quiero decirles que nos sentimos muy honrados y dispuestos a colaborar en estas deliberaciones. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? If there are no other nominations, then Dr. Gustavo Corrales will be appointed Rapporteur.

It was so agreed.

Así se acuerda.

The PRESIDENT: The post of Moderator is now open for nomination.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Señor Presidente, en nombre del Uruguay, tengo el honor de proponer como Director de Debates de las Discusiones Técnicas al Señor Ministro de Salud Pública de la hermana República de Argentina, Dr. Horacio Rodríguez Castells.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? If there are no other nominations, then Dr. Castells of Argentina is declared Moderator of the Technical Discussions.

It was so agreed.

Así se acuerda.

ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND THE PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XX AND THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (continued)

TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XX Y LA XXI CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

Report of the Delegation of Cuba
Informe de la Delegación de Cuba

Dr. RAMIREZ (Cuba): En nombre de la Delegación cubana a esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, deseo hacerles llegar un saludo fraternal a los distinguidos

señores participantes, y a la vez, expresarles nuestro sincero deseo de éxito al Señor Presidente, y a los demás integrantes de la Mesa, que tendrán la responsabilidad de conducir esta importante Reunión por la senda de un trabajo fecundo, como lo presagia y exige el programa de temas de esta Conferencia. Contarán, estamos seguros, con la colaboración de todas las delegaciones, para hacerles un tanto más fácil la responsabilidad que han asumido.

La Delegación de Cuba expresa la satisfacción que nos embarga al participar en este foro de tan alta jerarquía científica y humana. La salud es uno de los componentes fundamentales de la calidad de la vida del hombre y requisito indispensable para alcanzar un alto nivel de educación y cultura, desarrollo intelectual y físico, y una óptima capacidad de trabajo, características esenciales del hombre al que aspiramos para nuestros pueblos.

Cuba es un Estado socialista donde el desarrollo actual y previsto de la salud pública descansa sobre la base de la ley fundamental que rige nuestro sistema social. Esta ley es la satisfacción de las siempre crecientes necesidades materiales y espirituales de la población, y donde los medios de producción son de propiedad social, lo cual posibilita la planificación centralizada de nuestra economía nacional. Aplicando las directivas de las más altas esferas del Gobierno, Estado y Partido, se confeccionó una estrategia de desarrollo perspectivo económico y social hasta el año 2000, comenzando por la concreción del contenido y alcance de los pronósticos, la descripción del problema objeto de la proyección y la selección de los indicadores, permitiéndonos organizar la secuencia del trabajo, distribuir las responsabilidades de ejecución y prever las debidas coordinaciones entre los participantes. Este estudio de la evolución del estado de salud de la población a través del análisis de los cambios demográficos ocurridos, de las tendencias y regularidades en la morbilidad y mortalidad, la identificación de factores favorables y desfavorables que incidieron en una etapa dada del desarrollo, además del conocimiento de otros componentes extrasectoriales que influyen directamente sobre la salud como son el empleo, la alimentación, la vivienda, la educación, el desarrollo comunal, la práctica masiva del deporte, el desarrollo de la ciencia, de la técnica, etc., posibilitaron el establecimiento del diagnóstico de la situación y la elaboración de un pronóstico complejo sobre la salud de la población cubana en el año 2000, y que constituye nuestra meta nacional para ese año.

Teniendo como premisa las leyes, principios y objetivos que rigen nuestro sistema social, Cuba con los esfuerzos de su pueblo, la solidaridad internacional y la cooperación de organismos internacionales, a pesar de las continuas agresiones sufridas en todos los terrenos, bajo las condiciones de un férreo y criminal bloqueo que dura ya más de 20 años, puede mostrar en esta Conferencia las profundas transformaciones logradas en el campo de la salud como fiel reflejo de un desarrollo integral general de nuestra patria que exhibe como expresión cuantitativa en los últimos cuatro años, 1977-1981, un saldo positivo de indicadores sanitarios nunca antes alcanzados en el país.

Durante ese cuadrienio, en mi país se brindó atención especial a cada una de las actividades que conforman los objetivos de nuestro sistema de salud, entre las que se destacan las destinadas a prolongar la esperanza de vida de la población y a reducir la mortalidad por las tres primeras causas de muerte en el país (enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y afecciones cerebrovasculares) a través del desarrollo de las investigaciones correspondientes. Además, erradicar o disminuir al mínimo las enfermedades transmisibles, ofrecer protección médico-social para los ancianos que la necesiten; dar prioridad y perfeccionar la atención preventiva-curativa a la madre y al niño; proporcionar atención médica para el trabajador, creando las condiciones necesarias para preservar su salud; alcanzar altos niveles de desarrollo en la higiene y conservación del ambiente; prestar atención especial a las actividades preventivas, tales como la educación para la salud, una alimentación adecuada, una recreación consecuente, la práctica masiva del deporte y la lucha contra el tabaco, la obesidad y el sedentarismo; incrementar

además el desarrollo científico técnico de la salud pública mediante la incorporación oportuna y la puesta en práctica de los logros y avances probados de la tecnología médica mundial; desarrollar y perfeccionar los aspectos tecnológicos de la industria médico-farmacéutica nacional, y continuar ampliando la base técnico-material del Sistema Nacional de Salud, perfeccionando la cobertura, accesibilidad y equidad de los servicios a la población.

Continuaremos también formando, tanto en cantidad como en calidad, a los profesionales y técnicos medios de la salud dotados del más elevado nivel científico-técnico y la formación político-ideológica, acorde con los principios de nuestra sociedad y los aspectos éticos morales de su humanitaria profesión, hasta hacer de nuestro país una verdadera potencia médica mundial. Nos proponemos, asimismo, utilizar con eficiencia y eficacia los recursos humanos, materiales y financieros, destinados al cuidado y preservación de la salud.

Como consecuencia lógica del impacto logrado, los resultados son como sigue: la población del país registró un incremento en el último año de 1,6%. De 1977 a 1981 los cambios en la estructura demográfica fueron: una reducción de 18,8% en el grupo de 0 a 14 años, un aumento de 12,8% en el grupo de 15 a 49 años, y de un 18,9% en el de 65 y más años, manteniéndose estacionario el grupo de 50 a 64 años.

La esperanza de vida al nacer se elevó a 73,5 años, la tasa de mortalidad infantil continuó descendiendo, al pasar de 25,0 en 1977 a 18,5 por 1.000 nacidos vivos en 1981; la mortalidad materna descendió en igual período de 49,2 a 40,4 por 100.000 nacidos vivos, con un 33,7% de reducción. La mortalidad por enfermedades diarreicas agudas descendió también de 6,6 a 3,5 por 100.000 habitantes. Ya durante 1981 no se registraron casos de meningitis tuberculosa, difteria, tétanos infantil, rabia humana y poliomielitis. Además se redujeron significativamente los casos de fiebre tifoidea, tuberculosis, lepra, tos ferina, tétanos, sarampión y sífilis, así como sus tasas de mortalidad. Por otro lado se perfeccionó el sistema de control higiénico epidemiológico con la creación y desarrollo de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología, y las unidades de control de vectores, ubicados en los municipios del país. Sus acciones permitieron controlar dos grandes epidemias de dengue introducidas en nuestra nación, la primera de 1977 a 1978 con 600.000 casos aproximadamente, y la segunda a mediados de 1981 producida por un serotipo completamente diferente, que produjo 344.203 casos notificados y 158 fallecidos con diferentes complicaciones.

Durante estos cuatro años se incrementaron en un 14,2% el número de médicos, en un 25,2% el de estomatólogos, en un 15,3% el de personal de enfermería, y en un 12,3% el de técnicos medios de la salud. En la actualidad disponemos de 16,6 médicos, 4,3 estomatólogos, 30,1 enfermeras y auxiliares de enfermería y 23,9 otros técnicos de la salud por 10.000 habitantes. En el período señalado se graduaron, como promedio anual, 825 médicos, 270 estomatólogos, 2,500 enfermeras y 2,000 técnicos medios.

En 1981 se brindaron a la población 50 millones de consultas médicas y 10 millones y medio de consultas estomatológicas, alcanzando un promedio de 5,0 consultas y 1,1 consultas estomatológicas por habitante, 8,5 consultas de puericultura por cada niño menor de un año, 0,8 por niño de 1 a 4 años, y 11,5 consultas por parto.

En el cuatrienio en cuestión se incrementaron nuestras unidades hospitalarias de la siguiente manera: en 19 policlínicos y en 21 unidades de asistencia social para alcanzar en 1981 4,7 camas de asistencia médica por 1.000 habitantes, y 9,3 camas en hogares de ancianos por 1.000 habitantes de 65 años y más.

Señores Delegados, los logros de la salud en Cuba no son un fenómeno providencial, un milagro político y social divorciado de las realidades de la sociedad moderna y de las ideas que se debaten en el universo político. Son el resultado de la acción

consciente y consecuente, ajustada a las leyes de la historia y de la sociedad humana. Si bien es verdad que los hombres no hacen ni pueden hacer la historia a su capricho, no es menos cierto que el desarrollo de las sociedades humanas tampoco es independiente de la acción del hombre. Ellas se estancan, se atrasan o avanzan en la medida en que cada sociedad y sus dirigentes se ajustan a las leyes que rigen sus destinos.

Sea, pues, Sr. Presidente y Sr. Director, este momento en que solemnemente reafirmemos la necesidad de unir inteligencias, recursos y esfuerzos para alcanzar un nuevo orden económico internacional que elimine las molestas desigualdades sociales y económicas entre las naciones, como un elemento más para alcanzar el más alto nivel de salud para todos los pueblos de América. Cuenten ustedes con la colaboración de nuestra Delegación en todo lo que signifique asegurarle el éxito de ese propósito tanpreciado y tan caro a la humanidad.

Report of the Delegation of Saint Lucia
Informe de la Delegación de Santa Lucía

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): Mr. President, Directors of PAHO and World Health Organization, on behalf of the Government of Saint Lucia, I have the pleasure of outlining the most important developments in the health field of the past four years.

There has been a reorganization of the administrative structure at the Head Office of the Ministry of Health in order to improve the management of the health services. A Director of Health Services was recruited in 1980 with assistance from the Office of Development and Administration (ODA) to be responsible for the administration, operation and development of Medical and Health Services in Saint Lucia. A Senior Management Committee chaired by the Permanent Secretary for Health has also been established at the Ministry of Health in order to plan, coordinate, improve, and evaluate the Ministry's policies and programs. Under the reorganized system, the Government intends to make significant advances in primary health care by: 1) systematic planning and evaluation of programs and services; 2) increasing the management capability of primary health care personnel; and 3) upgrading existing health care facilities.

In carrying out these policies, the Government recognizes that primary health care cannot be effective if delivered in isolation—it must form part of the broader health system and other components of the system (namely, secondary and tertiary health care) must be organized to support and not undermine it.

With the assistance of the Pan American Health Organization, a Health Policy and Health Development Plan for the period 1982-1985 has been completed and approved by the Government. Copies of the Plan have been sent to all Government Ministries for their information and also to facilitate intersectoral coordination. On the initiative of the Minister for Health, the Cabinet of Ministers has approved the principle of intersectoral coordination and copies of their decision have been circulated to all Permanent Secretaries in Saint Lucia.

Saint Lucia has been divided into six health districts for the purpose of developing primary health care. The Soufrière Health District, for example, was developed in February 1981 as a Model Health District with assistance from CARICOM/USAID. During the past 18 months, our Ministry has concentrated its efforts on implementing training programs to improve the management and service resources of this district and to develop the team approach in the delivery of health care for all categories of health workers. An evaluation of the developments in this district has already taken place and the positive experiences that emerge will be utilized in planning and implementing primary health care in the remaining five health districts.

Since 1978, the Ministry of Health has embarked on a program for the training and utilization of new categories of health workers. The Government of Saint Lucia is pleased to report that we now have 97 community health aides and by 1983 we expect to

achieve the goal of one community health aide for every 1,000 people. We have also trained 66 environmental health aides who perform the functions of multipurpose workers in the field of environmental sanitation. Four nurse practitioners have been trained and we expect shortly to expand training facilities for this category of worker in order to provide at least one family nurse practitioner for each health center during the period of the plan. Two additional nurse practitioners have been selected for training this year which will bring the number trained to six by 1983. It is pleasing to report that all these workers have been well received by their co-workers and have been performing a useful role in the communities they serve.

With a view to improving the existing system for the investigation and control of diseases, the Ministry of Health has established a National Epidemiological Surveillance Unit under the Chairmanship of the Director of Health Services whose responsibility it is to direct and coordinate all disease surveillance in the State. A Medical Officer of Health and two deputy epidemiologists have been appointed, and a mechanism for disease surveillance through the primary health care system has been established. In addition, the Health Information System both at the district and national levels is being strengthened through in-service training. In the field of communicable diseases, Saint Lucia is pleased to report that there have been no cases of any major infectious diseases during the period under review. We have well-established programs for immunization against the six preventable childhood diseases designated by WHO in its Expanded Program on Immunization: poliomyelitis, diphtheria, tetanus, whooping cough, tuberculosis and measles. There have been no cases of poliomyelitis during this period and a poliomyelitis antibody sera survey done in schoolchildren in 1981 revealed that between 70-99 per cent of the schoolchildren had antibodies to poliomyelitis types 1, 2 and 3.

A project for community-based rehabilitation and training of the disabled was launched in Saint Lucia in 1981 for the International Year of Disabled Persons, with assistance from WHO. This was the first project of its type in the Caribbean. There was simultaneous field testing of the WHO Manual on Rehabilitation of the Disabled in developing countries. Over 60 health workers have now been trained in this program, regarded as highly successful by WHO which continues to support it. This project has now been extended to the rest of the Region.

Saint Lucia has, in the aftermath of Hurricane Allen, refined and improved existing procedures for dealing with disasters and has prepared and published a National Plan for Disaster Preparedness. In addition, a) the Central Emergency Relief Organization has been strengthened by the appointment of a full-time coordinator; b) a booklet on Emergency Feeding in Disaster has been prepared in Saint Lucia with assistance from the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) and published for distribution; c) a Regional Workshop for the Eastern Caribbean on Hospital Management of Mass Casualties in Disasters was held in Saint Lucia, cosponsored by the Government of Saint Lucia, the Pan Caribbean Disaster Preparedness Organization, and PAHO/WHO; and d) the Steering Committee for the preparation of a Uniform Building Code under a CARICOM/USAID-funded project met in Saint Lucia in 1982 and has started to implement this regional project.

With the successful completion of the Schistosomiasis Research and Control Program in Saint Lucia, we have now launched into a five-year consolidation phase for schistosomiasis control in order to prevent a resurgence of transmission. We are implementing a program of continued snail control, human surveillance (especially of schoolchildren), and monitoring of potential areas of transmission of the disease.

The buildings donated by the Rockefeller Foundation were handed over to the Government of Saint Lucia in 1981 and the following projects are now accommodated in the complex: 1) Caribbean Environmental Health Institute, which was established under the aegis of the Caribbean Ministers of Health in January 1982 as a regional institute to assist in the development and implementation of regional environmental health programs

according to priorities established in the Environmental Action Plan for the Caribbean. A project for monitoring pollution of the marine and coastal environment has already started its activities. 2) Regional Allied Health Training Project for the LDCs of the Eastern Caribbean: public health inspectors, environmental health assistants, pharmacists, and dental hygienists are being trained with assistance from donor agencies to serve in the LDCs. 3) Primary care center for the Eastern Caribbean. This project is being established with assistance from the Kellogg Foundation and in association with the University of the West Indies for the training of undergraduate and postgraduate medical students in primary health care for the Eastern Caribbean. It will also assist in developing systems to enhance the delivery of primary health care in the LDCs. The project has three principal components: a) the University of the West Indies' regional components which began in September 1982; b) Saint Lucia's project for the development and expansion of primary health care facilities and supporting services in the country and for the training of the health manpower needed for the delivery of primary health care; and c) fellowships for the postgraduate training of LDC nationals in primary health care.

Implementation of the Project Agreement between the Government of Saint Lucia and the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) began in February 1980. Under the agreement, UNFPA undertook to provide financial assistance over a three-year period, now ending in 1982, while the Government of Saint Lucia contributed US\$112,000. The UNFPA contribution, however, was subsequently reduced in that same period. The three-year project in maternal and child health, family planning, and health education, aimed at an overall improvement of these services throughout the island, is specifically oriented to make family planning available to everyone who wishes to use this service. The project is designed to create a rapid awareness of the need for family planning in Saint Lucia and how this may be achieved on an individual basis. A Bureau of Health Education has been established with a staff of three health education officers, five family life educators, a media officer, two school health coordinators, a Maternal and Child Health/Family Planning (MCH/FP) supervisor and two family planning nurses. During 1981-1982, a number of seminars were held in mass communications, family life education, and the operation, maintenance, and storage of audiovisual equipment. The in-service training programs will be intensified in 1982. Special emphasis will be placed on training teachers after arrangements have been finalized with the Ministry of Education and Culture.

Among the efforts to control cancer, we report that the Saint Lucia Cancer Society has been formed, with Sir Allen Lewis, ex-Governor of Saint Lucia and present Chancellor of the University of the West Indies, as its first President.

The Ministry of Health has given due attention to the improvement of secondary health care services as an integral part of the development of the health services in Saint Lucia. The level of medical staffing at Victoria Hospital (the main secondary care facility in the State), is now at its highest level in years. We have recruited a consultant pathologist and a consultant pediatrician with assistance from the United Kingdom Overseas Development Agency, and plans are well under way for the construction of a new block to accommodate laboratory facilities for cytology, histology, hematology, and morbid anatomy. With assistance from the International Eye Foundation, the Ministry has established an eye care service both at primary and secondary care levels. Senior residents in ophthalmology from the Massachusetts Eye Hospital in the United States also visit Saint Lucia in rotation to work under the guidance of the consultant ophthalmologist from the International Eye Foundation.

There has also been considerable improvement in our Maternal and Child Health Care Services, which is reflected in declining levels of infant and prenatal mortality.

As a developing country, Saint Lucia is organizing its health services to provide for steady growth in the quality and quantity of health care and to meet, as far as possible, the health needs of the community at a cost that the country can afford. We

believe that the resources allocated to health are an investment in the nation's well-being and in its future and we look forward with confidence to fulfilling our objective of health for all by the year 2000.

Report of the Delegation of Barbados
Informe de la Delegación de Barbados

Dr. BRATHWAITE (Barbados): 1982 marks the final year of my Government's Development Plan for the period 1977-1982. The main health feature in this Plan is the proposed implementation of a national health service that will offer good quality health care to all Barbadians, irrespective of their social or economic status. The Barbados Drug Service, which is the first phase of the national health service, was implemented in 1980. Since then, Government dispensaries have been upgraded, and formulary drugs are available at a much lower cost than before. Through a special benefit service, the Government provides prescribed formulary drugs, free of charge, or at subsidized prices, to certain categories of patients. Private sector participation in this service has been favorable. In the second phase, general practitioners will be integrated into the service and will provide primary health care from private offices or Government clinics. In addition to its outpatient clinics, the Government, with the assistance of international funding agencies, has provided five polyclinics, each of which will offer curative and preventive health care in strategic, easily accessible locations. Five persons from our health sector have already attended PAHO regional workshops on primary health care (the main strategy for attaining health for all by the year 2000). The Ministry of Health also proposes to hold an interdisciplinary workshop in 1983 to plan further action to reach this goal.

In the area of communicable diseases, routine immunizations continue to be administered. In addition to the diseases of the EPI, immunization against rubella was introduced this year; we propose to institute immunization against mumps early next year. An Epidemiological Unit has formally been established, comprising staff trained at CAREC, and has been of much benefit in the surveillance and control of communicable diseases. The Government is very grateful to PAHO for the efficient and expeditious manner with which the EPI vaccines have been procured through the Revolving Fund. Control of tuberculosis and leprosy has been intensified by vigorous case-finding and contact-tracing activities, and short-course treatment regimens are in use. Though rabies does not exist in Barbados, the Veterinary Public Health Unit has prepared a contingency plan for dealing with the disease, should it occur. Stray dog and rodent control operations are effective but efforts are being made through health education to secure the cooperation of the entire public in these activities. Leptospirosis has continued to be a cause of concern and, in addition to rodent control measures, a vigorous and continuing health education program has been mounted to combat the disease. A Leptospirosis Research Unit, funded by the Medical Research Council of the United Kingdom, has been set up and valuable work on the disease is being undertaken.

The incidence of malnutrition in infants and children has been on the decline over the years. Up-to-date information about the health of the population was gained through a national health and nutrition survey conducted in 1981 by the National Nutrition Centre and programs are being planned to meet the needs identified by the survey.

In the area of family planning, a great measure of success has been achieved. In 1979 the Barbados Family Planning Association celebrated its 25th Anniversary and is continuing to do good work in the community. Clinical services, previously provided only by the Family Planning Association, are now available at Government polyclinics.

In the area of hospital services, a Renal Dialysis Unit has been established and arrangements are being planned to establish regular preventive maintenance of biomedical equipment and for training staff in the use of this equipment.

In the psychiatric service, the Community Mental Health Program has been expanded and improved. Interest in the dangers of alcoholism and drug abuse has been revived. Personnel from the public and private sectors have been trained to recognize and deal with these conditions and there have been a number of local publicity programs. However, further assistance from PAHO/WHO and other agencies would be welcome.

There has been general upgrading of the Ministry's geriatric services and greater attention is being given to the care of handicapped adults and children.

In the area of environmental health, a public sewerage system for Bridgetown and its environs was completed in August 1982. This facility marks a significant milestone in my Government's plans for improving environmental and sanitation conditions, and in promoting the goals of the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1981-1990). Feasibility studies for sewerage facilities for the south and west coasts of Barbados will be started before the end of this year.

Marine pollution has also been studied and the Ministry of Health, in collaboration with other agencies, has drawn up an Oil Spill Contingency Plan to protect the beaches and coastal waters.

The Ministry of Health has been playing a significant role in disaster preparedness, working closely with the local Central Emergency Relief Organization. Ministry personnel have attended local and regional workshops and training seminars sponsored by the Government of Canada and PAHO.

Mr. President, time permits me only to highlight some aspects of our health care delivery system to indicate our future direction. Because of inadequate resources, the health sector, despite its innovative measures, still requires help from PAHO/WHO and other international agencies in areas such as financial assistance, fellowships, advisory services, consultantships, and supplies and materials.

Once again I express the Government's appreciation of the invaluable assistance PAHO has rendered Barbados during the past years. We anticipate with confidence the continuing bond of friendship and productive association during the difficult years that lie ahead.

Report of the Delegation of Nicaragua
Informe de la Delegación de Nicaragua

Lic. GUIDO (Nicaragua): Muchas gracias, Sr. Presidente. Es para nosotros muy significativo poder dirigirnos a ustedes en esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. Es la primera Conferencia en que Nicaragua libre participa, y quiero expresarles en nombre de mi país nuestros mejores deseos para que esta Reunión transcurra con éxito, que las decisiones que tomemos sean forjadas en medio de la fraternidad, el panamericanismo y, fundamentalmente, en función del bienestar de nuestros pueblos.

No puedo evitar sumarme a la preocupación que ya ha sido exteriorizada por varios delegados y por el mismo Director General de la Organización Mundial de la Salud, en lo referente a la situación internacional, en la que existe todavía la triste tendencia a solucionar los conflictos regionales a través de la guerra, situación que no solamente deteriora la salud de los pueblos sino que incluso pone en peligro la existencia de la propia humanidad. Esta situación de tensión mundial hace que recursos que pudieran ser utilizados para el desarrollo y la salud de los pueblos, sean utilizados con fines bélicos, haciendo más escasos los recursos financieros a los países subdesarrollados, situación en la que estamos todavía la inmensa mayoría de los países de las Américas, donde la mortalidad infantil oscila entre 20 y 170 por 1.000 nacidos vivos, estadísticas que reflejan los diversos niveles de desarrollo en que se encuentran aún los distintos países

de este Continente, en muchos de los cuales la esperanza de vida no va más allá de los 60 años. A esta dramática situación viene hoy a agregársele una crisis económica internacional sin precedentes desde la creación de las instituciones financieras en 1944, como lo afirmara Elliot Trudeau en la Reunión del Fondo Monetario Internacional. Esta crisis golpea dramáticamente a los países subdesarrollados. Se devalúan monedas a ritmos crecientes, se aumenta la exportación de productos, pero las divisas son tan solo para pagar la deuda que supera US\$570.000 millones, de la cual más de la mitad corresponde a los países de América Latina. Así, pues, hoy todos tenemos graves dificultades para pagar la deuda internacional.

Señores Ministros, me he referido a esta situación porque creo que la gravedad de la misma lo amerita, ya que es ese el contexto real en que trabajamos. Es en medio de ese orden injusto, hasta podríamos llamarlo desorden, en el que los países subdesarrollados luchan por una mejor situación para sus pueblos. Se obstaculiza el deseo realista de alcanzar, como lo expresara el mismo Director General de la OMS, la salud para todos los americanos en el año 2000. Ello exige para nosotros, los americanos, más unidad y colaboración entre nuestros pueblos y nuestros gobiernos.

En medio de ese contexto adverso Nicaragua reinició una nueva vida el 19 de julio de 1979 después de una larga lucha contra la dictadura sanguinaria, habiendo heredado una de las situaciones de salud más deplorables de las Américas, con 70% de desnutrición en los niños menores de cinco años; una tasa de mortalidad general de 16,4 por mil habitantes; una mortalidad infantil de más del 120 por 1.000 nacidos vivos; una esperanza de vida de 56,6 años; el 46% de las defunciones en el país ocurrían, según informes del mismo Ministerio de Salud de la época, en los grupos menores de 15 años, y las principales causas de la mortalidad eran producidas por las enfermedades prevenibles con la tecnología actual, las enfermedades transmisibles vacunables, la desnutrición proteico-calórica, y las enfermedades de origen entérico. Esta situación empeoró aún más con la guerra, cuando la dictadura somocista no solo bombardeó ciudades y asesinó a más de 50.000 nicaragüenses, sino que efectuó un genocidio sanitario; todo ello, sumado a la bancarrota del país, causó una destrucción que realmente parecía un cuadro apocalíptico en Nicaragua.

Desde hace tres años hemos iniciado una dura lucha por la reconstrucción del país y, paralelamente, por conquistar el acceso a la salud del pueblo de Nicaragua. Es así que una serie de medidas de orden político y económico, como la reforma agraria, la alfabetización y otras, han redundado en forma integral y complementaria en la salud de los nicaragüenses. Todavía estamos lejos de lo que deseamos para nuestro pueblo, pero a pesar de las limitaciones, hemos logrado en el campo de la salud, grandes realizaciones. Entre ellas cabe citar la creación del sistema único de salud, a un escaso mes del triunfo, el 8 de agosto de 1979, lo que fue un paso fundamental.

La revolución no solo había heredado condiciones de salud deplorables, sino también instituciones estatales anárquicas y corruptas, con programas verticalizados. La creación de ese instrumento institucional significa la responsabilidad del Estado y el derecho de todos los nicaragüenses al acceso a la salud, y esa es la meta de la revolución. El primer año fue una dura lucha de ordenamiento y de gran presión popular por las expectativas normales que crea una revolución y el concepto ideológico latente por siglos de la atención curativa como solución fundamental a los problemas de salud.

En ese momento fue necesario dar respuesta a los problemas ocasionados por los efectos de la guerra y es así que desde los primeros días, rescatando la experiencia misma de la insurrección conjuntamente con el pueblo, van a ponerse a funcionar los servicios que serán jornadas de vacunación y limpieza. Además se renegociarán los préstamos existentes y se hará un llamado a la solidaridad internacional. A partir de 1980 la descentralización del sistema único, la regionalización del país, la definición de áreas, comunidades básicas del sistema, dará mayor dinamismo y mejor planificación al sistema, y

ello hará posible el principio de servicios a los que debe tener acceso toda la población, revisando a su vez, las áreas más estratégicas desde el punto de vista de la densidad demográfica, producción y abandono en el pasado. El Ministerio de Salud adoptará la política de llevar la salud al campo y a los grupos de población afectados, enfatizándose el carácter integral de la atención médica, e incorporando como elemento esencial las actividades de prevención y educación para la salud. A la vez, se implantará como política nacional la incorporación del pueblo organizado en la gestión de salud, y es así que se ha creado el Consejo Popular de Salud Nacional y los consejos regionales departamentales y de área, consejos a través de los cuales el pueblo expresa sus criterios. En estos momentos existen 108 consejos en municipios y departamentos, y más de 50.000 brigadistas voluntarios de salud.

La formación de recursos humanos, la creación del politécnico de la salud y de escuelas departamentales de auxiliares de enfermería durante el período 1979-1981, la apertura de 14 especialidades médicas, de dos maestrías de salud pública y epidemiología este año, en este mes de septiembre, como el cambio de currículum de la Escuela de Medicina, y la ampliación de la matrícula, será la respuesta de la revolución al déficit de los recursos humanos existentes, dura situación que afronta nuestro país y que es producto del subdesarrollo.

Quiero mencionar algo muy importante, como es la acción de solidaridad internacional de los países y de individuos de diversas partes del mundo, mexicanos, dominicanos, alemanes, franceses, ecuatorianos, panameños, belgas, brasileños y cubanos, que trabajando al lado de los compañeros nicaragüenses han sido vehículos de la revolución en todos los lugares de Nicaragua. Deseo también mencionar la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, de la OPS y del UNICEF, que han sido elementos fundamentales.

Para el desarrollo del sistema único de salud, es indispensable un enfoque más científico, y garantizar y desarrollar la información. Por eso se ha establecido el sistema de informática y estadística. Al mismo tiempo, se ha consolidado la División de Planificación. Todo ello está íntimamente ligado con los avances en la elaboración de planes anuales. No se trata solo del progreso técnico, sino también de la amplia participación de los cuadros del sistema único de salud y de las organizaciones de masa en la tarea de trazar objetivos y vincular al pueblo a la gestión de la salud. Creo, sin duda, que es una de las más ricas experiencias realizadas en estos tres años.

Por otra parte, la oferta de servicios en estos tres años, como la ampliación de la cobertura, ha tenido un incremento continuo, y es así que las consultas médicas pasaron de 2,4 millones en 1977, el mejor año de la dictadura, a 5 millones en 1981, y en el primer semestre de 1982 esas consultas fueron de 2,8 millones. Las consultas odontológicas fueron 259.000 en 1977, 232.000 en 1981 y en 1982 se esperan más de 400.000 consultas. Quiero destacar que la mayoría de estas, casi el 97%, están siendo efectuadas en centros y puestos de salud y en el sector rural.

En relación con la atención integral del niño, se implantó el subprograma de crecimiento y desarrollo en 1980, realizándose en 1982 más de 127.000 controles de desnutridos. Las unidades de rehidratación oral no existían en el régimen somocista, y se implantaron en 1980, alcanzando 72.000 ingresos ese año, y ahora en 1982, se esperan 115.000 ingresos. En esta lucha contra la diarrea, que ha sido un azote de muerte para los niños de los sectores populares, la mortalidad hospitalaria en menores de cuatro años bajó de 3,8 a 2,2%.

En estas acciones, las actividades de nuestro pueblo organizado en cuanto a las inmunizaciones, en la lucha contra la malaria, o en momentos de emergencia natural o provocada por el hombre, así como las de organizaciones populares tales como las de trabajadores de la salud, han sido artífices de los logros obtenidos. Ejemplo de ello fueron las emergencias del mes de mayo causadas por las inundaciones y, sin embargo, no

tuvimos un solo caso de poliomielitis, por primera vez en la historia de Nicaragua, mientras que en 1977 hubo más de 136 casos. Tampoco tuvimos un solo caso de difteria. En estos tres años, la revolución ha dedicado grandes esfuerzos a la inversión en el campo de la salud, construyendo cinco hospitales y más de 238 nuevas unidades (centros y puestos de salud) algunos a cargo del Estado o de organismos populares, y otros conjuntamente. Ello significa un aumento de 114% de unidades en estos tres años. El presupuesto del Ministerio de Salud representa el 16% del Presupuesto Nacional, y es el más alto del Estado.

Señor Presidente, señores delegados, hemos presentado algunos datos y hechos referidos a estos tres años. Sin embargo, pese a las dificultades encontradas ya mencionadas, se ha logrado aplicar la creatividad de nuestro pueblo y de los trabajadores. Lo realizado hasta hoy es mucho aunque poco, pues es un poco que para los nicaragüenses significa la vida misma, y la vida se protege; lo adquirido hasta hoy ha costado mucho, y todavía se siguen perdiendo preciosas vidas humanas de nuestro pueblo. Es por ello que habiendo conocido la guerra, somos amantes de la paz, porque constituye la base del respeto mutuo entre los pueblos y la condición necesaria para dedicar todos los esfuerzos humanos y materiales al logro de la salud y el bienestar integral de los pueblos de las Américas y del mundo. Muchas gracias.

The session was suspended at 3:55 p.m. and resumed at 4:30 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:55 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.

Report of the Delegation of Dominica
Informe de la Delegación de Dominica

Mr. MAYNARD (Dominica): This is the first report of the Government of Dominica on the public conditions of this country since it was accepted as a Member of the Pan American Health Organization.

The Government of Dominica believes that health is a basic and fundamental human right. Consequently, it holds: that all citizens have the right to attain the highest possible level of health in order to be able to work and live in accordance with acceptable standards of human dignity; that the Government and the people are responsible for maintaining and raising the level of health of the community; and that, in conformity with the principles of justice and equality, the achievement of health development should be equally enjoyed by all.

The final objective of the Government is to develop a comprehensive national health system consisting of three levels: primary, secondary, and tertiary, with the immediate aim of providing free primary care services to all persons in the community.

Immediately after the July 1979 hurricane, a committee was appointed by the Minister of Education and Health to consider the rehabilitation of the health services. The Government accepted the Committee's recommendation that the main thrust of the services should be toward primary health care and agreed that the need for reconstruction of the service would afford an opportunity to lay down general policy and strategy guidelines and a health plan for the future development of the health care system.

The first phase of the Health Plan was completed in November 1980 with an analysis of the health situation, and then this was followed by a systematic and continuous national planning and programming process. The programming process included policy formulation.

Important decisions were taken in 1981 concerning the reorganization of the health services in Dominica. In order to provide the Ministry of Health and Education with an expanded capacity to manage health services delivery efficiently and effectively, changes in administration were effected to highlight the tasks of planning, programming,

supervising, monitoring, and evaluating the performance of health services delivery. At the same time, the reorganization was aimed at strengthening the health team concept through which individual members working together are able to deliver an integrated program of comprehensive health care to their communities.

The reorganization process removed the vertical lines of command along which programs were previously organized and managed, and substituted a team approach at all stages and levels. To carry out this new approach to health services management, three levels of responsibility and authority were identified: a) policy-making; b) program formulation; and c) program execution. Levels a and b operate on a central basis for the entire island. The policy-making level comprises the offices of the Minister, the Permanent Secretary, and the Director of Health Services. This level establishes health policy in light of the directives of the Government and in accordance with overall national development policies. Such health policy should encompass the following: the health goals and overall objectives of the sector (including major strategy selection); desired health system structure and assignment of functions; and allocation of resources through the indication of priority programs and or priority target populations.

At the program formulation level are located specialized staff with islandwide responsibilities for formulating national strategies and programs, supervising the implementation of such programs, and providing the ancillary administrative machinery required to support them.

The program execution level has two major aspects. The first represents community-based activities and the second, institution-based activities. The first is primary care, organized, managed, and delivered on a decentralized basis. The second is centered on the referral medical care services, to be provided by the main referral center in Roseau, which serves the entire island.

The decentralized organization and management of the primary care services is the most striking feature of the recent administrative changes, and this is in line with what has been suggested by major national and international organizations with respect to effecting changes in the managerial structure to make the system more effective.

The Ministry regards the operation of a functional team in the district as one of the most important factors contributing to effective delivery of primary health care. One of the main constraints has been the fragmentation of the health services, as health personnel pursue independent and isolated activities not related directly to supervisors at the central level. Implementation of health plans by this approach requires a high degree of horizontal communication among the members of the team who have been trained by a series of workshops to function together, and also to understand each other's role.

In its new primary health care thrust, the Ministry of Health and Education is concentrating on extending basic health coverage to persons living in rural areas. The agent for this will be the primary care nurse—a new category of health worker that is being specially trained to deliver basic health care to the community and to ensure that health care is brought to remote villages, thus expanding coverage.

The two-year training program consists of one year of instruction in community nursing and community health, child care, nutrition, and basic sanitation, and another in midwifery, prenatal care, labor delivery, postnatal care, and family planning. The primary care nurse is more highly trained than the community health aide but at the same time she has a different orientation from and less formal training than the graduate nurse. The training is geared toward providing a suitably trained individual as quickly as possible to serve in the primary care facilities which are at present without a resident nurse. In addition, a graduate of the program is seen as being better equipped to function in the villages than the traditional nurse, who is hospital-trained, doctor-centered, and disease-oriented.

In the exercise of restructuring the health services, the opportunity has also been taken to provide additional training to a new category of health worker, the nurse-midwife, who will then support the district medical officer in his clinical functions. To date, six family nurse practitioners have thus been trained to function in this expanded role and so far the results have been encouraging.

The family nurse practitioner is expected to do the following: 1) hold daily sessions at the District Health Centre to see acute cases requiring treatment and cases referred by the staff nurse or primary care nurse; 2) follow-up chronic cases which have already been diagnosed by the physician and require monitoring; 3) make home visits to acute and chronic cases; 4) visit the outlying-type center at least one day a week; 5) conduct prophylactic examinations on workers in factories, bakeries, farms, and social organizations; 6) execute the school health program; 7) carry out health education activities by relating closely with the community as outpatients, and organizing talks, lectures, and health education classes.

Some of our programs include: Maternal and Child Health--surveillance of the nutritional state of preschool children at child health clinics improved with the introduction of a home-based "child health passport" which incorporates the child's health and immunization record, growth curve, infant feeding advice, and family planning practice. This was launched in 1980 and is now well accepted and widely used. Nurses report an increased attendance at the clinics and increased demand for immunization.

Routine immunization continued against five major diseases--diphtheria, pertussis, tetanus, measles, and poliomyelitis--with BCG and measles immunization being introduced into the program in 1981. Expectant mothers also received tetanus toxoid as part of a routine immunization schedule. Coverage in 1981 was below expectations as the following figures show: diphtheria, pertussis, and tetanus, 57 per cent; poliomyelitis, 44 per cent; measles, 34 per cent; BCG, 69 per cent. These low figures are due to the particular problems experienced by Dominica during this period, namely absence of electricity and also unavailability of transport, but we accept the principle that every effort should be made to improve immunization coverage, and we are doing everything possible to improve the target area.

As to water supply, the hurricane also did tremendous damage to our health systems, but so far we have been able to bring about some improvements with regard to both quality and quantity of water supply in at least six villages. The Central Water Authority, which is the government agency responsible for water, has embarked on a chlorination program. A total of 28 chlorinators were installed at various villages around the island. Dominica's situation is peculiar in that, because of the number of systems available, a standard program cannot be implemented.

Ongoing communal latrine programs continued after being reactivated in 1981 for the rehabilitation of 35 communal latrines destroyed during the hurricane. Since January 1981 ten of these facilities have been replaced and seven repaired.

In spite of many constraints, the Environmental Health Department distributed some 345 precast slab private latrine units from 12 October 1981 to 27 July 1982. That figure represents about 25 per cent of the current demand for these units.

Attention has also been given to the provision of drugs. A government formulary has been drawn up. The formulary limits the drugs which are to be used in primary health care to the front line drugs. There are supplementary lists of drugs for use by the primary care nurse and for the nurse practitioner.

Of special interest is the introduction of a school health program, which has as its basic philosophy helping each child stay in good health and allowing him or her to achieve the fullest personal and intellectual potential. Established in September 1982,

this program envisages support from a multisectoral group including parents, teachers, nurses, and physicians. The program is made up of two components: 1) nutrition, health, and family life education; and 2) clinical activities comprising health education, environmental sanitation, physical examination, accidents, and emergencies and immunization.

The family nurse practitioner will be responsible for implementing the program in the schools within her district. There is still a lot of work to be done in terms of development of the health information systems and this has started now.

I wish to take this opportunity publicly to thank PAHO for the assistance it has given Dominica in preparing a national health plan. The first draft has been studied by various officials of the ministries. It is being examined and reviewed and, very shortly, the national health plan for the country will be available, and this will form the basis of the development of the health services in the next five years or so.

Report of the Delegation of France
Informe de la Delegación de Francia

Dr. VERNEREY (France): M. le Président, Mesdames, Messieurs. Les caractéristiques démographiques des trois départements français d'Amérique sont assez différentes. Alors que la Martinique et la Guadeloupe et ses dépendances sont des îles à densité de population relativement élevée, la Guyane est très étendue par rapport à sa population qui est concentrée à Cayenne et dans quelques petites villes de la plaine côtière. En 1982, la Martinique totalise 328.500 habitants pour 1.080 kilomètres carrés, soit une densité de 304 habitants au kilomètre carré; la Guadeloupe, 326.000 pour 1.680 km², soit une densité de 193. La Guyane qui n'a que 73.000 habitants pour 90.000 km² a une densité de 0,8 habitant au kilomètre carré. L'augmentation rapide de la population de la Guyane, plus de 32,5% en huit ans entre 1974 et 1982, est due à son fort taux de natalité associé à un solde migratoire très positif par forte immigration d'étrangers. En revanche, en Guadeloupe et en Martinique les effets combinés d'une natalité décroissante et d'un déficit migratoire croissant ont entraîné un très fort ralentissement du taux d'accroissement annuel de ces populations.

Dans l'ensemble, la situation sanitaire est plus favorable en Martinique et en Guadeloupe qu'en Guyane où il est beaucoup plus difficile de circonscrire les problèmes en dépit du faible nombre d'habitants. Nous n'évoquerons que quelques problèmes.

En ce qui concerne les maladies transmissibles, l'éradication du paludisme depuis plusieurs années en Martinique et en Guadeloupe se maintient; il est vrai que le vecteur Anopheles aquasalis est un mauvais vecteur, ce qui explique sûrement l'absence de résurgence de cette maladie. En revanche le paludisme connaît une recrudescence en Guyane avec une augmentation constante des nouveaux cas déclarés: 112 cas en 1971, 783 en 1981, soit une incidence annuelle de 11 pour 1.000.

En ce qui concerne les maladies transmises par l'Aedes aegypti, en raison de la présence de réservoir animal du virus amaril en Guyane, la vaccination contre la fièvre jaune y est obligatoire pour tous les résidents de plus de 15 jours; par contre ces quatre dernières années ont été marquées par l'apparition dans la Caraïbe de deux épidémies de dengue, l'une en 77-78 due au virus de type 1, l'autre en 1981 avec apparition pour la première fois du virus de type 4, le virus 2 n'ayant pas été identifié aux Antilles françaises. Il n'y a eu aucun malade atteint de forme hémorragique.

L'incidence de la lèpre continue de baisser dans nos trois départements. Elle est actuellement de l'ordre de 40 pour 100.000 habitants en Guyane et de 30 à 60 pour 100.000 aux Antilles. Tuberculose: l'incidence annuelle déclarée est d'environ 85 pour 100.000 habitants en Guyane et 30 pour 100.000 aux Antilles. Ces taux d'incidence ont tendance à stagner depuis ces dernières années. Il n'y a toujours pas de rage animale aux Antilles françaises.

Les syndromes post-streptococciques demeurent un problème de santé publique et l'incidence annuelle du rhumatisme articulaire aigu est de l'ordre de 40 pour 100.000 habitants aux Antilles.

Parmi les maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires et le cancer sont des causes de plus en plus fréquentes de morbidité et de mortalité.

La sous-nutrition est devenue exceptionnelle aux Antilles, en revanche l'alcoolisme et ses conséquences hépato-digestives et neuro-psychologiques est un fléau majeur de ces départements. Signalons enfin que 10% de la population antillaise sont porteurs du trait drépanocytaire, 1% étant homozygote. Enfin les affections liées à l'urbanisation, à la sédentarité et au vieillissement sont en augmentation. En ce qui concerne les problèmes de la mère et de l'enfant, la mortalité infantile, la mortalité périnatale et la mortinatalité continuent de décroître. En 1981 la mortalité infantile pour 100.000 naissances vivantes était de 17,5 pour 1.000 en Guadeloupe, 12,6 en Martinique, 28,8 en Guyane. La mortalité périnatale a également diminué; elle est de 18 pour 1.000 en Martinique, de 29 pour 1.000 en Guadeloupe et 38 pour 1.000 en Guyane.

La progression des moyens: dans l'ensemble on s'est davantage attaché à améliorer la qualité et l'efficacité des ressources existantes qu'à les accroître. En effet, les équipements sont dans l'ensemble quantitativement suffisants, aussi bien sur le plan des établissements hospitaliers que des dispensaires qui assurent la prévention et les soins infirmiers, parfois la médecine curative. Le nombre de médecins tant hospitaliers que libéraux continue de s'accroître à un rythme rapide. La densité de médecins est de 120 pour 100.000 habitants aux Antilles et en Guyane. La densité du personnel infirmier est de l'ordre de 400 pour 100.000 aux Antilles et en Guyane. Le dispositif hospitalier est très largement développé et bien réparti, comportant des établissements de statut public et d'autres de statut privé. L'effort accompli au cours de ces dernières années a porté sur l'humanisation des lits d'hospitalisation, sur la diversification des spécialités médico-chirurgicales et sur le renforcement des plateaux techniques. Le projet de création, à partir des trois centres hospitaliers généraux de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe, de Fort-de-France en Martinique et de Cayenne en Guyane, d'un unique centre hospitalier régional s'inscrit dans la perspective de pouvoir répondre localement à la quasi-totalité des besoins hospitaliers des populations antillo-guyanaises tout en assurant une certaine complémentarité des structures et des équipements pour éviter les doubles emplois inutiles. Les dispensaires complètent le dispositif hospitalier et le réseau des personnels de santé. Ils sont nombreux et bien répartis. Ils constituent, associés aux médecins libéraux, la base des structures de soins primaires.

Aux Antilles, environ 80 pour cent de la population disposent d'eau d'adduction dont la qualité est généralement satisfaisante. L'assainissement continue de se développer. Le très faible degré d'industrialisation de ces départements a jusqu'à ce jour posé très peu de problèmes en matière de pollution atmosphérique, radiation ionisante, bruits, etc... La politique qui guide le développement des moyens repose sur les principes suivants: recherche constante de la maîtrise des dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins, ce qui nécessite une utilisation optimale des moyens disponibles; mieux connaître l'état de santé des populations pour une meilleure adéquation des actions engagées; continuer à développer la prévention et les actions intersectorielles; intégrer autant que possible la prévention et les soins et améliorer la complémentarité des structures existantes; faire un effort particulier dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies invalidantes, certaines maladies neurologiques, les maladies tropicales et l'alcoolisme; améliorer ensuite la réinsertion professionnelle et sociale des malades et des blessés.

Parmi les différentes actions actuellement poursuivies, on ne citera que les plus importantes ou les plus récentes: la lutte contre le paludisme se poursuit en Guyane selon les méthodes classiques; la lutte contre l'Aedes aegypti se poursuit dans les trois

départements, mais les résultats obtenus ne sont pas totalement satisfaisants puisqu'en dépit des efforts accomplis, les indices stégomyens restent le plus souvent supérieurs à 10 pour cent. La lutte contre les parasitoses intestinales fait l'objet, depuis 1978 aux Antilles, d'un programme particulier. La protection de la mère et de l'enfant a bénéficié des efforts faits sur le plan national en vue d'abaisser la mortalité foeto-infantile et d'éviter les handicaps résiduels. Aux Antilles, la totalité des accouchements ont lieu à l'hôpital. Les vaccinations sont généralisées chez les jeunes enfants; une action spécifique contre les syndromes post-streptococciques et notamment le rhumatisme articulaire aigu vient d'être engagée. Enfin la lutte contre l'alcoolisme et la prévention de l'alcoolisation s'avère difficile. Mis à part l'alcool, le phénomène toxicomaniaque est encore relativement récent et limité aux Antilles.

En résumé, et bien que les situations soient assez différentes entre la Guadeloupe et la Martinique d'une part, et la Guyanne d'autre part, on constate une amélioration constante de l'état de santé des populations ainsi qu'en attestent les indicateurs usuels. Cependant, à côté d'une pathologie de pays industrialisé de plus en plus fréquente, la pathologie tropicale n'a pas disparu et certains risques demeurent, nécessitant une mobilisation constante.

Report of the Delegation of St. Vincent and the Grenadines
Informe de la Delegación de San Vicente y las Granadinas

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): I wish to present to this Conference a short statement on the health condition of the people of St. Vincent and the Grenadines. This will supplement the report which has been distributed to members by my Delegation. Like other countries, St. Vincent and the Grenadines can point to some achievements and also to some problems yet to be solved. We recognize only too well, that if we think we have worked hard in the past, we have to work even harder in the future to consolidate the gains already made and to make further advances.

The growing demand for health care brought on by our population increase and by the attitude that health is a basic right, presents us with a serious challenge. The task is not helped by the spiraling cost of health care or by the shortage of many categories of health personnel. Maintaining the health standards of our people is a very expensive undertaking. An analysis of the Government's expenditure shows that for the financial years between 1975-1976 and 1981-1982, expenditures on health services averaged 14 per cent of our recurrent annual budget. For a country as poor as St. Vincent and the Grenadines, only just now developing its productive sectors, this is a staggering expenditure. The individual is often quite unable to make any monthly contributions toward hospitalization, drugs, etc. On the other hand, our system does not provide us with the sort of revenue that could help offset this high expenditure, since there is very little or no outlay on the part of the individual for hospital care, drugs or other costly services. Financing our health services is, therefore, an important task facing us, and in this we look forward to PAHO's cooperation in helping us work out and arrive at an acceptable means of raising the needed revenue.

There is another area of concern to us in St. Vincent and the Grenadines, and that is the question of maintenance. The Government of my country is carrying out a substantial development of our facilities, and we need to ensure the efficient use and care of our buildings, machinery, and equipment.

The health plan covering the period 1982-1986 sets out our philosophy and basic approach to the delivery of health services. We are under no illusion that this means smooth sailing in the years ahead. We recognize that hard work and a high spirit of dedication is demanded of us all.

In conclusion, we wish to express our sincere thanks to PAHO for its assistance in the past. We look forward to a continued cooperation in the future.

Report of the Delegation of El Salvador
Informe de la Delegación de El Salvador

Dr. BERRIOS (El Salvador): Señor Presidente, señores delegados, permítanme aprovechar esta oportunidad para presentar a ustedes, en nombre del Gobierno provisional y del pueblo de El Salvador, un afectuoso saludo y nuestro reconocimiento más sincero por la cooperación y apoyo que hemos recibido y estamos recibiendo de los gobiernos y organismos internacionales amigos con motivo de la crisis sociopolítica y económica que confronta mi país desde 1979. Dicha crisis ha repercutido en forma drástica en la situación de salud del país y en las actividades que lleva a cabo el Ministerio de mi cargo. Mucho lamentamos la ocurrencia de muertes, heridos, secuestros y migración de personal médico, paramédico y administrativo, así como los cierres temporales de algunos establecimientos de salud y los cierres permanentes de otros por amenazas, saqueo y destrucción.

Población: En 1981 debió levantarse el V Censo Nacional de Población de El Salvador, pero no fue posible debido a la crisis antes mencionada. El registro de hechos vitales también se ha visto afectado desfavorablemente. En estas circunstancias, las estimaciones de población se basan en el censo de 1971 y otras cifras en registros institucionales y en encuestas por muestreo.

El crecimiento natural de la población es de 3,5% aproximadamente y la densidad de población aumentó de 202 habitantes por km² en 1977, a 235 en 1981. Esta situación constituye una seria limitación para el desarrollo económico-social del país que tiene solo 21.041 km² de extensión.

Hechos vitales: Las tasas de los principales hechos vitales han disminuido, pero aún se consideran altas. La variación revela una leve mejoría en la situación de salud de la población; sin embargo, es necesario aclarar que la violencia que ha venido sufriendo el país plantea dificultades para el registro de los hechos vitales y por esta razón las cifras correspondientes deben tomarse con reserva.

De 1977 a 1980 la natalidad descendió de 41,7 a 34,3 por 1.000 habitantes y la de mortalidad se mantuvo casi sin variación, de 7,8 a 8,0. La tasa de mortalidad infantil también disminuyó de 59,3 a 44,1 por 1.000 nacidos vivos, y la de mortalidad de menores de 5 años de 42,3 a 23,6. La certificación médica de causas de defunción subió de 38% en 1977 a 55,5% en 1980; esto mejora la confiabilidad del diagnóstico. La estructura de la mortalidad ha sufrido algunos cambios: las enfermedades diarreicas, que ocupaban el primer lugar en 1977, en 1980 pasaron a ocupar el tercero, y en primer lugar se encuentran los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona. Aumentaron los accidentes por vehículos de motor y las enfermedades cardiovasculares, ocupando un lugar destacado entre estas las enfermedades isquémicas del corazón.

Al revisar los diagnósticos formulados por los médicos en la consulta externa otorgada en los establecimientos de salud del Ministerio, se observa que ocupan el primer lugar las enfermedades diarreicas, ocasionadas, en buena medida, por el deficiente saneamiento del ambiente. Es importante señalar que la morbilidad por trastornos neuróticos ha aumentado, al grado que en el primer trimestre de 1981 ocupó el tercer lugar entre los motivos de consulta.

Educación: Comparando los datos sobre alfabetismo registrados en el censo de población de 1971 con los de la encuesta de hogares realizada en 1979, se observa que el índice correspondiente aumentó de 59,7 a 68,5 a nivel nacional. Las cifras absolutas indican, sin embargo, que la población analfabeta aumentó ligeramente (de 956.600 a 961.400) durante el mismo período.

La matrícula estudiantil se incrementó notablemente de 1973 a 1977; en cambio, de este segundo año a 1980 el aumento fue leve: de 1.024.000 pasó a ser 1.031.000 (0,6%). No se dispuso de información para 1981, pero durante 1978-1980 la matrícula aumentó los dos

primeros años en los diferentes niveles educativos y descendió bruscamente en 1980, con la única excepción de la matrícula parvularia, que se mantuvo estática, y de la educación superior no universitaria, que se incrementó en un 41,4%.

El incremento en el ingreso a carreras universitarias de medicina, odontología, química y farmacia, etc., que venía observándose en años anteriores, se interrumpió a partir de 1979-1980 con el cierre de la Universidad Nacional. Las expectativas de carreras de medicina y afines a la salud propuestas en el cuatrienio anterior se ven minimizadas en el presente y próximo quinquenio. En 1981 se establecieron dos universidades privadas que cuentan con carreras de medicina y odontología y una matrícula total de 800 alumnos en el primer año.

La matrícula de enfermería aumentó de 255 en 1977, a 617 en 1981; pero el número de graduadas permaneció sin mayores cambios, con un promedio de 77 por año para el período. El promedio anual de auxiliares de enfermería es de 222.

El presupuesto del Ministerio de Educación para 1982 es de 382 millones de colones (18% del presupuesto total del país).

Economía: De la población económicamente activa, el mayor porcentaje se encuentra dedicado a actividades agropecuarias, 45,4%, siguiéndole en orden de magnitud el sector de servicios, con un 16,3%. El producto nacional bruto aumentó entre 1975 y 1980 de 4.477,6 a 8.468,7 millones de colones a precios corrientes de cada año; el comportamiento del producto nacional bruto por habitante varió entre los años mencionados de 1.095 a 1.765 colones.

Recursos del Ministerio de Salud: La población que debe atender el Ministerio--que se estima en el 85% de la población total del país, ya que el 15% restante es servida por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, otras instituciones autónomas y entidades privadas--en 1977 fue 3.821.740 y 4.204.060 en 1981, o sea un incremento del 10%.

Durante el cuatrienio, el total de establecimientos de salud pasó de 248 a 321, como resultado del programa de ampliación de la cobertura a base de unidades y puestos de salud, unidades comunitarias y creación de dispensarios de salud.

En 1977 el Ministerio contaba con 10.106 plazas y en 1980 con 12.457 (un incremento del 23%). El mayor porcentaje corresponde a las plazas de médico (42%), siguiéndole en importancia las de enfermeras (20%); las demás categorías de personal aumentaron del 12 al 19%.

La asignación presupuestaria para actividades de salud, que en 1977 fue de 125.576.361 colones, en 1981 llegó a 178.839.270 (42% de incremento). Al aplicar dichas cifras a la población atendida por el Ministerio, el gasto de salud por habitante resultó ser de 33 y de 42 colones en los mencionados años.

Programas de salud: Durante el cuatrienio 1978-1981 los programas tradicionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como los nuevos programas de apoyo de la atención primaria de salud fueron objeto de constante revisión, a fin de adoptar las normas, técnicas y procedimientos pertinentes de acuerdo con las características y necesidades de la población.

El Salvador, como Gobierno Miembro de la OPS y de la OMS, comparte el propósito común de alcanzar la salud para todos en el año 2000. En este sentido, ha definido su política y sus estrategias de salud con base en el diagnóstico por programas que se elaboró en 1980 después del análisis de las consultas externas que se prestan en los establecimientos de salud del Ministerio.

Los programas a los cuales antes se hizo referencia son:

Asistencia médica integral: Comprende la atención ambulatoria y la hospitalaria. La atención ambulatoria se otorga por medio de médicos, odontólogos, enfermeras, ayudantes rurales de salud, parteras empíricas y otros colaboradores de la comunidad y de las instituciones de salud. Este tipo de atención a la comunidad aumentó de 3.403.263 en 1977 a 4.259.313 en 1979, pero bajó en 1980 y 1981 a 3.829.845 y 4.026.467, respectivamente.

En cuanto a la asistencia en hospitales, el Ministerio contó en 1977 con 5.873 camas hospitalarias y en 1981 con 6.196, lo que equivalía a 1,6 y 1,35 camas por 1.000 habitantes, respectivamente. La relación cama-habitantes y egresos por 1.000 habitantes disminuyó durante el cuatrienio.

El Decreto 544 (Ley Temporal de Estabilización Económica), emitido en 1980, sirvió de base para preparar el Reglamento de Tarifas por servicios médico-quirúrgicos, odontológicos, laboratorios clínico-patológicos, radiología y hospitalización, medida que en alguna forma está favoreciendo la atención de salud en el sector privado.

Epidemiología: Los programas de vacunación se han deteriorado, el cumplimiento de metas ha sido bajo y la cobertura limitada, lo que ha dado como resultado el aumento de la incidencia de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y la tos ferina. No obstante, se logró cierta mejoría en relación con la tuberculosis y el tétanos. La tasa de mortalidad por tuberculosis bajó de 5 por 100.000 habitantes en 1977 a 4 por 100.000 en 1981, y la tasa de morbilidad disminuyó de 89 a 43.

El programa de rehabilitación oral sirvió durante el cuatrienio al 30% de la población menor de 5 años en las regiones occidental y central.

La malaria continúa siendo un grave problema debido a la resistencia del mosquito a los insecticidas y a los cambios de hábitos de los mismos, así como a limitaciones de carácter financiero y administrativo.

Saneamiento: Teniendo en cuenta que los problemas del saneamiento ambiental hacen que las enfermedades que se relacionan con ellos sean la primera causa de defunción y el primer motivo de consulta médica, se han ampliado los programas en este campo, sobre todo en el medio rural. En 1977 el 36,3% de la población rural disfrutaba de servicios de agua y en 1981, 39,4% (1.067.995 habitantes). La población beneficiada con la instalación de letrinas aumentó de 21% a 26,8% (725.571). En 1981 el 67,8% (1.329.117 habitantes) de la población urbana disfrutaba de servicios de agua potable y 80,2% (1.572.637) de alcantarillado.

Atención maternoinfantil, nutrición y planificación familiar: Dada la importancia de estos programas, el Ministerio continuó reforzando las acciones pertinentes para lo cual contó con la oportuna asistencia técnica y financiera de organismos internacionales. No obstante este esfuerzo, las coberturas, aunque bajas, mostraron hasta 1979 una tendencia a mejorar, pero disminuyeron ligeramente en 1981.

Odontología: Las enfermedades periodónticas ocupan el segundo lugar entre las consultas ofrecidas por los establecimientos de salud. La incidencia de caries dental es elevada. Las actividades del programa de fluoculutorios disminuyeron ostensiblemente en el cuatrienio (de más de medio millón de niños favorecidos a menos de 100.000).

Organismos que colaboran en los programas de salud por medio de asistencia técnica y económica de becas: Durante el período se recibió colaboración de los siguientes organismos: Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América; Banco Interamericano de Desarrollo; Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; Fondo de las

Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población; Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; Organismo Internacional de Energía Atómica; Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Programa Mundial de Alimentos; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; International Eye Foundation (de Washington, D.C.); Fundación Interamericana del Niño, y Centro Internacional de la Infancia.

El Ministerio de Salud Pública de El Salvador agradece la colaboración de las diferentes instituciones y países que han hecho posible las acciones que se mencionan en este informe y reafirma su franca y firme determinación de colaborar con todos los países para lograr la disminución de los daños que tanto afectan a los habitantes de América.

Dr. ACUÑA (Director): Me veo en la penosa necesidad de informar que las lluvias torrenciales que han afectado a El Salvador en los últimos tres días han causado graves daños a la propiedad y a las vidas de los habitantes de ese país. Según los informes preliminares recibidos, unas 400 personas han perdido la vida y más de 25.000 han quedado sin vivienda.

El Gobierno de El Salvador ha declarado una emergencia nacional y ha solicitado la cooperación internacional para hacer frente a la situación de emergencia y asistir a los damnificados con abrigo temporal, alimentos y medicamentos. La OPS, a través de su representación en El Salvador, está cooperando activamente con las autoridades en la evaluación de los daños y en la identificación de las necesidades en materia de salud. Es de esperar que en las próximas horas se conocerá exactamente cuál es la ayuda que requerirá El Salvador de la Organización. Entretanto, se están coordinando las actividades y las informaciones con otras organizaciones internacionales de socorro a fin de determinar el apoyo que se ofrecerá a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.

The PRESIDENT: I am sure that the delegations here present would like me to extend to the Delegation of El Salvador an expression of our sincere grief at the destruction that has taken place in his country and the deaths that have occurred there. Indeed, we should like to join the Director in saying to the Delegate of El Salvador that we share his grief and will do everything in our power to assist his country.

Dr. BERRIOS (El Salvador): Agradezco al Dr. Acuña y a los demás Miembros de la Mesa Directiva y a todos los Delegados presentes sus expresiones de cariño para mi país.

Report of the Delegation of Haiti Informe de la Delegación de Haití

Dr. JOSEPH (Haiti): J'ai l'honneur d'adresser le salut le plus cordial de mon pays et du gouvernement de la République d'Haiti au Bureau de la conférence et à tous les membres des délégations ici réunies. Monsieur le Président, M. le Directeur général de l'OMS, M. le Directeur de l'OPS, Messieurs les délégués. Tous les membres de la société haïtienne doivent avoir accès à des soins de santé, même dans les zones les plus difficilement accessibles. Telle est la boussole qui guide le DSPP dans toutes ses démarches depuis quelque temps afin que le secteur de santé puisse apporter sa contribution au vaste problème de relèvement socio-économique mis en route par le gouvernement de la République d'Haiti.

Pour cela un effort considérable et soutenu est en train d'être fait dans les domaines tant de la médecine curative que de la médecine préventive, tant de l'amélioration de l'adéquation du personnel que des réformes institutionnelles et administratives. Le résultat escompté est l'extension et l'accessibilité au moins des soins primaires de santé à tous les Haïtiens d'ici l'an 2000.

Médecines curatives: Des nouvelles constructions ont pris corps ou sont en train de s'ériger dans 5 districts sanitaires au nord et au sud du pays. Des réaménagements ont été opérés au niveau de 7 districts sanitaires. Ces hôpitaux régionaux ou districts ont été ou bien rééquipés, ou bien réhabilités provisoirement pour leur permettre de faire face au nombre croissant des références faites par les nouveaux établissements sanitaires et surtout par la nouvelle catégorie de personnel constituée par les agents de santé. La plupart de ces hôpitaux ont été dotés d'un plus grand nombre de spécialistes en médecine interne, chirurgie, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, afin de pouvoir fournir les prestations que le public attend d'eux. La volonté du Département de la Santé publique et de la Population de relever le standard de ces hôpitaux s'est heurtée à l'obstacle de l'indisponibilité de spécialistes dans ces différentes branches. Mais on espère finir par surmonter cet obstacle en améliorant les conditions de vie du médecin en province et en adaptant de plus en plus la formation des spécialistes aux nécessités du pays.

L'hôpital de l'Université d'Etat d'Haiti constitue le plus grand centre hospitalier de Port-au-Prince et du pays. Son fonctionnement laissait à désirer, parce qu'il était trop congestionné. Pour diminuer son fardeau, les 4 autres centres de santé de la ville ont été rendus fonctionnels douze heures sur vingt-quatre depuis environ trois mois. D'autre part le Département de la Santé publique et de la Population est en train d'y adjoindre une clinique externe. Ces deux mesures jointes à la multiplication des centres périphériques permettront à cet établissement universitaire d'améliorer la qualité de ses soins et de former comme il convient les médecins, les infirmières, les techniciens et les auxiliaires du pays.

Quant aux établissements sanitaires récemment construits, en construction ou à construire, ils font partie du Projet de Régionalisation qui doit être étendu à tout le territoire national grâce aux prêts de la BID et de l'AID. Ces établissements devront intégrer la médecine curative à la médecine préventive pour le plus grand profit des communautés. Ils sont au nombre de 106 dispensaires, dont 16 achevés à cent pour cent, 25 centres de santé dont 10 achevés à cent pour cent. Trois hôpitaux de district achevés à cent pour cent.

Médecine préventive: a) Le projet de latrénisation s'est déjà étendu à trois districts sanitaires avec la construction d'ateliers. Il sera généralisé dans un deuxième temps pour inclure toutes les localités du pays. Ces latrines ne coûtent pas plus de 8 dollars l'unité. Il y en a 21.000 de construites. Les difficultés financières du pays ne lui permettent pas encore de généraliser ce projet, mais des démarches seront entreprises en vue de trouver des sources de financement externe.

b) Depuis avril 81, le projet POCHEP (ou Postes communautaires d'hygiène et d'eau potable) a commencé ses activités avec l'objectif de construire 70 systèmes d'adduction d'eau potable par gravité avec lavoirs et bains publics dans une centaine de communautés rurales. Deux de ces systèmes ont été inaugurés en 1981 et une trentaine d'autres le seront avant la fin de 82. Une coopération technique a été accordée par la BID au gouvernement haïtien pour l'étude de faisabilité d'une deuxième phase pour 150 systèmes additionnels. Ces études ont déjà démarré.

c) La Division d'Hygiène publique est en train d'être restructurée pour que son action soit plus percutante dans l'hygiène du milieu extérieur (évacuation des détritiques et des excréta, contrôle des aliments, sanitation, etc.). C'est ainsi qu'à Port-au-Prince, elle vient d'être associée à la Mairie et au SNEM (programme de malaria) dans un programme de sanitation de la ville en une action multisectorielle. L'expérience acquise pourra être étendue aux autres villes de province.

d) Une Division d'Education sanitaire vient d'être créée au Département de la Santé publique et de la Population. Elle sera pourvue de matériel lui permettant d'inculquer aux masses des notions d'hygiène publique et privée. Cette Division incitera les

populations à prendre en charge leur santé, à participer aux activités sanitaires du pays, à réserver l'accueil qu'il convient au programme de réhydratation orale, d'immunisation contre les maladies évitables que le Département de la Santé aura à intensifier à partir de cette année. Elle sera appelée à fournir aux programmes de la protection de la mère et de l'enfant, de même qu'à la planification familiale, la pénétration indispensable et nécessaire à l'atteinte de leurs véritables objectifs, tout en mettant l'accent sur l'importance de l'allaitement des bébés au sein.

e) Dans cette même optique, le Bureau de Nutrition a été élevé au rang de Direction pour aider les populations à tirer le meilleur profit des aliments disponibles afin d'éviter certaines carences nutritionnelles qui constituent la toile de fond de la morbidité et de la mortalité des groupes vulnérables du pays. Depuis près d'une année, le projet d'amélioration nutritionnelle a été mis en route dans la Presqu'île du Sud avec la participation conjointe des populations et du Département de l'Agriculture. Il a un caractère démonstratif: on s'inspirera de ses résultats heureux dans la généralisation du projet à tout le reste du pays.

Formation de personnel: De 1978 à 1982, 721 médecins ont été diplômés, 600 infirmières, 665 auxiliaires. Ce qui importe le plus, c'est l'orientation qu'on est en train de donner au curriculum de ces différentes écoles afin qu'elles forment des éléments capables de faire face aux besoins sanitaires du pays.

Il faudra ici souligner la création d'une nouvelle catégorie d'employés du Département de la Santé publique et de la Population, celle des agents de santé. L'agent de santé est sélectionné par la communauté où il est appelé à prêter ses services. Il suit un entraînement de trois mois fourni par le Département de la Santé publique qui lui inculque des notions d'hygiène publique et privée, d'assainissement du milieu, de planification familiale, de nutrition, d'immunisation, de protection des points d'eau, de travail communautaire, de premiers soins, etc. Il représente en fin de compte le premier point de contact entre la médecine traditionnelle et la médecine institutionnelle, entre la collectivité rurale et le dispensaire. Nous disposons actuellement de 413 agents de santé; notre but est d'atteindre 1.500 à la fin du plan quinquennal 1981-1986.

Quant aux jeunes médecins qui depuis l'an dernier doivent obligatoirement accorder une année de service social au pays, des séminaires d'orientation ont été organisés pour eux et des visites de supervision constructive sont planifiées pour atténuer leur isolement et rendre plus profitable leur séjour dans l'arrière pays. Une évaluation du service social vient d'être effectuée en juin 82; les résultats de cette évaluation permettront à coup sûr de rendre le service social plus bénéfique au pays et aux jeunes médecins.

D'autre part, des réunions bi-annuelles d'administrateurs et de médecins de district, alternativement à la capitale et au niveau de district, maintiennent le personnel informé et prêt à participer à la planification et à l'exécution des activités sanitaires.

Adéquation du cadre institutionnel: Le DSPP a adopté depuis 1975 la Régionalisation des services de santé comme le système apte à améliorer ses performances et à réaliser la "Santé pour tous d'ici l'an 2000". Il est en train de développer les régions nord et sud à titre démonstratif. Les directeurs régionaux de ces deux régions ont bénéficié d'une grande autonomie pour l'exécution des programmes qui leur sont confiés. Il s'ensuit une décentralisation administrative et financière prometteuse de bons résultats. Ces régions ont commencé à recevoir des tranches trimestrielles de leur budget annuel. Leurs dépenses sont contrôlées par la section centrale de vérification interne avant d'être renflouées. Il faut, pour la réussite de ce système, une adéquation du personnel des régions à ces nouvelles tâches, d'où des séminaires comme celui qui eut lieu au cours de cette année à l'intention des administrateurs et des chefs de bureau. D'un autre côté, les statistiques sanitaires ont démontré que les maladies ci-après occupent la vedette en Haïti:

1) Le paludisme: Il est regrettable que les agences de financement perdent leur foi dans le succès de cette campagne au point de menacer de s'en retirer. Le Département de la Santé publique multiplie les démarches auprès d'autres agences pour les intéresser à la poursuite de la lutte antipaludique qui représente un grand problème de santé publique en Haïti. Le Japon a offert en don une certaine quantité de Phénitroton en vue de permettre de faire face à la résistance des autres insecticides disponibles. En attendant, le DSPP met tout en oeuvre pour que l'infrastructure sanitaire nationale participe plus activement à la lutte antipaludique.

2) La tuberculose: Les démarches auprès du gouvernement japonais ont abouti à la signature d'un accord aux termes duquel les travaux d'agrandissement d'un sanatorium ainsi que ceux d'un centre de lutte contre la tuberculose ont démarré en 1982. Grâce à ces centres, une nouvelle impulsion sera accordée à la lutte antituberculeuse par la généralisation des traitements ambulatoires et des dépistages par examen de crachats et par la participation de tous les établissements sanitaires. En attendant, la vaccination au BCG a déjà couvert près de 90% de la population de 0 à 15 ans grâce aux équipes mobiles de la Grâce children et aux activités en cours au niveau des établissements de santé du Département de la Santé publique et de la Population. Une évaluation de ce programme de vaccination sera entreprise incessamment.

3) Les maladies diarrhéiques ont retenu également notre attention. La méthode de réhydratation orale en cours a toutes les chances d'être étendue au niveau national avec la coopération de l'UNICEF.

Dans nos efforts pour rendre au moins les soins primaires de santé accessibles à tous les Haïtiens, nous ne pouvons oublier le nouveau projet de pharmacies communautaires qui a été sanctionné par une loi récemment prise à la Chambre administrative en vue de mettre les médicaments essentiels à la portée d'une grande partie de la population. L'exécution de ce programme demande une supervision et une évaluation constantes, dynamiques et constructives. C'est ce à quoi le Département de la Santé publique et de la Population s'attelle ces jours-ci en organisant la supervision de toutes les activités de santé réalisées dans le pays. Tels sont, M. le Président, MM. les Délégués, les efforts, activités, programmes et démarches du Département de la Santé publique et de la Population en Haïti. Ils ont tous pour point de mire: "La santé pour tous d'ici l'an 2000". Compte tenu des interrelations du secteur santé avec les autres secteurs qui contribuent au bien-être de l'homme, nous sommes bien conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir. Toutefois, elle n'est pas au-dessus des forces du pays si ses objectifs deviennent une préoccupation prioritaire de la collectivité et bénéficient de la coopération internationale nécessaire.

The session rose at 5:40 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:40 p.m.

FIFTH PLENARY SESSION
QUINTA SESION PLENARIA

Wednesday, 23 September 1982, at 9:10 a.m.
Miércoles, 23 de septiembre de 1982, a las 9:10 a.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

ITEM 15: ELECTION OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU AND NOMINATION OF THE REGIONAL DIRECTOR OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE AMERICAS
TEMA 15: ELECCION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMERICAS

El PRESIDENTE: El orden del día de la sesión de esta mañana contiene el tema 15: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta del nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas; el tema 16: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Chile, Guyana y México, y al final, el tema 12: Informes de los Gobiernos Miembros, que es una continuación del tema de ayer. Comenzaremos entonces con el tema 15. Quiero llamarles la atención sobre el Documento CSP21/7 y vamos a pedirle al señor Secretario que nos lea un documento que se ha preparado referente a la elección.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. Working Paper 1 was distributed to all Delegations yesterday morning, as approved by the General Committee. It describes the Articles, Rules, and Procedures for the Election of the Director of the Bureau. Article 4.E of the Constitution says that the Conference shall elect the Director of the Bureau in accordance with Article 21, paragraph A, of the Constitution. Article 21.A of the Constitution states: "The Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization. The Director shall hold office for a period of four years. In the event of his successor not being elected prior to the expiration of his term of office the Director shall continue to serve until his successor takes office. In the event of the resignation, incapacity, or death of the Director, the Deputy Director shall assume his duties until the next meeting of the Council. The Council shall then elect a Director ad interim by a majority vote of the Governments present and voting."

The electoral procedures are described in Rule 56 of the Rules of the Conference, which reads as follows: "The Conference shall elect the Director of the Bureau by secret ballot in plenary session, in conformity with Article 21, paragraph A, of the Constitution.

Before voting is begun, delegations that wish to do so may nominate any person they deem suitable for the post, but no official list of candidates shall be drawn up, no eligibility requirements shall be established, and votes may be cast for a person whether nominated or not.

If in the first two ballots no person receives the majority required, two further ballots restricted to the two candidates receiving the largest number of votes in the second of the unrestricted ballots shall then be taken. If no candidate receives the majority required, two unrestricted and two restricted ballots shall be taken alternately until a candidate is elected." Article 6, paragraph A, of the Constitution states that each Government officially represented at the Conference shall have the right to one vote. Rule 45 of the Rules of Procedure of the Conference states that "majority" means, in the case of the election of the Director, any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization. In computing a majority, any fraction shall be counted as a whole number.

At present, the Organization has 37 members. Thus the majority required is 19. Rule 50 of the Rules of Procedure of the Conference prescribes that elections shall normally be held by secret ballot and that, where ballots are required, two tellers shall be appointed by the President from among the delegations present. Those are the rules, Mr. President, governing the election of the Director.

El PRESIDENTE: La presidencia ha designado al Dr. Angel Guzmán, Jefe del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Chile y al Sr. Ian Inglis, Asesor Especial del Ministerio de Salud del Gobierno del Canadá, como miembros del Jurado de Elecciones. Por favor, que los dos escrutadores pasen a la mesa directiva. Vamos a leer los procedimientos para la elección.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. For the purpose of verifying the quorum the Secretary will read the list of participating countries accredited at the Pan American Sanitary Conference in the English alphabetical order and will note all those that reply "present". With your permission, Mr. President, I will read the countries in the English alphabetical order: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize (Belize absent), Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana (Guyana absent), Haiti (Haiti absent), Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela. Mr. President, a quorum is present.

El PRESIDENTE: Vamos ahora a poner a discusión las observaciones para la elección. Tengo en orden para hacer uso de la palabra a los Gobiernos de Colombia y de Venezuela. Tiene la palabra la Delegada de Colombia.

Dra. FORERO (Colombia): La Delegación de Colombia, con el fin de facilitar la selección del Director de la OSP, se permite comunicar que ha retirado el nombre de su candidato, que había sido presentado por los canales diplomáticos establecidos. Estamos convencidos de los méritos del Dr. Luis Fernando Duque, quien a través de una larga hoja de servicios a la salud de Colombia y los intereses de la salud panamericana, permitían la consideración de su nombre para tan importante cargo, honor que él y el país declinan en consideración a los señores Delegados, facilitando así la elección del nuevo Director.

Deseamos agradecer públicamente a los Gobiernos que gentilmente ofrecieron su apoyo a la candidatura del Dr. Luis Fernando Duque y les solicitamos que se consideren en libertad para escoger su candidato.

Sea esta la oportunidad de agradecer y felicitar al Director Héctor Acuña por la labor realizada y por la preocupación permanente de mantener e incrementar los programas de la OPS en Colombia.

A los candidatos, Dres. Carlyle Guerra de Macedo y David Tejada, así como a los que surjan durante la elección, deseamos éxito en el evento y al elegido auguramos un cuatrienio de realizaciones efectivas para los intereses de salud de todos los países de América. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): Señor Presidente, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señor Presidente del Comité Ejecutivo, honorables Ministros y Delegaciones de países hermanos presentes. El Gobierno de Venezuela por mi intermedio tiene el alto placer de poner a consideración de esta Asamblea, en esta oportunidad transcendental como es el nombramiento cada cuatro años del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, la candidatura del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, médico brasileño de 45 años de edad, de una

vasta formación profesional, graduado de la Universidad Federal de Pernambuco, Brasil, licenciado en salud pública con mención en administración de salud en la Universidad de Chile, especializado en estudios de población en el Centro Latinoamericano de Demografía, en planificación de salud en la OMS, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) y en planificación del desarrollo en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). El Dr. Carlyle Guerra de Macedo tiene una experiencia profesional muy amplia como coordinador de los servicios de salud y médico asistente en el proyecto de desarrollo integrado en la Amazonia en el Brasil. Ha sido organizador y Jefe de la División de Salud de la Superintendencia de Desarrollo del Noreste del Brasil, en coordinación con 11 estados federales, que abarca una población de 30 millones de habitantes en la región más pobre de Brasil. En esa función cumplió un papel relevante en la organización y desarrollo de las secretarías estatales de salud de la región y en el establecimiento de su programa básico de salud durante los años 1964 y 1965. Ha sido Secretario de Salud del Estado de Piauí en el Nordeste de Brasil, con una población de dos millones de habitantes, durante dos períodos consecutivos de gobierno de 1965 a 1970. Durante esos períodos creó e implantó en forma pionera la red de atención primaria para todo el Estado. Ha sido experto y Jefe de la División de Adiestramiento del Centro Panamericano de Planificación de Salud OPS/ILPES con actividades docentes y de asesoría en la mayoría de los países de la Región de las Américas; ha sido coordinador del Programa Intersectorial de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud de los Ministerios de Salud, Seguridad Social y Educación del Brasil, con la colaboración de la OPS, y últimamente, coordinador de las propuestas globales de política y del Plan Nacional de Servicios Básicos de Salud del Brasil. Es autor de muchos trabajos publicados dentro y fuera del Brasil, que abarcan temas relevantes en el campo de la salud tales como planificación, proceso político, información, administración, investigación, etc. Su experiencia administrativa desde el nivel local hasta el nivel federal y el internacional se potencia a través de su experiencia en actividades políticas como Secretario de Estado y de la participación en decisiones a nivel nacional de su país. Ha participado en numerosos congresos, seminarios y reuniones nacionales e internacionales sobre variados asuntos. Es miembro de diversas organizaciones gremiales, profesionales y culturales de salud dentro y fuera del Brasil. Desde hace 12 años pertenece a la OPS, lo que le ha permitido adquirir un amplio conocimiento de la estructura, funcionamiento y personal de esta Organización, siendo la democracia interna de nuestra Organización fundamentalmente responsable de la salud de los países de nuestro Hemisferio. La amplia experiencia del Dr. Carlyle Guerra de Macedo dentro de esta democracia interna de la Organización es presentada con todo respeto y consideración ante los honorables Ministros, señores Delegados y a la asamblea general como una persona en la cual confiamos que, en caso de salir electo por voluntad de ustedes, va a cumplir ampliamente con las recomendaciones, programas y trabajos que están planteados en esta época tan dinámica de la salud de nuestros pueblos. Muchas gracias, señor Presidente.

EL PRESIDENTE: Va a hablar el Delegado del Brasil.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Senhor Presidente, Senhor Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, Senhores Ministros, Senhores Membros das Delegações. Agradeço em nome de meu Governo a calorosa apresentação, feita pelo Sr. Ministro da Saúde da Venezuela, de um brasileiro para a direção da Repartição Sanitária Pan-Americana. Igualmente sensibilizados, agradecemos as manifestações que temos recebido, de apoio a essa candidatura. O Governo brasileiro adota uma política internacional cujo objetivo geral é o fortalecimento da paz, da solidariedade, do entendimento e da justiça entre os governos e os povos de todo o mundo, e em especial, da região das Américas. Essas são condições básicas para o progresso de todos e para a superação dos muitos problemas que todos temos, através de uma cooperação real e eficiente, com respeito à independência e auto-determinação de cada país. Temos dado sempre um testemunho do nosso integral acatamento a esses princípios.

No campo específico da saúde, estamos cada dia mais preocupados com a solução de problemas comuns e com o aumento da eficiência da cooperação internacional, em especial da Organização Pan-Americana da Saúde. Reconhecemos o relevante papel que a Organização

cumpre e deve cumprir. Desejamos vê-la e tê-la sempre mais forte, dinâmica e eficiente em benefício da saúde de nossas populações. A candidatura brasileira é uma demonstração e consequência dessas preocupações e do compromisso permanente do Brasil com a solidariedade e o progresso nas Américas. Vale lembrar que o Brasil não ocupa cargo algum deste nível nas organizações internacionais do sistema interamericano ou das Nações Unidas. Era necessário, entretanto, ter um homem certo com as condições pessoais e profissionais adequadas.

O Brasil se honra em poder submeter à consideração da Conferência o nome do Dr. Carlyle Guerra de Macedo para a direção da Repartição Sanitária Pan-Americana, o melhor de seus filhos para esta missão. Suas qualidades de homem público e de técnico altamente qualificado e sua idoneidade pessoal e ilibada são garantias de seu desempenho, à frente desta Organização. A contribuição do Dr. Macedo à saúde no Brasil e ao desenvolvimento social de nosso povo tem sido sempre destacada. Sua capacidade administrativa, de condução e liderança tem sido testada sempre com extraordinário êxito em todos os níveis do sistema nacional de saúde e em atividades de desenvolvimento econômico e social global. Sua preocupação e dedicação completa ao conhecimento e solução dos problemas sociais e especialmente os de saúde são extraordinários. O descortino político, a visão integral justa e operacional dos problemas e sua experiência internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde por 12 anos em vários níveis credenciam-no para o cargo de Diretor desta Repartição. Em nosso país o Dr. Macedo possui de forma incontestada o respeito e a admiração de todos os que trabalhamos em saúde e o reconhecimento e o apoio integral do Governo brasileiro. Oferecemos pois, à consideração dos senhores, na pessoa do Dr. Macedo, o que de melhor temos. Com ele reafirmamos o compromisso do Brasil agora ainda mais completo com a nossa Organização Pan-Americana da Saúde e com as Américas. Agradecemos antecipadamente a todos os países amigos o apoio que darão ao Dr. Macedo. O Governo do Brasil reconhece esse apoio como um preito de amizade que muito nos honra e nos compromete. Muito obrigado.

El PRESIDENTE: Quiero recordarles a los Delegados que han pedido la palabra que si aprietan el botón de nuevo en el monitor de la mesa se borra el nombre del país y cuando vuelven a apretar el botón aparece al final. Por lo tanto voy a dar la palabra por el orden en el cual aparece en el monitor electrónico. Si algún Delegado cree que apretando el botón muchas veces aparece el nombre del país con más énfasis y que por consiguiente el Presidente le otorgará la palabra, está en un error, pues lo que hace es borrar el nombre del país en el monitor. Les recuerdo esto para que sepan la manera en que la Presidencia está dando la palabra. Tengo en orden ahora a México, Honduras, Argentina y Santa Lucía. Argentina había pedido la palabra anteriormente y parece que la borró. Por cortesía con el Delegado de la Argentina quiero preguntarle si quiere hacer uso de la palabra en estos momentos o prefiere hacer uso de la palabra en el orden que se indicó.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): Señor Presidente, señor Director, señores Ministros y señores Delegados. El Gobierno de la República del Perú ha puesto a consideración de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud la candidatura del Dr. David Tejada de Rivero para la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana y Director Regional de la OMS para las Américas. Tengo el alto honor de hacer su presentación y lo hago con gran satisfacción porque conozco al Dr. Tejada desde hace muchos años y he podido aquilatar los grandes méritos y valores que galonan su vida médica y lo hago con gran satisfacción también porque unen a mi país con la República del Perú estrechos lazos de fraternidad y solidaridad, nacidos en los albores de nuestra independencia y reafirmados siempre en los momentos difíciles que han vivido ambos pueblos hermanos.

La destacada personalidad, las realizaciones y la trayectoria del Dr. Tejada son bien conocidas por todos los que me escuchan. Solo comentaré algunos de los hechos más salientes.

La experiencia del candidato peruano en su país comprende actuaciones que se inician desde el primer nivel de atención de la salud y alcanzan al más alto cargo técnico, el de Viceministro de Salud.

En la Región de las Américas, como funcionario de la OSP ha ocupado diversos e importantes puestos, desde consultor de proyectos hasta Director del Centro Panamericano de Planificación en Salud, habiendo cumplido funciones docentes en diversas escuelas de salud pública y universidades, entre ellas Johns Hopkins, Columbia, Toronto, São Paulo, Río de Janeiro, Medellín, Indias Occidentales, Central de Venezuela, Buenos Aires, México y Lima.

En la OMS desde hace ocho años es Subdirector General designado por el Dr. Halfdan Mahler y ha tenido una participación muy destacada en el movimiento que ha llevado a la meta social de salud para todos en el año 2000. Para esta trascendental decisión, que sin duda marca un hito en la historia del desarrollo del bienestar de los pueblos del mundo, el Dr. Tejada fue designado Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma-Ata, Unión Soviética, en 1978. Tuvo a su cargo la organización de esta reunión desde sus etapas iniciales y en la actualidad participa activamente en la traducción del ideario de Alma-Ata en los programas nacionales de salud.

Recientemente, con motivo de la adopción del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el Dr. Tejada desempeñó una labor preponderante para lograr un consenso indiscutiblemente difícil. En esta acción, como en todas las que he citado, el Dr. Tejada demostró una vez más no solo su reconocida capacidad técnica, sino también su gran tacto y sagacidad política.

Considero, señor Presidente, que no es necesario abundar en más antecedentes; yo diría que el frondoso currículum del ilustre peruano que estoy presentando nos muestra un hombre probo, un profesional capaz con experiencia y sólida formación académica y un sanitarista del más alto nivel, que de ascender a la Dirección propuesta, ha de contribuir sin ninguna duda a que la salud sea el medio de unión y de esfuerzos conjuntos de todos los países de América. Señores Delegados, muchas gracias por su atención.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de México.

Dr. ALVAREZ-GUTIERREZ (México): Gracias, señor Presidente. Señores Ministros, señores Delegados. El Gobierno de México, por mi conducto, tiene un alto honor en secundar la candidatura del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, de la República del Brasil, para el puesto de Director de la OSP, tomando en cuenta todos los atributos que ya han sido mencionados por el señor Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela y por el señor Ministro de Salud del Brasil. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Quiero recordar a los que hacen uso de la palabra que se identifiquen por su nombre para que en el acta pueda constar con más claridad quién hizo uso de la palabra. Tiene la palabra el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras.

Dr. RODRIGUEZ (Honduras): Muchas gracias señor Presidente. Señores Miembros de la Mesa Directiva, señores Ministros, señores Delegados. El Gobierno de Honduras se honra, por nuestro medio, en respaldar la candidatura del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, propuesto por nuestro distinguido colega el Dr. González de Venezuela y respaldado también por el Dr. Arcoverde, nuestro distinguido colega, Ministro del Brasil. Ellos ya expusieron ampliamente el currículum del Dr. Guerra de Macedo y nosotros, que hemos tenido oportunidad de tratarlo personalmente en varias ocasiones, tenemos conocimiento de su vasta experiencia, no solamente en el campo de la salud pública, sino también en la causa de la administración pública dentro de su país y fuera de él. Estamos seguros que esa experiencia le permitirá traer a este organismo sus experiencias y continuar la fecunda labor del Dr. Acuña en estos últimos dos cuatrienios. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

Dr. MARCHAND (Perú): Muchas gracias, señor Presidente. Permítame usted en primer lugar expresar y dejar testimonio de la realmente alta satisfacción de la Delegación del Perú de compartir esta sala en la mañana de hoy con tan ilustres personalidades y tan distinguidos médicos y científicos. En segundo lugar, señor Presidente, no era mi intención intervenir, pero las realmente significativas, sólidas y lúcidas expresiones del señor Ministro de Salud de la hermana nación argentina han hecho que yo no pueda hacer un homenaje al silencio y acudo a la palabra para dejar acá el testimonio y agradecimiento de la Delegación del Perú al señor Ministro de la Argentina y del hermano pueblo argentino. No, señor Presidente, no es mi intención abundar sobre las cualidades y condiciones de mi compatriota, el Dr. David Tejada; el señor Ministro de Salud de la República Argentina destacó los hechos más sobresalientes de su trayectoria. No voy a insistir en esa trayectoria porque es ampliamente conocida, como lo es también la vocación permanente de mi país al servicio de todos aquellos que representen esfuerzos de cooperación hemisférica, como es el caso de esta Organización. Hemos querido poner a disposición el nombre de este distinguidísimo profesional peruano, como un testimonio de la fe que tiene el Perú en esta Organización, de la fe que tenemos en que este foro regional alcance los objetivos inmediatos--objetivos que son un símbolo hemisférico, diría yo--unidad para la cooperación, fraternidad para el bienestar, voluntad y decisión para el desarrollo económico y social de nuestras naciones. Pensando en esto, señor Presidente, es por lo que hemos puesto a disposición de ustedes lo mejor que tenemos para poder cooperar con esta Organización: el Dr. David Tejada de Rivero. Muchas gracias.

Dr. BRANDT (United States of America): Mr. President and Ministers, the Government of the United States of America is very pleased to support the candidacy of Dr. David Tejada of Peru. My Government feels strongly that Dr. Tejada offers the best range of experience, the best qualifications for this position, and the best hope for an effective Pan American Health Organization.

Mr. President, let me be clear. I intend in no way to detract from the qualities of the other candidates in this election, each of whom has made major contributions to the health field. Nor would I in any way detract from the high regard my Government has for the Governments of the other candidates, each of which is highly respected by the United States of America, but we are, in fact, faced with a choice in this election.

Dr. Tejada has served as Vice-Minister of Health in his own country. He has served in PAHO Headquarters; he has served in a PAHO field position; and he has served with great effectiveness, for eight years, in the number three position of the World Health Organization, as Assistant Director-General in charge of health services, development of health resources, environmental health, family health, and many other areas of vital interest to this Organization. In short, he is highly qualified. Those of us who are involved in WHO affairs are well aware of the great skills that Dr. Tejada has brought to bear on very difficult problems. On a very divisive issue, such as the one surrounding the infant formula code, we know how he struggled to ensure fair representation of the strongly contrasting views of the parties involved--be they governments, businesses, consumer groups, religious groups, or other international organizations. We know that on issues that can be divisive within PAHO, he will work to bring people together for the good of the Organization.

Mr. President, the question before us is what is best for PAHO. We should make a judgement today that is honestly and openly selfish. We should choose the person who offers the best hope for the future of this Organization. The Government of the United States of America feels very strongly that Dr. David Tejada of Peru is that person, and we hope that other Delegates will join us in that assessment when we cast our ballots.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

Dr. GODOY (Paraguay): La Representación de la República del Paraguay, fiel a su tradición de emitir su voto con integridad y absoluta convicción, y en este caso, por expreso mandato de mi Excelentísimo Gobierno, se permite apoyar la candidatura del destacado hombre de ciencia y de trabajo, el dignísimo Representante de la República Federativa del Brasil, Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Así y todo manifestamos que nuestro país se sentiría sumamente feliz en colaborar con el candidato que salga electo en esta ocasión, recordando que somos fervientes amigos y defensores intransigentes de la solidaridad continental. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más en lista para hablar sobre este tema; vamos a dar lectura a tres artículos más del procedimiento.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): I think your equipment is not functioning.

The PRESIDENT: I would like to remind each Delegate that, if he presses the button, his name appears here; if he presses the button again, the name disappears. Many Delegates feel that the more they press the button, the more their name will appear. Well, it just doesn't work that way. The Delegate of Saint Lucia. Excuse us.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): Mr. President, Director of PASB, Ministers, Delegates. I bear witness to the high regard and achievement of Dr. Macedo of Brazil, so eloquently expressed by the Honorable Ministers of Venezuela and Brazil. I visited Brazil less than two weeks ago, and I was fortunate to be shown the work piloted by Dr. Macedo. I traveled more than 60 miles, from the city of Belém to the parts of the country where work is being done for the people in the rural areas, people who are definitely in need of that type of work, people who are relatively very poor and have very little education, but people who, nevertheless, are being taken care of by the Government of Brazil and, I understand, under the direction of Dr. Macedo.

It is a pleasure for me to be here to tell the Conference what is being done in Brazil in primary health care—it would be an interesting education if some of us could visit Brazil to see the way the people are being taken care of by the work initiated by Dr. Macedo.

Let me end by saying, Mr. President, that I have no hesitation at all in believing that, with a person like Dr. Macedo at the head of this Organization, we will have someone who will be sympathetic to all the Member Countries of PAHO, a man who will be able to direct the work of this Organization with impartiality and competence. I have no hesitation in supporting his candidacy.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Guyana.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Mr. President, I understand the roll call has been taken. I arrived late. I apologize for my late arrival but at least I would like to register my presence.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más en lista para hablar. Ahora sí, el Delegado de Belice.

Mr. LESLIE (Belize): Gentlemen, like the Delegate of Guyana, I would like to register my presence. I apologize for not being here at the beginning of the session.

Dr. JOSEPH (Haití): Il en est de même, M. le Président, pour le délégué d'Haiti.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. No tengo a nadie más en lista para hablar. Pasaremos entonces a dar lectura a los puntos 4, 5 y 6 del Reglamento o Procedimiento para la elección. Señor Secretario.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. The procedures applying to the election are as follows: each of the Delegations present will be given a blank ballot. I believe all Member Countries are now present. The Secretary will then call the Delegations in English alphabetical order to come to the rostrum and deposit their ballots in the box. When the last country entitled to vote has cast its vote, the Secretary will again call the Delegations that have not yet voted, and the President will then consider the voting complete. The ballot count will be carried out as follows: the tellers will open the ballot box and count the ballots deposited therein to determine the total number deposited and the number valid. A ballot will be considered valid when a single name appears thereon, legibly written. Ballots will be considered null and void when more than one name appears, when they are signed, when they are blank, and when they are illegible. A valid vote should contain only a single name, no other information. The teller will write down on special forms the following information on the voting: the number of ballots cast, the number of null and void ballots, and the number of votes received by each person whose name appears on the ballot. The tellers will sign the ballot form and deliver it to the President together with the ballots. The President will read the results appearing on the form signed by the tellers, and, if any person has obtained the necessary majority, he will be declared the person elected. If that is not the case, in accordance with Rule 56, we will proceed with a second ballot.

El PRESIDENTE: Señores Delegados. Los candidatos me han indicado que prefieren que los nombres aparezcan en las boletas en la forma que les voy a explicar, para mayor claridad. Solamente hay que poner el nombre: David Tejada o Carlyle Macedo, no es necesario escribir todos los nombres. Quiero recordarles a los Delegados que también se puede votar por personas que no han sido postuladas. Si ustedes, por ejemplo, quieren al Dr. Ehrlich, pueden poner Paul Ehrlich, si quieren reelegir al Dr. Acuña, pueden poner Héctor Acuña. Por favor no pongan mi nombre porque yo no soy candidato y no aceptaría. Vamos entonces a proceder, pero antes el Dr. Acuña ha pedido la palabra.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias señor Presidente. Buenos días señores Ministros y Delegados, amigos y compañeros, veo con grata sorpresa que mi distinguido predecesor, el Dr. Abraham Horwitz, se encuentra en esta sala. Me complace reconocer al Dr. Horwitz a quien quisiera invitar a acompañarnos en esta Mesa Directiva. (APLAUSOS).

El PRESIDENTE: Queremos pedirle al Dr. Horwitz que por favor pase y se siente con la Mesa Directiva si tiene a bien.

Dr. ACUÑA (Director): Señor Presidente, de acuerdo con la costumbre establecida por mi ilustre antecesor yo quisiera invitar a los candidatos nominados, es decir al Dr. David Tejada y al Dr. Carlyle Guerra de Macedo, y también a mi distinguido amigo Luis Fernando Duque, a que me acompañen a mi oficina a esperar que ustedes procedan con la votación. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Vamos a proceder ahora a la distribución de las boletas y a colocar la urna en la mitad de la sala. ¿Hay algún Delegado que tiene derecho a votar que no haya recibido la boleta? Entonces vamos a pedirle a los escrutadores que bajen y a llamar a las Delegaciones a votar, según el reglamento, por el orden alfabético del idioma del país sede. El señor Secretario se servirá llamar a los Delegados a votar.

The SECRETARY: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela.

El PRESIDENTE: ¿Hay algún Delegado que no haya votado? Señor Secretario ¿cuántas Delegaciones votaron?

The PRESIDENT: How many?

The SECRETARY: Thirty-seven, Mr. President.

El PRESIDENTE: Vamos a pedirle a los escrutadores que abran la urna y hagan el conteo.

The tellers count the votes.
Se efectúa el escrutinio.

El PRESIDENTE: Treinta y siete países hicieron uso de su derecho para votar. Según la Constitución se necesitan 19 votos para ser electo; 37 boletas depositadas; hubo tres votos nulos o en blanco, por lo tanto, hay 34 votos válidos. El Dr. Héctor Acuña sacó un voto, el Dr. Tejada sacó 13 votos, el Dr. Macedo sacó 20 votos. Señores miembros de la sala, la Presidencia quiere preguntar antes de declarar electo al Dr. Carlyle Guerra de Macedo si alguien tiene alguna objeción o impugnación al proceso. Si no hay objeción, declaro entonces electo para los próximos cuatro años al Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Voy a solicitar a los honorables Ministros de Venezuela, del Brasil y de México que suban a la oficina del Director para comunicarle oficialmente el resultado y le pidan que se haga presente en la sala. El Presidente quiere agradecerle al Dr. Angel Guzmán de Chile y al Sr. Ian Inglis de Canadá la labor efectuada y felicitarlos por la misma. Muchas gracias. Vamos a darle la palabra al Director electo, Dr. Carlyle Guerra de Macedo.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Brasil): Senhor Presidente, Senhor Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, Senhor Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde, Senhores Ministros, Senhores Delegados, minhas Senhoras e meus Senhores:

E meu desejo e minha decisão pessoal estabelecer com todos os países e com todos os trabalhadores desta casa uma relação franca, honesta e direta, em benefício da saúde dos povos da região das Américas. Por esta razão, não lhes falo agora de um texto escrito para que me permitam, com toda a emoção do momento, ser transparente como sempre fui e como sempre continuarei a ser.

Quero inicialmente reconhecer a lealdade e a altura do comportamento dos candidatos que participaram do processo eleitoral nesta oportunidade. Porque esta lealdade, esta altura, não apenas dignificam a nós, candidatos, mas senão que dignificam a própria Organização Pan-Americana da Saúde e constituem o aval, a certeza de que a partir deste momento estaremos unidos no trabalho comum, na missão conjunta de tornar esta Organização mais eficiente a serviço dos governos e dos países. Meu reconhecimento ao Dr. Luis Fernando Duque, meu reconhecimento muito especial ao meu amigo, companheiro de trabalho, Dr. David Tejada. Estaremos juntos daqui por diante. Espero que ele na OMS se constitua, e com certeza o fará, provavelmente na ponte mais efetiva do entendimento e do trabalho conjunto que faremos com a Organização Mundial da Saúde.

Senhores Ministros, Senhores Delegados, eu agradeço de coração àqueles países amigos que apoiaram a nossa candidatura, que me honraram com sua preferência, mas tenho a consciência bem clara, a consciência completa de que a partir deste momento sou o Diretor eleito da Repartição Sanitária Pan-Americana, que pertence a todos. E, para ser eleito necessitei o apoio da maioria dos senhores, para o trabalho que nos espera necessito, desejo e estou certo de que terei o apoio de todos.

Sei que a missão de administrar esta Secretaria em nome dos senhores não será fácil, pelo contrário, será muito complexa. Os tempos futuros não parecem indicar-nos situações de tranquilidade; pelo contrário, o processo de transformação econômica, social e política por que está passando o mundo, por que está passando esta Região, por que está passando cada um dos nossos países, indica o crescimento de problemas, de tensões, de necessidades, de demandas. Estamos conscientes de que, para enfrentar esses problemas,

essas necessidades, essas demandas, e dar-lhes solução satisfatória é necessária a união de todos. Repito, estou certo de que a terei.

Os senhores podem estar certos de que terão na Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde e particularmente no seu Diretor a partir de fevereiro, como creio sempre o tiveram, um companheiro a mais de trabalho, um amigo que não lhes esconderá em nenhum momento qualquer informação que seja do interesse de cada país. Que procurará buscar as soluções sempre por esse diálogo, por esse contato, por essa relação franca, sincera e produtiva.

Eu distribuí, espero que a todos, um pequeno documento em que resumo minhas principais idéias sobre os princípios que, penso, devem nortear a administração da Secretaria da Organização. Temos um lema, temos um objetivo definido, temos estratégias definidas, temos um plano de ação. Esses princípios que eu lhes transmiti, servirão para tornar esta Organização ainda mais eficiente, mais ágil, mais descentralizada, mais perto de cada país, mais perto das necessidades da população, mais aberta, mais efetiva, mais concreta. Permitam-me ainda que neste momento dirija palavras ao pessoal desta casa. Sei pelas manifestações de solidariedade que tenho recebido que, pelo natural das coisas, sempre que ocorre uma mudança de mando, há uma grande expectativa com respeito à administração futura. Cremos que a tarefa de ajudar os países a construir um futuro melhor, de melhorar a saúde de nossos povos, missão essencial desta Organização, é o ponto de encontro de todos nós. Estou convencido de que para a materialização desta missão, deste propósito, a participação dos senhores que fazem a Organização Pan-Americana da Saúde no seu trabalho do dia a dia é essencial. E nós procuraremos criar as condições para que essa participação se faça efetiva.

Senhores Ministros, Senhores Delegados, muito obrigado e até o início do nosso trabalho.

El PRESIDENTE: Vamos a declarar un receso de 30 minutos y resumir la sesión a las 11:00 en punto.

The session was suspended at 10:25 a.m. and resumed at 11:00 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:25 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

ITEM 16: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF CHILE, GUYANA, AND MEXICO

TEMA 16: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO LOS MANDATOS DE CHILE, GUYANA y MEXICO

El PRESIDENTE: Vamos a continuar con el tema 16 del Orden del Día. Les hago referencia al Documento CSP21/3 que informa sobre el particular. El Secretario dará lectura a dicho documento.

El SECRETARIO: Tema 16: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Chile, Guyana y México. En virtud del Artículo 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, "El Comité Ejecutivo estará integrado por nueve Gobiernos Miembros de la Organización elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años. Cada Gobierno Miembro elegido podrá designar un representante en el Comité Ejecutivo, y cada representante podrá ser acompañado de uno o varios suplentes y asesores. El Gobierno Miembro que haya terminado su mandato no podrá ser reelegido para integrar el Comité Ejecutivo hasta pasado un período de un año."

El siguiente cuadro presenta la composición del Comité Ejecutivo, así como las fechas en que terminarán los períodos de los miembros actuales: Argentina, octubre de

1983; Chile, octubre de 1982; Guyana, octubre de 1982; Jamaica, octubre de 1983; México, octubre de 1982; Nicaragua, octubre de 1983; Panamá, octubre de 1984; República Dominicana, octubre de 1984; Uruguay, octubre de 1984.

Corresponde a la Conferencia, de conformidad con el precitado Artículo de la Constitución, elegir a los Gobiernos que hayan de reemplazar a Chile, Guyana y México, cuyos mandatos en el Comité expiran en el corriente año.

Además leeré la resolución aprobada en esta Conferencia sobre Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana que, como se informó anteriormente, había sido aprobada por el Consejo Directivo en 1981 y enmendada por el Comité Ejecutivo en 1982; con objeto de homologar los procedimientos de votación en estos casos, la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución siguiente:

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado las enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana recomendadas por el Comité Ejecutivo en el Documento CSP21/8, y

Considerando la conveniencia de facilitar la marcha de los trabajos en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Adoptar los textos que siguen para los artículos indicados de su Reglamento Interno:

Artículo 45:

A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "Gobiernos presentes y votantes" los que emitan un voto válido afirmativo o negativo o, en una elección, un voto válido a favor de una persona o un Gobierno elegibles de acuerdo con la Constitución o con este Reglamento. A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "mayoría" cualquier número de votos mayor que la mitad de los votos emitidos por los Gobiernos presentes y votantes, o, en el caso de la elección del Director, cualquier número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización. Se considerará como no votantes a los Gobiernos que se abstengan de votar o a los que emitan votos en blanco o inválidos. En el cómputo de la mayoría requerida en cualquier votación, toda fracción se computará como un número entero.

Artículo 46:

Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o este Reglamento dispongan otra cosa. En caso de empate, sobre asuntos que no sean una elección, la moción se considerará no aprobada.

Artículo 53

En una elección, cada Gobierno, a menos que se abstenga, votará por un número de candidatos igual o menor que el número de puestos electivos que haya por cubrir. Se considerarán nulas y sin efecto las boletas de voto en que figure un número de nombres mayor que el de puestos electivos a cubrir, en las que el nombre del mismo candidato figure más de una vez, las ilegibles y las firmadas o que revelen la identidad del votante.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna pregunta o comentario sobre los artículos pertinentes? Entonces voy a proceder a designar al Ministro de Jamaica y al Ministro de Venezuela como

escrutadores para esta elección, o sus representantes si así lo desean. Para proponer candidatos para el Comité Ejecutivo doy la palabra al Delegado del Perú.

Dr. MARCHAND (Perú): A la Delegación del Perú le es sumamente grato presentar la postulación de los Estados Unidos de América para un puesto en el Comité Ejecutivo.

Dr. ALVAREZ-GUTIERREZ (México): El Gobierno de México tiene mucho gusto en presentar la candidatura del Gobierno de Cuba para un puesto en el Comité Ejecutivo y al mismo tiempo secunda la propuesta del Perú, para la candidatura de los Estados Unidos de América para otro puesto.

Dr. BRATHWAITE (Barbados): Mr. President, the Delegation of Barbados, along with the voices of the English-speaking Caribbean, is happy to nominate the Government of the Commonwealth of Dominica as a member of this Executive Committee.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): The Government of Guyana is pleased to second the nomination of Cuba and Dominica and also to support the United States of America.

Dr. FRANCO (Perú): Ya hemos presentado a los Estados Unidos de América para un puesto en el Comité Ejecutivo y ahora nos es muy grato apoyar las iniciativas para que también lo integren Cuba y Dominica.

Dr. DE RIGGS (Grenada): Mr. President, as Delegate of Grenada, I would like to second the nomination of the Government of Cuba and the Government of Dominica.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Nicaragua se suma a secundar la postulación de Cuba y Dominica al Comité Ejecutivo.

Dr. COAKLEY (Bahamas): The Government of Bahamas is pleased to support the candidacy of the Delegate of Dominica to the Executive Committee.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): Mr. President, the Delegation of Trinidad and Tobago wishes to support the candidacy of the United States of America, Cuba, and Dominica.

Dr. PEREZ (República Dominicana): La Delegación Dominicana propone al Ecuador como Miembro del Comité Ejecutivo y apoya también la candidatura de los Estados Unidos de América.

Dr. JARAMILLO (Costa Rica): Costa Rica apoya las candidaturas del Ecuador, los Estados Unidos de América y Cuba.

Mr. SITAL (Suriname): Mr. President, the Delegation of Suriname supports the candidacy of Cuba, Dominica, and the United States of America.

Dr. GONZALEZ (Venezuela): Para nuestra Delegación es sumamente placentero darle nuestro respaldo a la candidatura del Ecuador y de los Estados Unidos de América.

Lic. GUIDO (NICARAGUA): Nicaragua secunda la postulación de la hermana República del Ecuador al Comité Ejecutivo.

Dr. GODOY (Paraguay): El Gobierno de Paraguay secunda la candidatura de la hermana República del Ecuador y de los Estados Unidos de América.

Mr. BALLANTYNE (St. Vincent and the Grenadines): Mr. President, the Delegation of St. Vincent would like to support the candidacy of the United States of America, Dominica, and Cuba.

Dr. RAMIREZ (Cuba): La Delegación cubana apoya y secunda a la Delegación del Ecuador y Dominica en su postulación como candidatos miembros del Comité Ejecutivo.

Dr. RODRIGUEZ (Honduras): La Delegación de Honduras se complace en apoyar las candidaturas de los Estados Unidos de América, Ecuador y Haití.

Dr. FRANCO (Perú): Nos sumamos al apoyo en favor del Ecuador.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): Mr. President, the Delegation of Saint Lucia would like to support Dominica, Cuba, and the United States of America.

Dr. GORENA (Bolivia): Deseo expresar que la Delegación de Bolivia secunda y apoya las candidaturas de los Estados Unidos de América y el Ecuador.

Dr. ALVAREZ-GUTIERREZ (México): México tiene mucho gusto en apoyar la candidatura del Ecuador para un puesto en el Comité Ejecutivo.

Dr. PEREZ (República Dominicana): Apoyamos la candidatura de Haití.

Dr. BERRIOS (El Salvador): El Salvador también se suma a apoyar la candidatura del Ecuador, los Estados Unidos de América y Haití.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): A Delegação brasileira apóia, secunda as candidaturas do Ecuador e do Haití.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): La Delegación Argentina apoya la designación del Ecuador, Cuba y los Estados Unidos de América.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Apoyamos la candidatura de los Estados Unidos de América, Ecuador y Haití.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Mi Delegación quiere apoyar a los Estados Unidos de América, Haití y Ecuador.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): Thank you, Mr. President. Jamaica also supports the candidacy of the United States of America, Dominica, and Cuba.

Dr. GORENA (Bolivia): Para complementar damos nuestro apoyo a la Delegación de Haití al Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: Se distribuirán las boletas y después se llamará a las Delegaciones por el orden alfabético en inglés. Se vota por tres países, pero una boleta con un solo país es válida; sin embargo, no debe haber una boleta con cuatro países pues no sería válida; tampoco se puede votar más de una vez por el mismo país ni se puede votar por países que ya son miembros, pero se puede votar por cualquier país que no haya sido postulado. Los países que no son elegibles son: Argentina, República Dominicana, Jamaica, Nicaragua, Panamá y Uruguay. Tampoco son elegibles Chile, Guyana y México, que deben esperar un año antes de aspirar a la reelección.

El Secretario llama a las Delegaciones por el orden alfabético inglés:
Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil,
Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana,
Ecuador, El Salvador, Francia, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras,
Jamaica, Reino Unido de los Países Bajos, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay,
Perú, Santa Lucía, San Vicente, Suriname, Trinidad y Tabago, Reino Unido,
Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela.

¿Alguna de las Delegaciones se quedó sin emitir su voto? Si no es así, se procederá en consecuencia.

The votes are counted.
Se procede al escrutinio.

El PRESIDENTE: Treinta y siete votos válidos han sido depositados; para ser electo se necesitan 19 votos. Los resultados son: Estados Unidos de América, 27 votos; Ecuador, 22 votos; Cuba, 20 votos; Dominica, 17 votos; Haití, 12 votos.

El PRESIDENTE: Pregunto a la sala si hay alguna objeción, impugnación u observación que hacer sobre esta elección. Si no es así, declaro electos a los Estados Unidos de América, Ecuador y Cuba.

Dr. RAMIREZ (Cuba): Permítanme expresarles en nombre del Gobierno de la República de Cuba el más profundo agradecimiento por la elección de mi país como miembro del Comité Ejecutivo de esta importante Organización. Estamos altamente convencidos de que la cuenta atrás de la salud para todos ha comenzado; esto exige el mayor esfuerzo, el compromiso incesante de los Gobiernos, la asignación de los recursos necesarios y la reestructuración y reformas de los sistemas de salud.

Nuestro país al ser electo miembro del Comité Ejecutivo está profundamente identificado con estos propósitos. Quiero expresar que Cuba no escatimará esfuerzos para cumplir con las obligaciones que en nombre de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud ha aceptado; trabajaremos en el Comité Ejecutivo en nombre de todos los países de las Américas sin diferencias de ninguna índole y con alta satisfacción. Además queremos expresar el agradecimiento que nos embarga hacia todos los países y Gobiernos que han confiado en nosotros para tan noble responsabilidad.

Dr. BRANDT (United States of America): Mr. President, the United States of America would also like to express its gratitude for this vote of confidence in electing us to be a member of the Executive Committee. We are committed to PAHO's goals and directions. We pledge ourselves to work for improvement of health in the Americas and to work with and support the new Director-designate.

Dr. ROMAN (Ecuador): Ecuador queda agradecido a todos los participantes en esta Conferencia Sanitaria Panamericana y ofrece formalmente trabajar seria y responsablemente de manera conjunta con el resto del Comité Ejecutivo y con toda la estructura de la Organización en la búsqueda y consecución del logro de las metas propuestas en beneficio de todos los pueblos de este Hemisferio.

ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND THE PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XX AND THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (continued)

TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XX Y LA XXI CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

El PRESIDENTE: Pasaremos ahora al punto 3 del orden del día, es decir, al tema 12.

Report of the Delegation of Chile
Informe de la Delegación de Chile

Contralmirante RIVERA (Chile): Nuestra Delegación se ha permitido distribuir a los señores Delegados el informe cuadrienal del Gobierno de Chile a esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, por lo cual me permitirá circunscribir esta intervención a los aspectos más relevantes, que muestren la materialización del compromiso de Chile con las metas regionales de la OPS.

En el último período cuadrienal, se han materializado en nuestro país cambios importantes de variada naturaleza, que nos permiten afirmar que Chile ha entrado en una nueva etapa en su evolución de salud pública.

En nuestra larga tradición sanitaria, la salud de la población ha sido una preocupación preferente del Estado. Es por eso que, con especial satisfacción, queremos señalar que la nueva Constitución política de la República, promulgada en 1981, incorpora por primera vez la salud entre los derechos constitucionales de los ciudadanos. Concretamente, establece el derecho a la protección de la salud y especifica que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, como también a la rehabilitación del individuo. Asimismo, la nueva Constitución garantiza la libertad para elegir el sistema, estatal o privado, al cual la persona desee acogerse. Las políticas de salud del Gobierno, que en forma progresiva y sistemática se vienen aplicando desde el año 1975, han ido adecuando las estructuras a la realidad jurídica, económica, social y cultural que vive el país.

En consecuencia, nuestras políticas de salud se encuadran dentro de una dinámica general de desarrollo nacional, con especial énfasis en lo social. Dentro de este proceso de desarrollo nacional, en 1979, el Gobierno dispuso realizar varias modernizaciones sectoriales, una de las cuales correspondió precisamente al sector salud.

El primer paso importante dentro de este proceso de modernización fue la reestructuración del sector público de salud, en concordancia con las políticas de regionalización y descentralización administrativa que se estaban poniendo en práctica en todo el país.

En efecto, en 1979 se dictó una ley mediante la cual se reestructuró el sector salud, creándose el sistema nacional de servicios de salud, compuesto de 27 servicios a lo largo del país, con funcionamiento autónomo y descentralizado, personalidad jurídica y patrimonio propio. Durante 1980 y 1981 el Ministerio de Salud orientó sus esfuerzos a consolidar la reestructuración mencionada y a elaborar los mecanismos legales y reglamentarios de carácter administrativo, técnico y operativo, para hacer más ágil y eficiente el sistema, y continuar con la tarea de mejorar las condiciones de salud del país. Dentro de las medidas adoptadas, merece destacarse el traspaso a la administración municipal de establecimientos primarios de salud, permitiendo una mayor participación del nivel comunal en la solución de sus propios problemas. Otra medida importante que se adoptó en el sector fue la apertura a la participación del sector privado en el área de la salud. La existencia de un pequeño sector privado en el área de salud permite hacer efectivo el principio de libre elección, disminuir la presión de demanda sobre los establecimientos estatales y posibilita que en el mediano plazo se desarrolle una infraestructura asistencial privada que complementa a la estatal.

Desde el punto de vista sanitario, el quadrienio se ha caracterizado por el sostenido descenso de los indicadores de mortalidad, por la sustancial mejoría de los índices de nutrición, por el aumento de la cobertura al 95% de la población y por la creciente demanda de servicios de salud de mayor complejidad. Es así como Chile, que es un país en desarrollo, ha alcanzado índices de salud comparables a países con un mejor nivel socioeconómico. Esta realidad actual, nos obliga a enfrentar simultáneamente problemas propios de países en desarrollo junto a otros que caracterizan a países desarrollados, ya que nuestras tres principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. Todo esto nos ha obligado a elaborar un pronóstico de la situación de salud a mediano plazo en el cual se proyecten los cambios en las patologías predominantes y con ello la estructura esperada de la demanda.

Durante este quadrienio se ha puesto especial énfasis en los programas de control de enfermedades cardiovasculares, de pesquisa precoz del cáncer gástrico, cervicouterino y de la mama, como también de la diabetes, estableciéndose métodos de control y seguimiento sistemático de los enfermos.

En el cuatrienio, la situación de salud de Chile ha tenido, en general, un notable progreso, destacando el descenso de la mortalidad infantil en un 29,7%, alcanzando en 1981 la cifra de 27,2 por mil nacidos vivos, cifra que estimamos se aproximará a 24 por mil nacidos vivos en el presente año. Desde el punto de vista de la acción programática, quisiera señalar que en 1981 el programa de inmunización alcanzó coberturas de un 98% para vacuna BCG, 91% para vacuna contra tos ferina, difteria y tétanos, 88% en la vacuna contra el sarampión y 80% para la vacuna contra la poliomielitis. Por otra parte, se ha extendido la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las infecciones intrahospitalarias y se han llevado a cabo sistemas de vigilancia epidemiológica para muertes fetales, neonatales e infantiles tardías.

Queremos destacar en forma especial la preocupación de nuestro Gobierno por extender la cobertura de los programas de salud a las zonas rurales, que representan el 19% de la población del país, es decir, dos millones de personas aproximadamente.

Es así como se le ha dado especial énfasis a la construcción de establecimientos primarios rurales, habiéndose terminado en el cuatrienio la construcción, para el sector rural, de 189 postas y 13 consultorios, además de 7 hospitales, con un costo de 40 millones de dólares de los cuales el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aportó 14 millones de dólares. Durante el período 1978-1981 hemos recibido la oportuna y eficiente colaboración técnica de la OPS que deseo hacer destacar de manera muy especial. Al terminar este informe, quisiera señalar que nuestro país ya tiene adelantado el cumplimiento de la mayoría de las metas establecidas en el Plan de Acción de la Región, por lo cual esperamos al año 1990 haber cumplido el compromiso solidario de salud para todos en el año 2000.

Estamos conscientes de la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud de mantener y mejorar los niveles alcanzados, razón por la cual hemos creído conveniente desarrollar un sistema de evaluación en el sistema nacional de servicios de salud. Con este propósito, hemos comenzado con la implantación de un moderno sistema de información computarizada, que será procesado desde el nivel primario y fluirá hacia los niveles superiores de decisión. Existirá una red de microprocesadores instalados en los establecimientos asistenciales claves a lo largo del país, conectados al nivel central, para disponer de informaciones permanentes y actualizadas que permitan a las autoridades del sistema de salud tomar decisiones oportunas.

Finalmente quiero decir, con legítima satisfacción, que mi país ha respondido con seriedad y resolución al compromiso de salud para todos en el año 2000, y que Chile se encuentra hoy en el umbral de su cumplimiento.

El PRESIDENTE: Se le agradece a la Delegación de Chile haberse mantenido dentro del tiempo de 10 minutos estipulados. Antes de proceder a darle la palabra a la próxima Delegación me gustaría agradecerle al Honorable Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Dr. Luis José González, y a su Excelencia el Dr. Kenneth Baugh de Jamaica, el haber servido como escrutadores en la elección. Les ruego me perdonen que no lo haya hecho antes, en un momento más apropiado.

Report of the Delegation of Guyana Informe de la Delegación de Guyana

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Mr. President, may I first congratulate you and the two Vice-Presidents on your election to office at this XXI Pan American Sanitary Conference. May I also express our congratulations to Dr. Carlyle Guerra de Macedo on his election as Director of this distinguished Organization. Also, Mr. President, I would like to take this opportunity to welcome Belize and Antigua and Barbuda to PAHO. I would be remiss, Mr. President, if I did not express our gratitude to Dr. Acuña, the outgoing Director of PASB, to Dr. Mahler, and to all the agencies who have assisted us during the past four years.

During the past four years, Mr. President, Guyana has been able to bring medical services in varying degrees throughout the length and breadth of our country. Guyana has recently been divided into 10 regions to allow direct involvement of our people in the planning process. To this end, the Ministry of Health has been reorganized, and decentralized. At the center of the Ministry, we have formed a Policy Committee which will receive information from the lowest to the highest level. This Committee is comprised of representatives of the State Planning Department. A Program Planning and Evaluation Unit has also been established in the Ministry of Health. In an attempt to ensure effective use of our resources, we have been able to define five levels of care: level one, a health post which serves a small community of approximately 100 staffed by community health workers; level two, a health center with a registered nurse and paramedical personnel who refer to senior medical personnel; level three, a district hospital which offers services in obstetrics, internal medicine, surgery, and pediatrics. These services have been defined and those which cannot be offered are available at level four, and, subsequently, at level five (specialist resources) where problems which cannot be solved at other levels are tackled.

Mr. President, in 1978 Guyana was among the large number of countries that embraced the Declaration of Alma-Ata which clearly seeks to use primary health care to achieve health for all peoples of the world. We in Guyana have interpreted community participation as the key to its attainment. For us, community participation in health is a new concept, although we have used it successfully in agriculture and housing. Communities are expected to participate in policy-making, planning, and implementation of health programs. However, the majority of residents in most communities do not appreciate that health care is more than treatment of disease. Consequently, thrusting these responsibilities onto the communities has failed to produce the kind of positive results expected. Perhaps the approach should be first to convince the individual that he or she has the responsibility for his/her own and their family's health before approaching the larger responsibility for the health of the community. Persons need to be motivated first to solve their own problems.

Social acceptability is one of the important components of the definition of primary health care. However, since change takes time, health care, whether primary, secondary, or tertiary, is still practiced in the traditional manner. Consequently, the social acceptability of this community approach is minimal since people's experience of it is still limited. To date, in the literature available documenting primary health care strategies, little emphasis is placed on sensitizing the communities to the shift in emphasis from health as the responsibility of the health care agencies to health as the responsibility of each individual.

In the early 1970s', the Ministry of Health of Guyana started to grapple with the problem of how to provide health care in a country where 10 per cent of the population live scattered over 97 per cent of the land, which is heavily forested, and cut up by large rivers, unnavigable for a great part of their length, and where communication is difficult. At that time, it was felt that the answer was to take health care to the people or as near as possible to the communities in which they live, emphasizing participation in their own health care. Two categories of health workers which were to form the basis for the extension of coverage of health care to the unserved and underserved areas already existed: the sick nurse dispenser, who was a trained nurse with an additional one year's training in pharmacy and assigned to areas outside of townships to deal with uncomplicated medical problems; and the medical ranger, chosen from the residents of the hinterland, trained for a short period by attachment to a sick nurse dispenser and assigned to areas in the hinterland. This person literally worked from village to village, providing basic treatment for minor ailments. These two categories of workers had in common the fact that they dealt with the treatment of disease and did very little or no health promotion.

In 1976 the MEDEX training program was started for the purpose of providing a cadre of health workers with training in both preventive and curative aspects of health care to extend health care coverage to the remote areas of the country. This cadre of workers replaced the sick nurse dispenser. The preventive aspects of their work include organization of the community to participate in health activities. In 1979 a pilot program was started to train community health workers to function within their communities encouraging health promotion and providing treatment for minor ailments. This cadre of workers replaced the medical ranger.

This was our first attempt at involving communities in their health care decisions. The communities were responsible for choosing the trainees and, after training, for the payment and nontechnical supervision of the community health workers. Twenty-six communities were involved and they all expressed a willingness to participate in the program. However, an evaluation carried out after they had been in the field for approximately one year revealed that less than half the communities were paying their community health workers. This was not a result of their reluctance to pay, but rather of their inability to pay. The evaluation further revealed that the community's concept of health care was the provision of drugs to treat disease. On occasion they also expected the community health workers to do more than they were trained to do. The community health workers' attempts to promote health through education and community participation were negatively received.

Utilization of the MEDEX has suffered a similar fate for two main reasons: the communities' demand for clinical services, which does not leave MEDEX much time for getting out into the community, and the MEDEX's role model, the doctor, who does not himself do community work. The utilization of village-level workers has been tried in different places with varying degrees of success. Some of these have been full-time health workers and some full-time workers of other disciplines (for example, teachers and other skilled volunteers). But whatever the method, its success depends on a good system of referral between the community level and the other levels of the formal health care system.

The foregoing points out the need for more financial and technical assistance in: 1) reorienting communities to accept part of the responsibility for the maintenance of their own health; 2) redirecting workers of the formal health care system (especially doctors and nurses) to accept the role of the individual and the community in deciding health care needs; 3) developing referral systems which would ensure continuity of care and give confidence to the community that those needs which cannot be met at the community level will be met at some other level; and 4) developing referral centers, (e.g., health centers and district hospitals), to ensure adequate staffing, equipment and supplies to deal with referrals.

Nutrition plays a very important part in the health of communities, but unfortunately nutrition education is insufficient without adequate food supply. Water-borne diseases and diseases associated with poor environmental sanitation contribute in a large degree to the morbidity and mortality of the poorer communities. Education ministries have a role to play in the promotion of good health practices among young children and adolescents, with the hope that there will be a spill-off effect on the adult population.

In Guyana, the Ministry of Health is working with the Adult Education Association to promote primary health care. It is clear that the need for intersectoral coordination is crucial, and the establishment of an intersectoral committee was high on the list of the recommendations of the primary health care workshops held in Saint Lucia in June 1981. Guyana is in the process of establishing such a committee at the ministerial level; this decision was made at a Health Policy Committee meeting during the past month. Consideration needs to be given to this same intersectoral approach at the level of

international organizations and funding agencies. The conditions attached to grants or loans and the purpose for which they are used should be more flexible to allow for joint funding and a more realistic approach to the solution of the health care problems.

An important aspect of primary health care is that the care must be at a cost which the community and country can afford. Mention was made earlier of the willingness of hinterland communities to support their community health workers and their inability to do so in some instances. These communities were quite prepared to become involved in income-generating projects in order to support their workers and generally improve the community's living standard. Provision of funding for such projects is outside the province of health agencies, and the paperwork involved in applying for loans for such projects is outside the capability of these communities. Income-generating projects may range from agriculture to forestry, garments, and handicrafts. All of these may individually attract funding from different agencies, thus involving communities in having to deal with a multiplicity of persons. The time is right for PAHO to consider either including financial and technical assistance for promoting such activities in addition to those which are now financed, or initiating action to promote joint funding for such activities which can be viewed as promoting primary health care.

The use of appropriate technology is expected to play an important role in improving the communities' standard of living. Unfortunately, appropriate technology has come to be associated with backward technology in some instances. This is particularly true when such communities have access to, or knowledge of sophisticated forms of technology. This calls for a reorientation of people's expectations. The use of less than sophisticated technology in the health care system also calls for the reorientation of health care personnel. Medical students and young graduates need to be exposed to alternative methods of providing care. The skill and opportunity for the development and promotion of appropriate technology may be available within the country, but the reluctance of international organizations, such as PAHO, to fund nationals to carry out work in their own country may, in view of governments' inability to finance such projects, hamper progress in this respect.

In conclusion, Mr. President, I must reiterate Guyana's commitment to the Alma-Ata Declaration and state that, in order for the people of the Americas to achieve the basics in health by the year 2000, there must be changes at both international and national levels. It is incumbent on us to make these changes. Let us act now. Let our children be proud of us in the year 2000.

Report of the Delegation of Bahamas
Informe de la Delegación de Bahamas

Dr. COAKLEY (Bahamas): Distinguished Delegates, I would like to congratulate the Delegations of Antigua and Barbuda and Belize on their acceptance into this Organization.

The Bahamas occupies an area of approximately 100,000 square miles of the Atlantic, extending for 50 miles off the west coast of Florida, at its nearest point from the United States mainland, to 90 miles from the northern coast of Haiti at its southernmost limit. It consists of over 700 islands and 2,500 cays, with an area of 5,353 square miles, but only 20 of the islands have a significant number of inhabitants. The results of the 1980 census indicate that of a total of 220,000 inhabitants, 135,000, or 64 per cent live on the island of New Providence. Some of the other islands and cays have a resident population as low as 33 persons. It can be readily seen that this wide geographic dispersion presents a unique challenge in the organization and delivery of a comprehensive health care service.

Although there was a tendency during the 1970s in many countries in the Region toward a downward trend in the participation of the health sector in overall public

expenditure, the Government of the Commonwealth of the Bahamas has consistently increased the percentage of its health sector expenditure in relation to its national budget. In 1970 the Government spent 10.76 per cent of its budget on health, and by 1980 US\$33,074,270 was allocated to health, representing 14 per cent of the national budget. With this budget, a three-tiered medical care service is provided by the three main hospitals—Princess Margaret Hospital (454 beds), Sandilands Rehabilitation Center (with 210 psychiatric and 150 geriatric beds) in New Providence, and the Rand Memorial Hospital (50 beds) on Grand Bahama Island. In addition, primary health care is provided through a number of community health centers, clinics, and dispensaries. There are 63 clinics: seven in New Providence, six in Grand Bahama, and 50 in the other family islands. These clinics are staffed in the main by medical practitioners and/or nurses and nurse-midwives, and in the more remote areas a number of nurse-midwives operate largely on their own or wholly independently.

The administrative service of the Ministry of Health and National Insurance was strengthened in 1980 by the appointment of a medical officer of health who has special responsibilities for the family islands and acts as the Ministry's adviser in implementing its primary care strategy in these islands. With PAHO's technical cooperation, progress has also been made in improving the management services, but much more remains to be done in this sector if the most efficient and effective use of available resources is to be achieved.

For the purpose of planning, programming, and evaluation of health services, the health information system has been established, with much assistance from PAHO. We look forward to continued assistance in this area while national staff are groomed and trained to assume responsibility. Presently, a member of the national staff is pursuing a master's course at a recommended institution. Our workers have received training in medical record systems at basic, intermediate, and senior levels. We were fortunate to have the services of a resident statistician (which was of immeasurable benefit), and we eagerly await a replacement in due course. A planning and implementation unit was established in 1980 with PAHO's technical cooperation and assistance. That unit has now established a program planning approach to the Ministry's main activities and has already introduced into this system the principal guidelines and indicators of the plan of action that can focus the Ministry's resources toward the global goal of health for all by the year 2000. Complementary to and arising directly out of this innovation is an initial exercise which will lead ultimately toward the development of a comprehensive manpower development plan.

An area which received much attention during the past quadrennium was the Central Supplies Division of the Ministry of Health and National Insurance. Emphasis was centered on providing effective purchasing and distribution to ensure the availability of essential drugs and vaccine supplies throughout the health care system. With reference to the procurement of vaccines, the Bahamas participates in the Revolving Fund of the Expanded Program on Immunization and has derived great benefit from the Program. Growing demands for more specialized drugs pointed to the need to ration their use in the health care system. Over the past four years considerable effort was devoted to the improvement of health facilities throughout the family islands, which represent the rural or underserved areas of the Bahamas.

In 1980 the Ministry of Health and National Insurance strengthened the manpower and organizational structures. The appointment of a medical officer of health with administrative responsibility for the rural areas has already been mentioned. Additional medical, dental, and nursing staff were deployed throughout the islands. Plans evolved and were implemented for upgrading facilities throughout the family islands.

The sixth annual workshop for family island health personnel was held in 1981 with the technical and financial assistance of PAHO. Doctors drawn from the rural areas and a representative group of nurses attended. In addition to sessions in public health and

clinical matters, participants examined major operational problems and made appropriate recommendations. An important assignment was the preparation of the first draft of a drug formula for the rural areas.

Intense activity continues in the field of immunization. Vaccines are now procured through the EPI Revolving Fund. Emphasis was directed toward infants under one year. Measles vaccine was introduced into our program as early as 1975, but in 1979 its vigorous promotion was undertaken. In 1978 rubella vaccine was offered to all 10-year old girls throughout our school health service. Since 1980, mothers on the maternity ward have been offered rubella vaccine before being discharged; they are made aware that they must use adequate contraceptive methods for a period of at least 10 weeks.

The Division of Health Education received priority attention during the past quadrennium. In 1978 an in-service award was granted to a health education officer, and this individual returned in late 1981 to head the unit. I quote with pride from the Quadrennial Report of the Director, 1978-1981: "The first national health education council in the Caribbean, an autonomous body of 60 voluntary agencies, clubs, and cooperating governmental departments, was established in the Bahamas."

The control of communicable diseases remains a high priority area. The Bahamas has been fortunate in that it is relatively free from the hazards of many major diseases. However, the need for continued vigilance was emphasized by the occurrence of cases of indigenous malaria for the first time in decades. A vigorous surveillance campaign was mounted and the Bahamas wishes to take this opportunity to express its appreciation to the Caribbean Epidemiology Center (CAREC) a regional resource of PAHO, for the magnificent support received. I can announce that no new cases of malaria have been found since December 1981 and that all contacts have been given prophylactic treatment. Moreover, despite continued vigilance and searching, no further anopheles mosquitoes have been identified in either New Providence or the second most populous island, Grand Bahama. With the continued collaboration and technical cooperation of CAREC, annual health service workshops have been organized since 1976 which have contributed to increased awareness of the need for strengthening epidemiological surveillance, principally of communicable diseases. These workshops are substantially funded by PAHO.

Nursing personnel continue to represent the major component of our health manpower. A community nursing program for registered nurses was introduced in 1974. Since 1978, approximately 50 per cent of all nurses assigned to rural areas have been trained in community nursing. In addition, during the past quadrennium, rural nursing experience has been recognized as an integral part of all basic and post-basic nursing programs. The basic registered nurse program has also been modified to include certain additional skills which the nurse in the rural areas is called upon to undertake. Training for a new category of health worker--the health auxiliary--was introduced in mid-1981. These workers will serve in the communities and act as a bridge between the community and other health professionals. Active nurse training programs were continued. A deputy epidemiologist was trained at CAREC. Nursing personnel have pursued courses leading to the Diploma in Community Health from the University of the West Indies, on fertility, management, and nutrition.

Management of the environment continues to be a priority for the Ministry. Modern environmental health regulations are in the final stages of enactment to provide the legal basis for coping with problems arising from rapid urbanization and industrialization. Thus, in Grand Bahama, where an oil refinery and a therapeutic-based chemical industry are already in operation, the hazards associated with these activities call for continuous monitoring. In attempting to address our pollution problems, we were able to call upon the assistance of the Pan American Center for Human Ecology and Health (ECO) and we have been presented with an impact strategy, which is now being considered by our Ministry prior to its presentation to the Government for implementation. We share the concern of

many developing countries where accelerated population growth and industrialization lead to new pollution risks. An important advance was made in 1978 when a modern solid waste-shredding plant was installed in New Providence.

Vector control activities were hampered by resource constraints, but in mid-1981, with assistance from CAREC, a special study was conducted to confirm the presence and the extent of infestation by the anopheles mosquito, as stated in an earlier study. The results of the investigation indicated that in the populated areas in the Bahamas the anopheles mosquito was virtually nonexistent. Staff from the Department were identified to pursue additional training in vector control. In the past, the Department of Environmental Health Services was hampered in the planning and control of its day-to-day operation by the lack of data about prevailing environmental conditions. The survey of the environmental status of New Providence, begun in 1979, was completed during the year and has generated data for objectively determining service needs, priorities, and resource requirements, as well as for evaluating the effectiveness of service activities.

Throughout the quadrennium, the Ministry of Health and National Insurance, appreciating the need for a sound referral system for secondary and tertiary care, continued its activities in the development and organization of hospital care services. Emphasis was placed on the promotion and support of the outpatient care and emergency services. In 1978 a study was undertaken of the ambulatory care system of our major facility, Princess Margaret Hospital. Appropriate areas of the recommendations have been implemented.

The Government of the Bahamas, therefore, in making good its commitment to the global goal and strategies, has been seriously studying and will continue to examine its structure and functions with a view to making whatever appropriate adjustments are necessary, whether in personnel, systems, or structures, to enable it to effectively implement the Plan of Action toward the regional goal and, through this, to the ultimate achievement of the global goal of health for all by the year 2000.

El PRESIDENTE: El Dr. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud va a regresar a Ginebra en el día de hoy y quiere dirigirnos la palabra antes de irse.

Dr. MAHLER (Director-General, WHO): I would like to express my profound gratitude for having been permitted to participate during these two days in the deliberations of the XXI Pan American Sanitary Conference.

In parting, I would like to express my own personal philosophy through a poem written by a countryman of mine at a moment when the world was very close to going to pieces; it was addressed to a President of a major power: "The noble art of losing face/May one day save the human race/And turn into eternal merit/What weaker minds would call disgrace."

When you look at the world today, in the geopolitical tensions that exist today, the strongest should always be the one who has to learn the art of losing face before anyone else. If you look at the many ways in which the whole relationship has gone to pieces in the so-called North-South dialogue, if you look within health, where do we have to lose face? I think we have to lose face toward people. Those of us who have been practicing medicine know how difficult it is to have our arrogance taken away and to learn that noble art of losing face toward people in promoting health. I think the world we live in is a very dangerous world in many ways, and I hope that we within this Organization (and by this Organization I mean PAHO and WHO) realize that there is also the art of losing face among ourselves, so that we utilize all the resources that this magnificent Pan American Health Organization can bring to bear in the world at large, as well as those that your other Organization (the World Health Organization) can bring to

bear on the health of the Americas. I am sure, as we move forward, we shall continue to solve the problems in that relationship in the spirit of the art of losing face.

I would like, Mr. President, to extend to my friend and colleague Dr. Acuña, profound gratitude for the very many types of encounters, discussions, and dialogues we have had about precisely how to go about creating a relationship between PAHO and WHO. Whoever is going to be the Director-General of WHO will certainly wish to continue to promote that relationship. I certainly shall be there for a certain period with a friend of mine—I consider him a friend--PAHO's new Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo. I am quite convinced that he will do his utmost, and I certainly will try to do more than my utmost to help him to settle into a productive relationship between PAHO and WHO.

Mr. President, I want to express my profound gratitude once more for having been permitted to be with you.

El PRESIDENTE: Dr. Mahler, estoy seguro de que hablo en nombre de todas las Delegaciones aquí presentes al agradecerle a usted su presencia y sus sabios consejos en esta Conferencia y también para desearle un buen viaje a Ginebra y mucho éxito en las labores que usted tan atinadamente ha desempeñado hasta ahora como Director General de la OMS.

The session rose at 12:40 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:40 p.m.

SIXTH PLENARY SESSION
SEXTA SESION PLENARIA

Wednesday, 22 September 1982, at 2:40 p.m.
Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 2:40 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
SEGUNDO INFORME DE LA COMISION GENERAL

El PRESIDENTE: Señores, tomen sus asientos para ver si ya tenemos quórum y podemos iniciar la sesión de esta tarde. Me informa el Secretario que hay 20 delegaciones representadas, así que hay quórum. El primer punto en el orden del día de esta tarde es, según lo establecido por la Comisión General, el informe de la segunda sesión de la Comisión General que va a leer el señor Secretario.

Dr. DEL CID (Secretario): El informe dice así:

La Comisión General celebró su segunda sesión el 22 de septiembre de 1982 a las 12:30 de la tarde.

Asistieron a la misma el Presidente de la Conferencia, los dos Vicepresidentes, el Relator, el Presidente de la Comisión A, el Delegado de los Estados Unidos y el Director de la Oficina, Secretario ex officio.

Como resultado de sus debates, la Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Asignar a la Comisión A en forma provisional y sujeto a la marcha de los trabajos de la Conferencia los temas adicionales siguientes: 34, 35 y 36.

2. La Comisión estableció el siguiente orden del día para la sesión de esta tarde:

- a) informe de la Comisión General,
- b) elección del Vicepresidente pro tempore,
- c) continuación del tema 12,
- d) y de haber tiempo, el tema 25.

3. La sesión plenaria de mañana jueves, 23 de septiembre, empezará con la consideración de los proyectos de resolución que hubieran pendientes. A continuación se considerará el tema 29, seguido por el 26, 27, 30 y 31.

4. La Comisión volvió a ratificar su decisión de su primera sesión de que el examen del tema 20 tenga lugar el viernes, todo el día, y el sábado, 26 de septiembre por la mañana; el tema 24 se considerará la tarde del día 27; y el tema 28 también el 27 de septiembre, en la mañana.

El jueves 23, después del café de la tarde, se considerará el tema 32.

El tema 38 sigue fijado para la segunda semana de la reunión.

Asimismo, hoy, 22 de septiembre de 1982, al concluir la sesión plenaria de la tarde, se celebrará una sesión privada de jefes de delegación en la sala B de este edificio.

5. La Comisión General acordó volverse a reunir el lunes 27 a las 12:30 p.m.

El PRESIDENTE: En relación con el informe que nos acaba de dar el señor Secretario, quiero recalcar que el tema 29, o sea el del presupuesto, está fijado para mañana por la mañana, ya que se trata de un tema importante. En discusión, el informe de la Comisión General. Si no hay objeciones u observaciones, lo daré por aprobado.

ELECTION OF A VICE-PRESIDENT PRO TEMPORE
ELECCION DE UN VICEPRESIDENTE PRO TEMPORE

El PRESIDENTE: En la reunión de la Comisión General de esta tarde nos enteramos de que el Dr. Neville Connell, primer Vicepresidente, tendrá que regresar a su país a más tardar el viernes y que el Ministro de Salud del Perú, Dr. Juan Franco Ponce, no ha llegado y no hay seguridad de que pueda presentarse, por problemas de trabajo en su país. Hemos considerado prudente elegir un vicepresidente pro tempore que pueda darle algún respaldo al Presidente en caso de que este tenga que ausentarse o se enferme, para que no se plantee a la Conferencia el problema de tener que buscar apresuradamente a alguien para que presida las reuniones. Por lo tanto pongo en discusión y a consideración de la sala, la elección de un vicepresidente pro tempore para que le dé apoyo al Presidente de la Conferencia.

Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

Dr. BRANDARIZ (Panamá): Muchas gracias, señor Presidente, la Delegación de Panamá se honraría en presentar al Dr. Fernando Berríos Escobar, Ministro de Salud y Asistencia Social de El Salvador, como candidato a la Vicepresidencia pro tempore.

El PRESIDENTE: ¿Hay algún otro candidato? Entonces, si no hay candidatos y si no hay objeción, voy a declarar al Dr. Fernando Berríos electo Vicepresidente pro tempore por aclamación.

Decision: Dr. Fernando Berríos Escobar was elected Vice-President pro tempore by acclamation.

Decisión: El Dr. Fernando Berríos Escobar, es elegido Vicepresidente pro tempore por aclamación.

El PRESIDENTE: El Dr. Berríos tiene la palabra.

Dr. BERRIOS (El Salvador): Muchas gracias, señor Presidente. En nombre de mi Delegación, tanto a usted como a los honorables miembros de la Mesa Directiva y a los distinguidos Delegados de los demás países hermanos, les damos las más expresivas gracias por tan señalado honor. Muchas gracias.

ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND THE PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XX AND THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (continued)

TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XX Y LA XXI CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

Report of the Delegation of Peru
Informe de la Delegación de Perú

Dr. SOTELO (Perú): Distinguidas personalidades de la Mesa, señores Ministros y señores Delegados. Quiero congratularlo a usted, señor Presidente, por su designación y por la forma tan atinada como conduce esta reunión y felicitar a los Gobiernos recientemente incorporados de Antigua y Barbuda, y Belice.

Antes de dar lectura al informe del Gobierno del Perú, quiero expresar la más cordial felicitación de la Delegación peruana al Dr. Carlyle Guerra de Macedo por su elección como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Deseo también congratular a los Gobiernos de Cuba, Ecuador y de los Estados Unidos de América por su elección como miembros del Comité Ejecutivo de la Organización.

Entre la XX y la XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas se han producido cambios importantes, tanto en la situación economicosocial del país como en su administración, los cuales se han reflejado en la situación de salud. El régimen de dictadura militar que gobernó durante 12 años, dio inicio a comienzos del período que se informa a un proceso de cambio orientado a la entrega del poder a una democracia verdaderamente representativa, proceso que culminó con la adopción de una nueva constitución política y con la realización de elecciones en las que resultó triunfador el actual Presidente de la República, Arquitecto Fernando Belaúnde Terry.

Los tres primeros capítulos de la Constitución política del Perú se refieren a la persona humana, a la familia, a la seguridad social y a la salud y el bienestar y tienen íntima relación con el quehacer del Ministerio de Salud.

La primera mitad del período 1978-1982 se caracterizó por un serio retroceso económico que estuvo determinado por la conducción polícoadministrativa del país y agravado por la dependencia del exterior. Con el advenimiento de la actual administración se visualiza una superación de esta situación, pues se han iniciado grandes proyectos relacionados con la red vial y la explotación de la riqueza mineral y especialmente petrolera del país y con la recuperación de la explotación ictiológica y agropecuaria.

El sector salud estaba seriamente deteriorado, habiendo retrocedido grandemente con respecto a las enfermedades transmisibles y detectándose un estancamiento en la oferta y producción de servicios de salud. Los recursos de salud se vieron seriamente afectados por la falta de reemplazo de equipo y materiales, así como por la ausencia de mantenimiento de los edificios e instalaciones. El presupuesto del sector salud ha llegado a tener una representación muy baja dentro del gasto público: alrededor del 4,5% del presupuesto nacional. Se experimentó la pérdida de una importante fuente de financiamiento para el sector salud que estuvo representada por el fondo nacional de salud y bienestar social. Los servicios de salud fueron desmembrados en distintos ministerios e integrados en organismos legales multisectoriales en un intento de regionalización del país, dando como resultado la introducción de una desorganización anárquica en el sector.

Todo esto se refleja en indicadores que colocan al Perú en situación desventajosa con respecto a los niveles de salud medios de los países de América Latina. Esta situación ha determinado que se adopte un programa de emergencia y que simultáneamente se conciba un plan de acciones coordinadas de salud integradas en el plan nacional de desarrollo. Paralelamente se dispuso la reorganización del sector salud, reincorporando los servicios al Ministerio de Salud. Se ha creado una Comisión Consultiva; se ha dado impulso a la coordinación entre los organismos integrantes del sistema a través del Consejo Nacional de Salud. Se han revitalizado los servicios cívicos múltiples de la Amazonía y de la cuenca lacustre del lago Titicaca, bajo el liderazgo del sector de salud y se han elaborado manuales de organización y funciones de cada una de las unidades componentes del Ministerio de Salud.

Todos los objetivos sectoriales que guían la gestión actual del Ministerio son lograr la disminución de la morbilidad infantil, la reducción de la morbilidad por enfermedades transmisibles, la atención prioritaria de la madre y el niño, incorporando la política de población, la extensión de la cobertura de servicios de salud y el refuerzo del saneamiento ambiental, fundamentalmente en las zonas rurales y urbanas marginales.

En cuanto a los programas de salud desarrollados por el Ministerio, debe señalarse que Perú ha sido el primero de los países en inscribirse en el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS, y asigna gran prioridad a estas actividades. La eficacia del programa, sin embargo, debe incrementarse de acuerdo a los resultados de una evaluación realizada a comienzos del presente año.

Desde 1979 se han iniciado esfuerzos para promover la atención primaria en el país, reorientándose vigorosamente en el presente año. En 1980 se inició en gran escala la utilización de sales rehidratantes para el control de enfermedades diarreicas, habiéndose obtenido reducciones significativas en la mortalidad infantil. Como parte del Plan de Emergencia, en 1980 y 1981 se han realizado esfuerzos para rehabilitar los servicios hospitalarios en Lima y las principales ciudades del país, habiéndoseles dotado de lencería, equipos de cocina, calderos, y equipo médico quirúrgico. Como las enfermedades respiratorias agudas constituyen un grave problema de salud que contribuye en gran medida a la elevada mortalidad infantil, se han desarrollado actividades encaminadas a la prevención de estas enfermedades mediante la difusión de conocimientos sobre el peligro de la exposición al frío, principalmente de los niños, distribuyéndose elementos de abrigo entre la población de escasos recursos.

Es motivo de gran preocupación del Ministerio de Salud el lograr la extensión de la cobertura de los servicios. Para intensificar esta acción se han desarrollado dos importantes eventos, un Congreso sobre Atención Primaria de la Población Rural y un Seminario Nacional sobre Desarrollo de Servicios de Salud y Atención Primaria en las Grandes Ciudades. Ambos eventos han suscitado el interés de las instituciones públicas y privadas del país.

El Ministerio de Salud desarrolla programas de alimentación y nutrición orientados a mejorar el estado nutricional de las madres gestantes y lactantes, y el de los niños menores de seis años, como asimismo a impulsar el desarrollo de la nutrición aplicada en los centros educativos y comunidades del país y a brindar alimentación complementaria a los escolares y alimentación equilibrada a la población de escasos recursos económicos.

La atención de salud se ha estratificado por niveles de complejidad, habiéndose definido un primer nivel que comprende el hogar, la comunidad, el puesto y el centro de salud; un segundo nivel constituido por el hospital local con servicios indiferenciados; el tercer nivel, que está conformado por hospitales regionales, y el cuarto nivel, constituido por los institutos de alta especialización. El objetivo último de esta concepción es que cada ciudadano pueda tener acceso al tipo de servicio que requiera su condición de salud sin que para ello existan limitaciones geográficas, económicas o sociales. El desarrollo de estos planes y programas ha sido posible gracias a la invalorable cooperación internacional de organizaciones multilaterales como la OPS, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), la UNICEF, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, el BID y las agencias de países amigos, entre los que citaremos Estados Unidos de América, Japón, la República Federal de Alemania, Finlandia, Holanda, etc. A todos ellos, y en especial a la OPS, el Gobierno peruano expresa su profundo reconocimiento.

Es pertinente señalar que recientemente se ha aprobado una política sobre medicamentos encaminada a facilitar el acceso de la población a productos farmacéuticos de calidad garantizada y bajo costo, denominados medicamentos esenciales. Por otra parte, en coordinación con el Ministerio de Industria, Turismo e Integración, el Ministerio de Salud participa en el control de precios de los medicamentos comerciales. Igualmente debo informar que el Gobierno ha aprobado la creación del Instituto Nacional de Infraestructura de Salud que le asegurará recursos para llevar adelante los planes y programa de salud. Paralelamente al inicio de la puesta en marcha de los planes de salud, se ha iniciado un gran esfuerzo para capacitar y adiestrar al personal de salud, así como impartir conocimientos suficientes al personal voluntario y colaboradores y a la comunidad en general, y

se ha organizado un sistema de supervisión técnico-administrativa por niveles para obtener el máximo rendimiento de los programas. Quiero informar además, Sr. Presidente, que el Gobierno peruano ha iniciado el estudio cuidadoso del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar salud para todos en el año 2000 y ha determinado el inicio del proceso de ajuste para la preparación, en un plazo razonable, del Plan Nacional de Acción del Gobierno peruano a fin de alcanzar satisfactoriamente la meta de salud para todos en el año 2000.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias.

Report of the Delegation of Jamaica
Informe de la Delegación de Jamaica

Dr. BAUGH (Jamaica): Mr. President, Deputy Director, Director of the Pan American Sanitary Bureau. At the outset, I would like, on behalf of my country, Jamaica, to congratulate you, Mr. President, and the two Vice-Presidents on your election as officers of this Conference. I also congratulate you on the manner in which the proceedings have been conducted. I take this opportunity to commend the Director of the Pan American Sanitary Bureau on the presentation of such a comprehensive and informative quarterly report. I would also like, on behalf of Jamaica, to welcome to this forum the newcomers Belize and Antigua and Barbuda. Special congratulations go to Dr. Macedo from Brazil who today has been elected Director of the Pan American Sanitary Bureau.

Mr. President, I reaffirm Jamaica's commitment to the rational and realistic aims and objectives embodied in the goal of health for all by the year 2000. I take great pride in our country's active participation in the formulation of the Strategies and declare our continued support, our adoption of its principles in our policies and plans, and our commitment to continue to use it in solving our problems in our own national plan of action. Noteworthy is the fact that Jamaica made an early policy decision in 1977 to give priority to primary health care services. Consequently, intensive work was done on designing an infrastructure for the expansion and upgrading of primary health care services and facilities, culminating in the production in 1978 of a document entitled "Primary Health Care: The Jamaica Perspective," which sets out quality needs and methodology for the implementation of a comprehensive primary health care system.

Also worthy of special mention is the support given by our regional University of the West Indies. In the 1960s, the Department of Social and Preventive Medicine was established to provide undergraduate and postgraduate students with an exposure and orientation in the primary health care services. An immediate decision was made to restructure the curriculum, creating a two-year internship period, one year of which is to be spent in rural family health care services. The Department was also responsible for community-based research, laying the foundation for the development of the community health aid now widely applied throughout the country.

The report prepared for this Conference notes the peaks of achievements as well as certain deficiencies and impediments in the last four years ending in 1981. It ends with the report of an evaluation conducted jointly by the PAHO health development team and our own technical and field officers in the Ministry of Health. This is of particular value at this time, since Jamaica is at the end of its first five-year plan and is now completing its plans for the next five years of development in the health sector. It demonstrates that 430 communities were identified for the location at health centers in 1977. The types of clinics range from the simplest--type 1, serving a population of 4,000 people and staffed by a midwife and community health aides--through types 3, 4, and 5, providing preventive and curative services and staffed by district medical officers, nurse practitioners, and intermediary and auxiliary care personnel. By the end of 1981, 389 (89 per

cent) were in operation, but these included rented buildings and some that were unsuitable. A pilot project to upgrade primary health care services in the county of Cornwall (comprising five parishes), included the construction of 57 new health centers: 54 were completed, 46 are in operation, and 3 are presently under construction. Another program to renovate all government-owned health centers in the remaining two counties is now being implemented. This is only one component of the health management improvement project signed in late 1981 with USAID.

Other projects include the construction of a type 5 comprehensive health center, which will offer services and training in the diagnosis, management, and implementation of our policy for the control of sexually-transmitted diseases.

Other health centers, particularly in needy communities, are in various stages of design and construction with the kind assistance of the Government of the Netherlands, and through UNICEF projects.

Hospitals form a part of our plan to develop a comprehensive health system. Expansion through construction is being kept to a minimum, done only to provide additional facilities where necessary. However, a renovation program for all rural hospitals (with upgrading of all facilities and equipment) to ensure ease of accessibility for the examination and care of the sick, and to support the rapidly growing primary health care services, is under way. Schemes for the integration of secondary and primary care services at parish levels are presently being pursued.

Mr. President, one of our main concerns is the area of health services management and administration. Management training has been given to medical officers, with fairly good results. Leadership training is given at various levels. Our health management improvement project will provide for training at different levels as well. We are committed to the improvement of management skills throughout our services, and to the establishment of standards to monitor and compare the efficiency and effectiveness of services in hospitals and clinics.

The evaluation of cost factors is being pursued and an economic survey recently completed has helped initiate this effort. The parish is our functional level of organization for primary health care services. This will be extended to include hospitals, in order to form a comprehensive, locally managed, health service. The parish is divided into health districts. At a higher level, parishes have been organized into four areas, the administration of two of which has been established. Decentralization is our policy: a) to encourage decision-making at a level close to that of implementation; and b) to reduce the work load on the central offices so that they contribute more on policy matters, planning, monitoring, and evaluation of the services.

An important area of management is that of supplies management. Significant changes have been made in the supply and distribution of drugs. Physical reorganization of our stores, the plan and system of storage and the coding of drugs in stock have been done to facilitate ordering and supply. Computerization of the system is in the advanced stages, and this has given rise to a better knowledge of our usage patterns and thus of our needs. Our essential and critical needs list has been developed and a new distribution system is being implemented. Our purchasing takes place through a central statutory body--the Jamaican Commodity Trading Company--with international tendering. Over 300 countries and manufacturers are being invited to participate.

Mr. President, it is not possible to touch on all aspects of the developments in the health service in Jamaica, but there are certain areas we think deserve special mention. Our health information system is fundamental to the development of indicators for monitoring and evaluating our services. In 1979 the collection and computerized collation of data on the utilization of our services began. Data are summarized monthly

and quarterly for each health center providing services, and are reported by parish. The system underwent review in 1981, and plans are being processed to include information on curative services being offered and data on the environmental health aspects of primary health care services.

As far as manpower is concerned, intensive efforts to recruit physicians locally and overseas have resulted in improvements in the cadre of our health staff. However, we still fall short of the staff population ratio determined as necessary to implement Jamaica's primary health care program. One innovative program aimed at alleviating the shortage of medical personnel, particularly in the rural areas, is the nurse-practitioner program. This was instituted to develop professional nurses who have demonstrated that they can function effectively in a wide area to meet the people's primary health care needs and to provide a physician substitute service in these areas.

Another area deserving special mention is the maternal and child health care services. This is the largest, and one of the oldest, services offered. Two programs are worthy of special recognition. The first is the EPI, which, in Jamaica, in addition to immunization of children under one year against the traditional communicable diseases, includes the administration of tetanus toxoid to expectant mothers. This program has been successful, especially in Kingston: there have been no reported cases of tetanus neonatorum in 1981 and the reported incidence of tetanus in the remainder of the population has steadily declined.

In mentioning the diarrheal diseases, it is important that I inform this Conference that a national program for the control of these diseases is now in its second year. It has been developed utilizing oral rehydration therapy for case management. The overall goals of the program are, in the short term, to prevent childhood mortality due to diarrheal diseases and, over the long term, to reduce diarrhea as a leading public health problem. Studies show that the use of oral rehydration therapy has effectively reduced the percentage of cases needing admission to hospitals and reduced the need for the use of intravenous fluids.

I take this opportunity to thank PAHO and to commend the Organization for its leadership, responsiveness, and involvement in our policy development and planning; for technical assistance in many areas, in particular the training of intermediary and auxiliary personnel; and finally, in providing an invaluable link between the countries of this Region, especially those in the Caribbean—the CARICOM group.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

Report of the Delegation of Argentina
Informe de la Delegación de Argentina

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): Señor Presidente, señor Director, señores Ministros, y señores Delegados. El informe de la República Argentina que se está distribuyendo expresa con detalle los objetivos y políticas de salud, las acciones prioritarias cumplidas y los resultados de los principales programas sanitarios; por tanto no he de referirme a cifras ni a estadísticas.

La Región de las Américas desarrolla un gran esfuerzo para alcanzar progresos que si bien no son totalmente satisfactorios, son simplemente alentadores y significativos; la revisión de estrategias nacionales y el establecimiento del correspondiente Plan de Acción constituyen una importante guía para la programación de actividades.

La Argentina, que es activo participante en este proceso y desarrolla un amplio programa nacional, se ha adherido a ese movimiento mundial de salud para todos en el año 2000 y estima que las metas internacionales fijadas podrán ser efectivamente cumplidas por nuestro país con el mantenimiento y perfeccionamiento de los programas en marcha mucho

antes del plazo fijado. En esta tarea nacional que estamos llevando a cabo rige un enfoque sistémico del sector salud con permanente atención del ordenamiento de los recursos. Se han establecido estrategias básicas y políticas concurrentes para su logro, que incluyen: la atención primaria de la salud, la regionalización y zonificación de los servicios de salud, la atención médica integral, el saneamiento ambiental y el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Se pretende así asegurar la calidad de la atención de los problemas de salud, la efectiva participación del Estado en el mantenimiento del equilibrio de los componentes sectoriales (estatal, obras sociales y privados), reafirmando el principio de subsidiaridad y manteniendo el ejercicio privado de la profesión, el uso racional de los recursos humanos asegurando su adecuada formación, capacitación y aprovechamiento, y el desarrollo de la capacidad instalada necesaria para la cobertura total de la población.

El instrumento idóneo para facilitar este programa, en nuestro sentir, es el Consejo Federal de Salud (COFESA), organismo creado por ley en enero de 1981, presidido por el Ministro que les habla, e integrado por los ministros de salud de todas las jurisdicciones políticas del país y recientemente de nuestras provincias. Cabe destacar que participan también en el Consejo los delegados de otras áreas de gobierno, como la Seguridad Social, el Ministerio de Educación y la Sanidad de las Fuerzas Armadas. Participan también los decanos de las Facultades de Medicina, los representantes de entidades científicas como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, la Asociación Argentina de Educación Médica, y los delegados de las confederaciones profesionales médicas, odontológicas, farmacéuticas y bioquímicas y de las clínicas y sanatorios privados. Este Consejo es un verdadero "parlamento de la salud", en el que todo el sector está representado y cuyas recomendaciones tienen un peso real en las decisiones oficiales. En estos momentos, por ejemplo, se realizan promisorios trabajos en común entre los subsectores estatales de las obras sociales y privadas que van a posibilitar el enfoque sistémico a que hemos hecho referencia y que sin duda van a mejorar la calidad de la atención médica por parte de las obras sociales y del hospital público.

El desarrollo de los recursos humanos y la investigación en salud son considerados realmente prioritarios. Se ha creado la Comisión Nacional Planificadora del Recurso Humano para la Salud por resolución conjunta de los Ministerios de Salud Pública y de Educación, lo que nos permite participar en la planificación del desarrollo del recurso humano, y se está trabajando en la definición de perfiles más adecuados a las políticas nacionales de salud y a las necesidades locales. Además, ya hay estudios adelantados sobre orientación vocacional estudiantil y política de ingresos en el área de la salud. Aclaro, señores delegados, que ha de tenerse en cuenta que en nuestro país existe una verdadera plétora médica. Otros temas en estudio son la especialización médica, el personal de administración sanitaria, la enfermería, la acreditación de establecimientos asistenciales para la docencia y otros.

En materia de investigación se ha creado asimismo una Comisión Nacional Asesora integrada por destacadas personalidades profesionales de reconocida experiencia con el fin de reordenar la labor existente y de racionalizar el uso de los recursos asignados, coordinando las acciones intra y extrasectoriales, oficiales y privadas.

En el área de la fiscalización sanitaria hemos puesto énfasis en el campo de los medicamentos y de los alimentos. Para el control de los medicamentos se han dispuesto nuevas normas para la aprobación de los fármacos o la modificación de los existentes, que facilitan el cumplimiento de las leyes en vigencia. El complejo problema del precio de los medicamentos que me preocupa por su incidencia en el costo de la atención médica, está siendo estudiado conjuntamente con el Ministerio de Economía. La industria farmacéutica argentina es de muy elevado nivel científico y tecnológico y merece ser estimulada, pero es menester conciliar su progreso con la condición de bien social que asignamos al medicamento y por lo tanto debemos asegurar su acceso a toda la población.

El control bromatológico de los alimentos es acreedor a particular atención. La actualización legislativa, el reequipamiento de plantas fiscalizadoras y el ordenamiento de un sistema regional de laboratorios, configuran el actual programa que está en cumplimiento.

En el área del medio ambiente, el Ministerio de Salud Pública, además de sus clásicas acciones de saneamiento, ha asumido la responsabilidad de la conducción de los temas ambientales, que antes se compartía con otros ministerios. Esta decisión del Gobierno se basa en el hecho de que el mantenimiento de condiciones ambientales aptas para el desarrollo y la vida del hombre es un componente básico de la salud. Consideramos que la introducción de las variables ambientales en los programas de salud es fundamental, dadas las consecuencias de la degradación del medio en el bienestar físico y material del hombre. Dentro del marco de referencia de su análisis, el objetivo a alcanzar es el de la salud y lo ambiental es solo un medio para conseguirlo. Este concepto permite que las acciones de preservación ambiental no sean consideradas como impedimentos a las políticas de desarrollo y que las variables ambientales sean revalorizadas convirtiéndolas en medio de acción sustantiva en la planificación y la acción en salud. Esto ha tenido real trascendencia en las grandes obras hidroeléctricas que se están construyendo en nuestro país.

Por último, Sr. Presidente, deseo referirme a un problema que es motivo de preocupación para todos los países y por supuesto para el nuestro. Un problema que no figura en programas, aunque es parte de todos ellos; me refiero a la ética en el ejercicio profesional. Es indudable que el extraordinario y fascinante progreso científico y tecnológico y el tan necesario progreso social, con los aumentos de demanda y de cobertura de atención, así como la masificación y deshumanización de la medicina, han condicionado o bien facilitado transgresiones de los principios deontológicos, que como tales deben ser inmutables. Frente a este problema, difícil por su multicausalidad, se ha iniciado en Argentina un movimiento en el que junto al Gobierno participan las universidades, la Academia Nacional de Medicina y los colegios y confederaciones profesionales. Estamos conscientes de las dificultades pero confiamos en su éxito.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

Report of the Delegation of Canada
Informe de la Delegación de Canadá

M. CAREAU (Canada): Avant de lire les notes que nous avons préparées, j'aimerais vous féliciter, M. le Président, de la manière dont vous dirigez les débats. J'aimerais également féliciter les autres membres de la Direction: le Vice-Président, M. le Rapporteur, également les membres du Comité Exécutif qui font un excellent travail. Je voudrais également en profiter pour féliciter le nouveau Directeur élu, le Dr. Carlyle Guerra de Macedo et lui souhaiter le plus vif succès dans le travail qui l'attend à partir du mois de février. Finalement j'aimerais féliciter les trois pays qui ont cette après-midi obtenu des postes au sein du Comité: les Etats-Unis, Cuba et finalement l'Equateur. Je vais changer de langue, messieurs les interprètes.

The Canadian Delegation's report on public health conditions and progress made in health during the past four years will be brief.

The aim of the Canadian Health System, which is made up of federal, provincial, and private sector components, is to maintain and enhance the physical, mental, and social health of Canadians so as to enable them to lead socially, economically, and culturally productive lives. Universal medical and hospital care are delivered to a population of 25 million, through a complex arrangement of facilities, providers, planners, and coordinators from both the public and private sectors.

As a consequence, the majority of Canadians are fortunate to enjoy a level of health and quality of life equal to or better than that experienced by the citizens of most other countries in the world.

Today, Mr. President, most Canadians can say that the greater part of the burden of ill health has been lifted from their shoulders, and diseases that were once prevalent have now been virtually eliminated.

The use of improved methods of health care, more effective drugs, immunizing agents, and medical techniques has made it possible to reduce the incidence of disease and to treat conditions and rehabilitate patients who, in earlier times, would have been considered incurable. At the same time, improvements in palliative care have eased the suffering of chronically and terminally ill patients.

Mr. President, the advances in the fields of medicine and public health that have taken place in Canada over the past 50 years, along with improvements in social and economic well-being, have extended the life expectancy at birth by over a decade. Unfortunately, life expectancy at age 20 has not shown as dramatic an increase, due to the prevailing incidence of deaths resulting from environmental and behavioral risks. This is illustrated by the fact that accidents, violence, and suicide account for 80 per cent of deaths between ages 15 and 24 and 46 per cent of deaths between ages 25 and 44.

Improved prenatal, obstetrical, neonatal, and postnatal care has contributed to a marked decline in infant mortality, which stood at an all-time low of 10.4 per 1,000 live births in 1980. Equally dramatic reductions have taken place in the death rate for the 1 to 4 age group, where the rate is only 0.6 deaths per 1,000.

Mr. President, it is abundantly evident that the majority of premature deaths and disabilities experienced by Canadians are attributable to societal, behavioral, and environmental factors and that significant improvements can be made in the health of Canadians by addressing these causes.

The Canadian Health System is handling this through the health problems approach, which focuses on the solutions to problems that cause premature death, sickness, and disability rather than on the design of improved remedial systems.

In terms of the health system, health services are viewed as a continuum extending from health promotion through prevention, intervention, treatment, rehabilitation, and palliative care. The thrust of the health sector is toward risk reduction and the tools for accomplishing this are health promotion and disease prevention.

Some federally-sponsored health promotion initiatives that have been successful in bringing about changes in attitudes and behavior toward health care are Operation Lifestyle, Generation of Nonsmokers, and Dialogue on Drinking. These programs, which are essentially low-key, have had a remarkable influence, particularly on the younger generations. A similar program, Participation, which encourages participation in sports and other recreational activities, has also been remarkably successful. The provinces have also developed and implemented complementary health education and promotion programs aimed at reducing behaviorally influenced mortality, morbidity, and trauma.

In 1981 the Canadian Health Survey, which was conducted during the late 1970s, issued its report The Health of Canadians. It makes a thorough examination of behavioral factors such as use of alcohol and tobacco, activity and fitness, use of seatbelts in automobiles, and immune status; it looks at health problems and disability, and examines the use made of health services and medication.

The Canadian Health Survey is a valuable tool that is being used for setting priorities on health problems, identifying groups at risk or afflicted by ill health and, of

course, for epidemiological studies and for establishing Canada-wide baselines. The study has provided answers to three basic questions: Who is exposed to risk? What is the current health status? What is the impact of illness?

Time will not permit me to go into the details of the study, other than to say that, in general terms, it is the young, male, and less-educated Canadian who is risking future health by current lifestyle, and it can be concluded that health promotion, prevention, and protection provide the key to future improvements in health.

Mr. President, in view of the serious disease problems encountered in many countries of the Region of the Americas, there is strong evidence to support the contention that the health sectors of many Member Countries are preoccupied with intervention and treatment of conditions to the detriment of programs to reduce risk, prevent trauma and disease and protect the public health of the people. This is understandable in view of current patterns of mortality and morbidity, but in the long-term such a policy is self-defeating.

Canada was no different in this regard. Governments could always find funds for new hospitals, more modern equipment, and increased numbers of health providers; but health planners really had to fight to get funds for risk reduction and health promotion. A New Perspective on the Health of Canadians, published in 1974, was the turning point. For the first time, Canadians came to realize that the health care system is little more than a catchment net for the victims of ill health. This realization has grown over the intervening years and, today, Canadians display a far greater concern for their health in their lifestyles and attitudes toward self-imposed risks and environmental hazards.

We still have a long way to go, Mr. President, but the indicators show that a gram of prevention is worth a kilo of cure.

El PRESIDENTE: Merci beaucoup. El Delegado del Uruguay.

Report of the Delegation of Uruguay
Informe de la Delegación de Uruguay

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Sr. Director General, señores Ministros, señores Delegados. Permítame, Señor Presidente, expresar en nombre de mi país y en el mío propio, la satisfacción de compartir con las naciones de las Américas las instancias que se desarrollan en este foro técnico debatiendo problemas y estrategias tras el sagrado objetivo de la salud de nuestros pueblos. El Gobierno del Uruguay se complace en someter a la consideración de los Gobiernos Miembros esta sucinta reseña de los avances del sector salud entre las XX y XXI Conferencias Sanitarias Panamericanas.

No se pretende realizar una evaluación exhaustiva de la situación tan solo nos circunscribiremos a mostrar algunos indicadores y a incidir en las áreas que a criterio del Ministerio de Salud Pública constituyen los logros de mayor trascendencia para el sector salud del Uruguay. El estado de salud de la población uruguaya ha experimentado alguna mejoría durante el cuatrienio que no consideramos de magnitud suficiente para resaltar, excepto para poner de relieve los mayores esfuerzos que han debido realizar los servicios de salud del país para contrarrestar situaciones adversas del entorno económico que el Uruguay comparte con la mayoría de los países de los Hemisferios. Por otro lado, cuatro años es un período muy corto para mostrar cambios dramáticos en los indicadores del estado de salud de una población como la del Uruguay que ha alcanzado desde hace ya tiempo niveles comparativamente satisfactorios, cuando son objeto de la observación externa, pero que analizados en el marco de las posibilidades y aspiraciones nacionales dejan de ser aceptables para convertirse en la motivación que ha guiado al Gobierno, sobre todo en la última parte del cuatrienio, a la adopción de una serie de políticas, estrategias y medidas que son los más importantes avances logrados por el sector salud en tal período.

El Uruguay, al plantear sus nuevas orientaciones de políticas de salud, ha encontrado una coincidencia cronológica con el proceso de elaboración del Plan de Acción para alcanzar la salud para todos en el año 2000 en la Región de las Américas; por ello se ha planteado sus propias metas y estrategias nacionales que están dentro del marco de dicho Plan de Acción y ha adoptado su definición operativa de atención primaria válida para el contexto nacional, sin discrepar con la naturaleza misma del concepto que considera la salud como un componente básico del bienestar y por lo tanto, cuyo nivel y estructura están íntimamente relacionados con los otros sectores del desarrollo socioeconómico.

Son importantes algunas declaraciones de principios enunciadas, por ejemplo, la definición de la salud como un derecho, siendo función del Estado el crear las condiciones favorables para que sea ejercido por todos y cada uno de los habitantes de la República, organizando y brindando la asistencia sanitaria adecuada, enfocándola especialmente hacia la atención de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad y exposición a los riesgos de enfermar y morir.

Entre las estrategias formuladas cuya instrumentación ya fue iniciada figura la adecuación del sistema de servicios de salud, en el cual juega un papel destacado el sector privado y la participación de la comunidad; el incremento de la capacidad operativa del sector mediante la incorporación de acciones para el desarrollo administrativo y gerencial de las instituciones que lo integran y la utilización de tecnologías adecuadas a las necesidades reales de la población y a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros. Se han definido los grupos de población hacia los que prioritariamente se orientan las acciones de salud. La prioridad asignada al grupo materno-infantil tiene por propósito disminuir en corto plazo la mortalidad infantil y perinatal, aspectos en los cuales se considera que aún hay mucho por ganar para la protección de los niños, que constituyen un bien muypreciado para una población en la que se ha llegado desde ya hace algunos años a niveles de fecundidad relativamente bajos. Ha comenzado su operación un remozado programa nacional de atención materno-infantil, que ha iniciado ya sus acciones destinadas a incrementar la cobertura y la calidad de la atención prenatal, la calidad de la atención de los partos, que casi en su totalidad son institucionalizados, y en general a mejorar, tecnificar y humanizar la atención de la madre y el niño.

Han sido actualizadas y están siendo difundidas las normas de atención materno-infantil, que incluyen la utilización de los criterios de riesgo y la definición de niveles de atención y de complejidad. Se realizó durante 1981 y 1982 una encuesta de morbilidad infantil que se encuentra en su fase final de procesamiento y análisis. Los resultados de esta encuesta serán empleados para ajustar el programa en algunos aspectos.

Las bajas tasas de fecundidad que han operado en el Uruguay por varias décadas, así como las relativamente bajas tasas de mortalidad han dado origen al envejecimiento demográfico del país, que cuenta en la actualidad con una población de ancianos de una magnitud respetable. El cuidado de la salud de este sector de la población adquiere por ello un especial relieve por las particulares características de su morbilidad y por la relativa desadaptación del sistema de servicios de salud para su atención. Dadas las implicaciones económicas y sociales que plantea la ancianidad, el Ministerio de Salud Pública está orientando sus acciones hacia la coordinación con otros sectores, en especial la seguridad social. Se proyecta lanzar una gran campaña educativa tendiente a motivar a la población sobre los problemas de los ancianos con el fin de estimular y orientar enfoques de autocuidado y su atención no institucionalizada.

Los impedidos son materia de preocupación para las autoridades de salud; por esta razón, a partir de 1982 se ha constituido un programa nacional, en el que se están analizando la magnitud y las características del problema con el fin de diseñar e instrumentar acciones específicas a corto, mediano y largo plazo, en relación con la protección y promoción general de la salud. Se está recabando información sobre el problema que

significa la nutrición, la salud bucal, la salud mental y los accidentes, con el fin de orientar programas específicos.

El control de las enfermedades transmisibles sigue siendo preocupación del Ministerio de Salud Pública; en particular en lo que se refiere a las enfermedades inmunoprevenibles, se decidió alcanzar en el más breve plazo posible una cobertura de protección de toda la población susceptible. Con fecha 4 de mayo de 1982, el Gobierno declaró obligatoria por ley la administración a la población de las vacunas contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola y tuberculosis. Para aplicar la ley de vacunación obligatoria se reglamentó el uso de un certificado esquema de vacunación mediante el cual fueron establecidos el tipo y las dosis de vacuna que deben recibir las personas en relación con su edad y que constituye al mismo tiempo un documento mediante el cual se puede controlar si ellas han sido vacunadas. El programa de vacunación está en marcha con excelente respuesta de la población en todo el país; durante los meses de julio y agosto de 1982 se aplicaron casi un millón de dosis de diversas combinaciones de vacunas.

El país se mantuvo libre de A. aegypti; sin embargo, se ha acentuado últimamente la vigilancia en vista de los riesgos de infestación proveniente de países cercanos.

La lucha contra la enfermedad de Chagas fue mantenida con énfasis en las áreas de mayor prevalencia; al respecto se ha programado con el apoyo de la OMS una investigación que permitirá estimar la prevalencia en diversas áreas del país, manteniéndose en actividad acuerdos de cooperación bilateral con países del área.

Las zoonosis continúan siendo un problema al que se está dirigiendo particular atención. La rabia fue eliminada del país desde hace ya varios años; sin embargo, se han adoptado medidas para reforzar la vigilancia fronteriza en vista de las posibilidades de su reintroducción. Se ha hecho una evaluación del problema de la hidatidosis, cuyos resultados se están estudiando aunque existe la evidencia de que no ha habido grandes progresos en su control. Se está coordinando con el Ministerio de Agricultura la creación de un grupo de trabajo que definirá un programa concertado entre los dos ministerios para el control de esta zoonosis.

Se mantiene la vigilancia en la evaluación de los riesgos ambientales provenientes de cambios ecológicos introducidos por las obras de la empresa binacional del Salto Grande y otras obras de aprovechamiento hidrológico; en especial se puede mencionar la investigación y vigilancia de los vectores de la esquistosomiasis y la malaria, enfermedades de las cuales el país se encuentra libre.

Las características demográficas y socioculturales de la población uruguaya ponen de relieve el problema de las enfermedades crónicas y degenerativas; solo las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos causan casi las dos terceras partes de las defunciones. La demanda de servicios para la atención de estas enfermedades es de una magnitud que puede estar rebasando las posibilidades de una oferta adecuada. Por este motivo se ha iniciado la seria consideración del problema. Se están estudiando las soluciones, que en principio implican un rediseño de los sistemas de atención, la introducción de acciones para la detección precoz, la educación para la salud y la coordinación intersectorial. Dentro de las estrategias mencionadas, posiblemente la de mayor envergadura es la que se relaciona con el desarrollo de la capacidad operativa del sistema de servicios de salud.

El Ministerio de Salud Pública desempeña tanto el papel de rector y conductor de todo el sector de salud como con el de institución proveedora de servicios de atención; para este último propósito cuenta con 249 establecimientos de todo tipo y posee 10.134 camas hospitalarias; 5.718 para corta estancia y 4.416 para atención de los pacientes crónicos. Se estima que la cobertura de los sistemas de atención privada, mutualismo y otras instituciones de atención médica colectiva, llega al 50% de la población del país,

con una gran concentración en el área de Montevideo donde puede llegar al 80% y un 20% en el interior del país. El sector público, en especial el Ministerio de Salud Pública, tiene la cobertura del resto de la población del país. Una evaluación de la producción y productividad de los servicios del Ministerio frente a necesidades evidentes de ampliación de la cobertura y del tipo de acción que requiere la población muestra con claridad las pertinencias de las acciones emprendidas por este para incrementar la capacidad operativa institucional.

El propio Ministerio se está reorganizando con objeto de dotarlo de una estructura acorde con su función de conductor de la política nacional de salud y como efector de servicios; se encuentra en preparación el plan nacional de salud, el cual permitirá coordinar las actividades relacionadas con las instituciones del sector y se espera que dé como resultado una mejor producción del sistema y una racionalización en el uso de los recursos. Se están definiendo los componentes y actividades de cada programa nacional, así como las normas de producción, costo y tecnología utilizadas, factores que por último determinan la carga de trabajo para todos y cada uno de los inspectores de servicios de acuerdo con la población a servir.

También se están organizando y normalizando los servicios intermedios y de apoyo.

Ha sido preocupación del Ministerio el estado de vetustez de la capacidad física instalada. El estudio médico y arquitectónico se está realizando en conjunto, con otra información combinada con un plan de inversiones físicas.

Los recursos críticos de mayor trascendencia en un sistema de servicios de salud son los humanos y han sido objeto de preocupación del Gobierno, que ha anunciado pautas para su estudio. El Uruguay tiene alrededor de 6.000 médicos, o dicho de otra manera, 495 personas por médico; esta relación es una de las más altas de América Latina. Por el contrario, se estima que existen solo 1.286 enfermeras universitarias, es decir, una enfermera por 2.300 personas; hay pues un déficit importante que está siendo suplido por personal auxiliar de enfermería. No es el caso de abundar en la consideración de otros profesionales y técnicos que ejercen en el sector, lo que presenta problemas semejantes.

Se cuenta solo con estimaciones poco fidedignas del monto total de los componentes del gasto nacional en salud, así como de las diversas fuentes de financiamiento de las actividades, pero se observa una evidente elevación de los costos de la atención de salud, agudizada por la incorporación de tecnología de alto costo, lo que está siendo objeto de observación por parte del Ministerio de Salud Pública, con miras a reglamentar hasta donde sea posible su introducción y empleo. Entendemos que la racionalización de las acciones no implica necesariamente un menor gasto, sino un mayor beneficio por unidad de inversión.

Finalmente, y aunque esto no sea precisamente una reflexión sobre la prioridad que el Gobierno otorga a esta área, nos referimos al campo de la salud ambiental. El Uruguay ha hecho suyas todas las metas establecidas por el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Durante el cuatrienio se ha incrementado en un 10% el número de las conexiones, estando servida un 88% de la población. El Ministerio de Salud Pública, a través de su División de Salud Ambiental, está participando en comisiones intersectoriales.

Con esta síntesis hemos tratado de mostrar los avances y acciones desarrollados en el país en estos últimos cuatro años, y en especial el proceso de cambio que estamos operando en las estructuras del sector.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

Report of the Delegation of Colombia
Informe de la Delegación de Colombia

Dra. FORERO (Colombia): Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Señores Delegados. Es esta la primera intervención internacional de las nuevas autori-

dades sanitarias de mi país y por ello quiero sintetizar los logros alcanzados por el sector salud durante el último cuatrienio y, a la vez, presentar en forma breve los propósitos que en materia de salud tiene la nueva administración para el período 1982-1986.

En los cuatro últimos años se logró extender la cobertura de servicios básicos al 82% de la población colombiana que se encontraba desprotegida, lo cual representa la importante cifra de ocho millones de personas. Ello fue posible mediante la construcción y ampliación de alrededor de 1.500 puestos de salud y la capacitación y actualización de 6.000 promotoras de salud. Un programa importante fue el de ampliación del control de enfermedades prevenibles por vacunación, lográndose incrementos en las coberturas como puede apreciarse en las siguientes cifras: poliomielitis, aumento del 23% al 41%; difteria, tétanos y tos ferina, del 22% al 37%; BCG, del 36% al 71%; y sarampión del 21% al 50%. Puede observarse que, a pesar de haber mejorado la cobertura, estas cifras son preocupantes para nuestro país.

Para lograr estas coberturas fue necesario desarrollar la estrategia de canalización para áreas rurales y marginales urbanas, utilizando la participación activa de los líderes de la comunidad, y fortalecer la cadena de frío de tal manera que en la actualidad se encuentra cubierto todo el país con su respectiva dotación: a nivel regional, excepcional y, a nivel local, en el 70%.

En lo que respecta a enfermedades endémicas se logró un importante avance en el control de la malaria, a pesar de que continúa siendo un problema de salud pública. Ante la inminente posibilidad de un brote de dengue hemorrágico, se estableció un cordón sanitario en la región de la Costa Atlántica, con lo cual se impidió su importación, lográndose además el control del dengue corriente.

Otro avance de importancia fue el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, como respuesta al aumento de la demanda de servicios, con 6.463 nuevas camas y la reparación o mejora de 22.351 camas existentes.

En relación con el medio ambiente, se dio prioridad a la ampliación de acueductos y pequeños abastos en zonas rurales, así como a la construcción y ampliación de alcantarillados en poblaciones pequeñas.

Por otra parte, y debido al cambio demográfico que el país ha sufrido en los últimos años, se han intensificado los programas de atención a los ancianos y a los incapacitados.

Un progreso importante fue la terminación del estudio nacional de salud, que fue un esfuerzo para el mejoramiento de los sistemas decisorios, ya que se pudo obtener un panorama nacional de la morbilidad, sentida y real, de la población del país, así como de la demanda, la utilización y el costo por familia de los servicios de salud, y también de los factores más importantes asociados (ambientales, demográficos, económicos, sociales y culturales). Este estudio ha permitido igualmente realizar un análisis de los cambios ocurridos en los últimos 15 años en algunos de los aspectos del estado de salud de la población.

La política del actual Gobierno, la democracia, ha sido confirmada por la Junta Electoral reciente, y el nuevo Presidente de la República, Dr. Belisario Betancourt Cuartas, con el respaldo de la nación, ha configurado ya el marco de la política de salud a la que quiere dar prioridad dentro de las normas de austeridad impuestas por la situación económica actual del país.

Cumpliendo el mandato del Presidente y teniendo en cuenta el nivel técnico que debe alcanzar el Ministerio de Salud, esta administración desarrollará las siguientes actividades prioritarias: educación para la salud de todos los grupos de población, especialmente de madres y escolares; vacunación masiva de la población expuesta hasta lograr

coberturas óptimas; incremento de esfuerzos por aumentar la cobertura de la población con programas de saneamiento ambiental en lo que se refiere a abastecimiento de agua, eliminación de excretas y basuras; control de las zoonosis; programas de atención a la población de la tercera edad; desarrollo de actividades de rehabilitación para la población con limitaciones físicas, mentales y, especialmente, sociales; terminación y puesta en servicio de los hospitales cuya construcción se inició en la administración anterior; refuerzo de la coordinación intra e intersectorial con el fin de racionalizar los recursos disponibles, tanto del sector oficial como de la seguridad social, para evitar la duplicidad, pérdida de esfuerzos y competencia entre los organismos de salud del país.

El adecuado cumplimiento de estas actividades será posible mediante la racionalización de los gastos, la organización de sistemas de ingresos de toda clase de fuentes, la programación de flujos financieros y la agilización de la administración de los servicios de salud.

Estos propósitos, unidos al compromiso internacional que contrajo el país de lograr una extensión de cobertura para la población desprotegida, le permitirán a Colombia alcanzar la meta de salud para todos, si es posible, antes del año 2000.

Queremos reiterar nuestro agradecimiento a la OPS y transmitir a los Gobiernos aquí representados por tan dignos delegados nuestros deseos de continuar contando con el apoyo decidido de esta Organización.

El PRESIDENTE: Permítame felicitarle, Sra. Viceministra, por su brillante y muy corta disertación. Ha sido precisa, concisa y maciza. Doy la palabra al Delegado de la República Dominicana.

Report of the Delegation of the Dominican Republic
Informe de la Delegación de la República Dominicana

Dr. PEREZ (República Dominicana): Sr. Presidente, Sr. Director, distinguidos miembros de la Mesa Directiva, Sres. Ministros, Sres. Delegados. Hace apenas un mes que ascendió al poder en la República Dominicana un nuevo Gobierno, cuyo compromiso fundamental es hacer frente, dentro del más estricto respeto a la libertad y a los derechos de todos los dominicanos, a las graves desigualdades existentes en el país. Este compromiso supone contribuir a alcanzar la salud para todos los dominicanos, mucho antes del año 2000. No voy a exponer ante ustedes los detalles de ese compromiso ni lo que el Gobierno se propone hacer. Creo que debemos presentar a ustedes, sin embargo, aquellos cambios ocurridos en el país en las condiciones de salud, así como los progresos que en el campo de la salud han ocurrido desde la XX Conferencia. Los participantes tendrían mejor información si revisaran una obra publicada a mediados de este año por las autoridades sanitarias del último Gobierno, a quienes considero más calificadas que a mí para expresar las aspiraciones que tuvieron y los hechos que resultaron de su gestión. Me limitaré pues a realizar un análisis como observador que fui entonces de los cambios ocurridos en el sector salud desde una perspectiva más amplia.

Desde el punto de vista histórico existe el definido propósito de extraer de la información analizada la enseñanza que nos sirva para repetir o superar los logros, que fueron muchos, y evitar los errores si ello fuera posible. En el cuatrienio transcurrido desde la XX Conferencia Sanitaria Panamericana hasta hoy han ocurrido en la República Dominicana cambios de gran significación en la condición de salud de la población y en el sistema estatal de servicios de salud. Puede atribuirse este cambio a la variación radical en la política de salud que se caracterizó por la atribución de recursos económicos considerables al sector, por el énfasis en la extensión de la cobertura a la población rural y por una fuerte inversión en infraestructura hospitalaria.

Como resultado de este cambio, el gasto en salud del Gobierno central creció 3,6 veces entre 1977 y 1981, siendo el 5,7% del presupuesto gubernamental al inicio del período y el 10,6% al final, cuando se equiparó por primera vez al gasto nacional en

defensa. Estos recursos económicos fueron utilizados en la extensión de la cobertura a la población rural con énfasis en la infraestructura hospitalaria. En 1977 se gastó un 2,5% del presupuesto en salud en construcción y equipo de instalaciones urbanas, en tanto que en 1981 se invirtió el 39% del gasto global en salud en la construcción de hospitales rurales y semirurales. Como resultado de ello se dispone hoy de una extensa red de instalaciones para los niveles primarios y secundarios de atención, a la cual se añadirá una cantidad similar que está en construcción o que ya ha sido comprometida a través de préstamos concertados tanto con organismos internacionales como con la banca comercial. El énfasis en la construcción se ha producido a costa del mantenimiento de las instalaciones antiguas, cuyo nivel de deterioro resulta hoy evidente. También ha determinado una fuerte presión que aumenta los gastos corrientes al ponerse en operación las instalaciones ya terminadas; ello genera fuertes gastos para el empleo del personal médico disponible en abundancia, dada la gran producción de las escuelas de medicina nacionales y la disminución de las oportunidades de empleo de estos médicos en el mercado norteamericano.

Por otra parte, este acelerado crecimiento de los servicios ha sometido a fuertes presiones a la débil estructura administrativa del sistema y ha producido distorsiones en el gasto, que han reducido a muy bajo nivel su efectividad y eficiencia. El crecimiento ha tenido como resultado el debilitamiento de algunos de los programas tradicionales de control y ha contribuido a la intensificación de ciertos problemas de salud que ya estaban casi extinguidos en el país.

Como logros muy positivos durante el período, cabe destacar el énfasis dado al desarrollo de los servicios basado en el uso de trabajadores comunitarios de salud; este personal se cuadruplicó en el período y cubrió toda la población rural con servicios básicos. El programa de servicios básicos de salud rural empleando trabajadores comunitarios había sido muy efectivo en la reducción de los índices de mortalidad infantil y de natalidad en aquellas áreas en las cuales estaba plenamente desarrollado; su extensión ha tenido como resultado una reducción significativa de dichos índices a nivel rural y a nivel nacional. Sin embargo, la capacidad de adiestrar al personal de reciente ingreso y de dar el apoyo logístico requerido por los programas, redujo la velocidad de reducción de la mortalidad infantil.

En síntesis, la República Dominicana realizó en el pasado cuatrienio un ambicioso programa de extensión de la cobertura que va en la dirección de la salud para todos en el año 2000 y a pesar de las dificultades que se encontraron para su realización, nosotros consideramos el resultado como muy positivo. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias a usted. Tiene la palabra el Ministro de Brasil.

Report of the Delegation of Brazil
Informe de la Delegación de Brasil

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Senhor Diretor, Senhores Ministros, Senhores Delegados. Devo registrar inicialmente os agradecimentos do Brasil aos irmãos das Américas pela eleição do Dr. Carlyle Guerra de Macedo ao cargo de Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana. Congratulo-me também com a Organização Pan-Americana da Saúde pelo esforço desenvolvido nesses últimos quatro anos e expressado no relatório apresentado pelo Senhor Diretor. Uma maior definição operacional do objetivo síntese da Organização: "Saúde para Todos no Ano 2000", nos documentos de "Estratégias" e "Plano de Ação", constitui um significativo avanço. O grande desafio que se coloca para a Organização no futuro é o de ajustar a ação concreta às especificidades nacionais, dentro do contexto comum proposto para a região e em situação de permanente mudança.

Alegra-nos, também, constatar as realizações específicas em cada área de atuação da Organização e entendemos as dificuldades que impediram melhores resultados em alguns aspectos. Sentimos a existência da consciência e da vontade de fazer e compreendemos os

obstáculos a esse desideratum. Estamos certos que poderemos realizar mais no futuro com base no quadro geral de referência de que hoje dispomos e estamos solidários com esse propósito.

No Brasil também esses últimos anos foram e estão sendo de transição: na definição de conceitos e de princípios de ação, na criação de condições políticas e institucionais para a reorientação de nosso sistema de saúde e na realização de esforços específicos em áreas básicas de atendimento. Apesar das dificuldades econômicas, temos conseguido algumas realizações significativas em áreas importantes.

O Governo brasileiro, sob a liderança do Presidente Figueiredo, empenhou-se na construção de uma sociedade democrática e livre em benefício de todos os brasileiros. Esse propósito social amplo confere prioridade, dentro das limitações conjunturais de nossa economia, a programas sociais inclusive os de saúde. Novos instrumentos de financiamento e de política setorial foram criados, ampliando as possibilidades materiais, de articulação institucional do setor público e do setor privado no campo da saúde, de sua maior integração no processo de desenvolvimento nacional e de participação social. Destacam-se como mais recentes a Instituição do Fundo de Desenvolvimento Social (FINSOCIAL), com tributação específica e adicional aos recursos regulares do tesouro nacional e a aprovação de diretrizes para a reorientação da assistência médica previdenciária.

No período 1979-1981 foram construídos e postos em operação 9.719 unidades de saúde para atendimento primário da população com uma capacidade de cobertura para 29 milhões de pessoas. Essas unidades estão localizadas especialmente nas regiões mais pobres do país—nordeste, norte e centro-oeste, procurando-se atingir às populações menos favorecidas do interior e das periferias urbanas. Hoje, menos de 10% dos 3.991 municípios brasileiros ainda não contam com serviços permanentes de saúde. Uma rede de, aproximadamente, 25.000 estabelecimentos de saúde, de todos os tipos, públicos e privados, encontra-se à disposição dos brasileiros; inclui quase 500 mil leitos hospitalares e capacidade nominal para a produção de 400 milhões de consultas médicas entre outras atividades. Planos de expansão estão sendo executados concentrando-se agora na rede básica urbana, no fortalecimento dos serviços públicos para cobertura universal no nível primário e na organização e integração operacional de todo o sistema, com correção progressiva de suas distorções e deficiências.

Na área de controle de enfermidades, novos esforços têm sido concentrados em manter os resultados alcançados no combate às grandes endemias que ainda prevalecem no Brasil: malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, tuberculose e hanseníase principalmente, no controle das enfermidades evitáveis por imunização e no combate às diarreias. As condições particulares nas áreas endêmicas, o esgotamento da eficácia das tecnologias convencionais, aliadas a limitações materiais e de organização, em alguns casos, não nos permitiram progressos significativos no controle das principais endemias. A malária permanece um desafio preocupante; a introdução da Mefloquina como arma importante no arsenal para o combate à enfermidade e o reforço dos recursos disponíveis, permitem um maior otimismo a partir de 1983. Intensificaremos, também, (para cobertura de toda a área endêmica cerca de 2 milhões de km²) a partir do próximo ano, o combate à doença de Chagas, e articulando as ações específicas do Ministério da Saúde com programas habitacionais especialmente dirigidos. O combate ao A. aegypti, reintroduzido no país, continuará; nosso êxito porém estará dependente de uma ação conjunta a nível continental que tantas vezes temos solicitado.

No campo das imunizações estamos conseguindo êxitos extraordinários. Convencidos da insuficiência atual dos serviços de saúde para alcançar níveis úteis de cobertura com as atividades de rotina adotamos, há dois anos, novas estratégias para a vacinação através de ações concentradas, tipo campanha geral ou localizada, sem prejuízo do esforço para a criação de condições permanentes para a vacinação como rotina dos serviços básicos de

saúde. Os resultados não poderiam ser mais entusiasmadores. Nas seis campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite, aplicamos sempre mais de 20 milhões de doses de vacina oral em um só dia, em todo o país, com coberturas sempre superiores a 94% do grupo alvo de 0 a 4 anos de idade. Em cada campanha a mobilização e a participação da sociedade brasileira, em todos os níveis e locais, têm sido extraordinárias em termos de serviços, recursos e participação pessoal: cerca de 500.000 pessoas ajudam na realização da campanha em que participam, de alguma forma, mais de 40 milhões de brasileiros. Os resultados têm sido dramáticos: os 1.500 casos paralíticos habituais por ano até 1979, com periódicos picos epidêmicos, foram reduzidos a 68 casos em 1981 e, em 1982 até agosto, a apenas oito, apesar da melhoria significativa das atividades de vigilância e de diagnóstico. Estratégias de intensificação da rotina e de campanhas localizadas estão sendo executadas na vacinação contra o sarampo e na aplicação da vacina tríplice (DPT), com excelentes resultados.

Estamos começando este ano um combate específico às diarreias conjugando atividades de reidratação, atendimento primário eficaz, saneamento e educação, que esperamos venha a ter um significativo impacto na morbi-mortalidade infantil em futuro próximo.

Na área de alimentação e nutrição continuamos a execução do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, com a participação dos Ministérios da Agricultura, do Trabalho, da Educação, da Previdência e Assistência Social e da Saúde. A ênfase na nova etapa que estamos iniciando, mantidos os programas de suplementação alimentar para grupos específicos (escolares, materno-infantil e trabalhadores) estará nas atividades de abastecimento popular com alimentos básicos. Atividades de desenvolvimento institucional e de recursos humanos, de estudos, pesquisas e desenvolvimento tecnológico e de correção de carências específicas compõem, também, o elenco de medidas incorporadas ao plano. Desde o ano passado estamos desenvolvendo um esforço especial para promoção do aleitamento materno com resultados que parecem muito animadores.

Sustentado por esquemas de financiamento especiais o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) está sendo executado já há vários anos. O setor saúde complementa o esforço do PLANASA, especialmente através do pequeno saneamento para grupos populacionais menores ou de tipo familiar e de atividades educacionais e de mobilização comunitária, além das ações de vigilância sanitária. Até o final de 1981, cerca de 80% da população urbana (70% do total) dispunha de água potável intradomiciliar e quase 60% de esgoto sanitário adequado. As pequenas localidades e a população rural dispersa estão ainda pouco atendidas, mas os progressos observados permitem esperar o cumprimento das metas de cobertura de 80% (população rural) e de 100% (urbana) com água potável na próxima década.

Temos realizado progressos significativos no campo da pesquisa, do desenvolvimento tecnológico e da produção de insumos essenciais. Recuperamos a capacidade institucional de nossa principal organização de pesquisa em saúde—a Fundação Oswaldo Cruz. Ao mesmo tempo, em coordenação com outras instituições e, especialmente, com o Conselho Nacional de Pesquisas—e organismos Central do Sistema de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do País, foram estabelecidas diretrizes de política e prioridades para os esforços setoriais nessa área. Estamos capacitados para a produção de todas as vacinas bacterianas usuais e as vacinas contra a raiva e antiamebílica. Já em outubro próximo estaremos produzindo vacina contra o sarampo em quantidade suficiente para cobrir as nossas necessidades. Melhoramos, simultânea e significativamente, nossa capacidade de controle de qualidade desses imunobiológicos para garantia de nossa produção ou dos produtos que ainda temos que adquirir no exterior. Essa capacidade de produção está e estará também à disposição dos países irmãos das Américas.

Estamos construindo um sistema de controle de qualidade de alimentos e medicamentos, a partir da instalação do laboratório central em setembro passado e da implantação em curso de um sistema adequado de vigilância e controle dentro do programa específico, o Précontrole.

Visando a orientação e desenvolvimento das atividades hematológicas e hemoterápicas no país, instituímos o programa nacional de sangue e hemoderivados—Prosangue, que objetiva disciplinar a coleta e utilização do sangue, bem como a produção e comercialização de seus componentes e derivados. Trata-se de um programa multiministerial — Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Forças Armadas, em cooperação com as unidades federadas. Estamos implantando uma rede nacional de centros de hematologia e hemoterapia, que coordenam, em cada estado, a coleta de sangue, sua distribuição e a produção e distribuição de seus componentes e derivados.

Um significativo elenco de pesquisas nas áreas de enfermidades tropicais (Chagas, esquistossomose, etc.), materno-infantil, reprodução humana, serviços de saúde, etc., está sendo realizado no país. Em algumas dessas áreas a colaboração da OMS, através do TDR e outros programas, vem sendo inestimável. Estamos certos que aqui também há um profícuo campo para a cooperação com outros países.

Já há algum tempo dispomos de uma relação de medicamentos essenciais cuja implantação encontra-se em curso nos serviços de saúde dependentes do setor público. Iniciativas, ainda tímidas, de desenvolvimento tecnológico para a produção de fármacos essenciais estão sendo feitas.

Esforços para a simplificação e/ou adequação funcional de instalações, equipamentos e instrumentais para a prestação de serviços básicos vêm sendo desenvolvidos, a par da revisão e adequação dos processos de atendimento. Alguns resultados já estão disponíveis: em saneamento simplificado, em reabilitação física e, especialmente, no atendimento odontológico. Os processos e equipamentos simplificados já em uso no atendimento odontológico em muitas áreas no Brasil, reduzem, extraordinariamente, os custos de investimento e de manutenção, com aumento da produtividade e até da qualidade.

Uma preocupação prioritária—o desenvolvimento de recursos humanos, enfrenta os obstáculos de um mercado de trabalho cheio de distorções e da carência de planos adequados de cargos e salários. Estamos melhorando a articulação com o setor educação e com as demais instituições de saúde, em particular a Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde para superar conjuntamente as dificuldades atuais. Nova proposta de ensino-aprendizagem para a formação de pessoal de níveis médio e elementar articulando os setores de educação e de serviços encontra-se em desenvolvimento inicial com perspectivas animadoras. E na medida que se reorientam as práticas de saúde e sua organização, melhoram as condições para a reorientação das atividades de formação e educação continuada em todos os níveis e da utilização do pessoal disponível.

No campo institucional, os últimos três anos significaram o estabelecimento de cooperação muito estreita entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e grande melhoria no trabalho conjunto com as unidades federadas. Estão em operação mecanismos de coordenação e planejamento conjuntos, experiências de co-gestão de serviços e, definidos, instrumentos de ação a nível operacional, especialmente, na rede básica.

Os indicadores de saúde refletem os progressos referidos. A mortalidade geral diminuiu para aproximadamente, 8,5 mil mortes por mil habitantes e a mortalidade infantil, ainda elevada, baixou de 110% a, aproximadamente, 85% nascidos vivos. Temos, porém, problemas de desafios imensos que superar. O crescimento da população, ainda que a taxas declinantes, significará mais 60 ou 70 milhões de pessoas até o ano 2000; todos esses novos brasileiros viverão nas cidades, para onde se deslocarão ademais 5 a 10 milhões dos habitantes rurais de hoje. A fecundidade em rápido declínio (27% nos últimos 10 anos) e o aumento da esperança de vida significam um acelerado aumento da proporção de idosos: No ano 2000 teremos em torno de 19 milhões de maiores de 60 anos em comparação com os 8 milhões de hoje. As pressões culturais e ambientais de nosso desenvolvimento significarão problemas crescentes para proteção do ambiente e de saúde das pessoas. As enfermidades degenerativas e mentais estão crescendo rapidamente e permanecem ainda problemas endêmicos

ou derivados da situação de pobreza. O esforço físico, apenas para manter a oferta atual de serviços às pessoas, se expressa na necessidade de investimentos até o ano 2000, calculados preliminarmente em cerca de US\$41 bilhões, a preços de 1982. E será necessário ampliar essa oferta e intensificar o esforço para que não aumente a distância tecnológica com os países mais desenvolvidos em campos essenciais à saúde da nossa população.

A decisão porém do Governo Brasileiro, reiteradamente expressada pelo Presidente Figueiredo, é a de assegurar a todos os brasileiros as condições essenciais de bem-estar e de participação na vida nacional. Daí o processo de democratização da vida política de nossa sociedade, a construção de bases econômicas auto-sustentáveis para nosso desenvolvimento e a previsão de, simultaneamente, aumentar as ações específicas de desenvolvimento e bem-estar sociais, entre elas as de saúde. Essa determinação assegura-nos a identificação de caminhos e a efetivação de soluções.

Por outro lado, o Brasil deseja intensificar as atividades de cooperação com os países da Região, em benefício recíproco. No campo da saúde cremos dispor de experiências úteis e possibilidades significativas para oferecer; sabemos que em muitos aspectos a experiência e a capacidade das nações irmãs deste Hemisfério podem ajudar-nos muito. Pensamos que as relações bilaterais de cooperação devem ser intensificadas. Estamos convencidos de que a nossa Organização pode e deve ser o marco de referência e um poderoso instrumento para a promoção e efetivação da cooperação entre nossos países. O Brasil se dispõe a apoiá-la no cumprimento dessa missão.

Muito obrigado.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Suriname.

Report of the Delegation of Suriname
Informe de la Delegación de Suriname

Mr. SITAL (Suriname): Mr. President, allow me, at the outset of my presentation, to congratulate you on your election to chair this XXI Pan American Sanitary Conference, I also extend my warmest congratulations to the distinguished Vice-Presidents and the Rapporteur.

I would be remiss in not mentioning the signal results obtained in the course of this year under the leadership of our Director, Dr. Héctor R. Acuña. We entertain no doubt whatsoever that Dr. Acuña's stature in this Organization will remain a lasting one.

I shall now endeavor to provide you with an insight into the development of the health conditions and progress achieved in my country during the period 1978-1982. According to the 1980 census, the population of Suriname numbered 352,000. Compared with the projected population based on the 1972 census, there was a shortfall of 97,000. This reduction is primarily a result of the increased emigration to the Netherlands after 1972. The figure, however, does not reflect the number of those who re-emigrated from the Netherlands nor the influx of foreigners from neighboring countries. The population of Suriname is highly concentrated in the coastal areas; 66 per cent of it lives in and around the capital, and this area constitutes a mere 1 per cent of our national territory. The population under 14 years of age decreased from 46.2 to 39.1 per cent while that between 15 and 65 increased from 45.5 to 55.7 per cent.

The new leadership of our country, having instituted new forms of government since February 1980, has initiated the implementation of a drastic renewal of the four fundamental structures of our society: the economic, social, educational, and the political administrative structure. The policy in our health sector was reoriented in accordance with a Government Declaration of 1981 and the Alma-Ata Declaration on primary health care in 1978.

In formulating our new policies in the social sector, including health, a guiding principle has been the attainment of the sovereign rights of all the people of Suriname to the land, capital, and means of production, which should never be the sole possession of only a privileged few.

One of the priorities has been the improvement of health services coverage. In March 1981 the state health insurance became operational. The first phase covers government workers and their dependents, amounting to approximately 25 per cent of the population. The second stage, to be implemented this year, will cover another 25 per cent, the so-called underprivileged population. As part of the reorganization of the government health services, a regional health service was created and it is mainly responsible for the implementation of primary health care. A group of private institutions active in the field of medical care, the so-called "medical mission," has continued to provide good services to 10 per cent of the population located in the interior. The transfer of the execution of field antimalarial activities in the interior from the Bureau of Public Health to the Medical Mission became effective as of January 1982. Thus, this former vertical program was integrated into the existing primary health care system.

With regard to disease control, I would like to point out that both the epidemiology unit and the reporting system were improved. The immunization program has been strengthened. The malaria situation in the more populated coastal area and savannah belt has remained favorable, but that of the interior continues to be serious. The emergence of Plasmodium falciparum strains resistant to 4-aminoquinolines has complicated the problem in the interior since 1972. It is expected that with the integration of the activities into the medical mission network, the effectiveness of the antimalarial measures will be enhanced.

With regard to A. aegypti, there was a dengue type 4 outbreak in early 1982 with an undetermined number of cases, but with at least three cases of dengue shock syndrome. Emergency spraying was done to reduce the adult mosquito population.

With regard to environmental sanitation, the investments in the area of water supply, sewerage, and solid wastes have continued to be important. Programs to that effect, covering 70 per cent of the population, have been implemented through the Ministry of Home Affairs and Rural Development and the Ministry of Public Works.

Another priority area has been human resources development, with emphasis on short training of mid-level and technical personnel. Academic training for doctors in different areas of public health has, however, also been provided for. A central school of nursing has been constructed, and the educational programs will start in 1982.

Another important area has been the strengthening of veterinary services. The National Diagnostic Laboratory is being further developed in order to render it technically capable of satisfying the needs of Suriname's developing livestock industry.

With regard to dental care, the Government services have been transferred from the Bureau of Public Health to a foundation called "Youth Dental Care," established in early 1981 under the direct supervision of the Ministry of Health. Its objective is to provide optimal preventive and curative dental services for the population up to 18 years of age. A school for training dental assistants, 33 of whom have so far been trained, was integrated into the aforementioned foundation.

Community organization and participation were accorded special priority by the new Government which firmly believes that a closer cooperation with mass organization of the population and professional health workers will favorably influence the realization of the "health for all" objectives and should be considered indispensable. In November 1981, a pilot project in this area was started in a government health center located on the outskirts of Paramaribo, in cooperation with the University of Suriname. In June 1982, a

number of seminars were held on the subject of primary health care, in order to introduce that concept to health workers, school teachers, government officials from rural areas, social workers, and representatives of people's committees. A working group to stimulate, initiate, and coordinate projects in the field of primary health care will be established this year.

Special attention is being given to the maintenance and improvement of health care facilities as well as to the construction of new ones. An ambitious program to accomplish this started at the end of 1980, representing a major expenditure within the special national budget for development allotted to the health sector.

It is becoming increasingly evident that the state of health care cannot be seen as separate from that of the economy, from the national as well as the international point of view. A particularly crucial and difficult matter is the acquisition of the necessary capital for investments in the health sector, in view of the existing high interest rates on the capital market. This problem is being compounded by the deteriorating terms of trade for our export products, which consist mainly of raw materials.

Although the Government of Suriname firmly adheres to the goal of health for all by the year 2000, it is also keenly aware that an absolute prerequisite for its achievement will be the realization of a new international economic order. It cannot be sufficiently stressed that the international financial institutions, as well as the rich countries, should be made aware of the fact that investments aimed at improving and expanding the infrastructure of the social sector cannot possibly be subjected to the same criteria as those applicable to investments in the productive sector. It is our belief that every effort should be made by the United Nations and its specialized agencies, as well as by our regional organizations, to secure more favorable terms for financing investments in the social sector. We do hold that the realization of the "health for all" objectives is primarily dependent on the political will of all governments and on a just and wise decision on the priorities of our people.

In conclusion, Mr. President, I want to extend our most sincere congratulations to the newly elected Director of our Organization, Dr. Carlyle Guerra de Macedo; his election to this high office assumes a special dimension for us, since Dr. Macedo is a son of Brazil, a neighboring country to which we are linked by deep and lasting bonds of affection and friendship. We of Suriname pledge our full and loyal support to Dr. Macedo. We are confident that, under his guidance, initiatives to ensure a further strengthening of our Organization will be taken. More specifically, we are convinced that, under his leadership, the role of the Member Countries will be enhanced even further and the necessary transfer of rights and responsibilities ensured.

Report of the Delegation of Guatemala
Informe de la Delegación de Guatemala

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Sr. Presidente, señor Director de la OSP, señores Ministros, señores Miembros de las Delegaciones. Las experiencias adquiridas en los planes anteriores ejecutados en el país han permitido desarrollar nuevas técnicas o metodologías para aumentar la cobertura de servicios de salud e incorporar más población a los beneficios de los mismos.

Otro evento de gran trascendencia para el desarrollo de los programas de salud fue la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, detectándose los obstáculos o condicionantes que limitaron el cumplimiento de las metas establecidas para el decenio. En igual forma, la adopción de estrategias de atención primaria y participación comunitaria, desarrollo administrativo, incorporación de tecnologías apropiadas, desarrollo de la articulación intra y extrasectorial, desarrollo del recurso humano, permite dar nuevos marcos referenciales a los lineamientos políticos de acción que el país decidió seguir en el campo de la salud y del desarrollo nacional.

No podemos ignorar por otra parte que la salud no es el resultado secundario del desarrollo, sino que forma parte de él en todas las etapas de su avance y que justamente considerarla aisladamente establece una desproporción entre las necesidades cada vez mayores por un lado y la escasez de recursos por otro; es precisamente en este punto común en donde las actividades de salud deben racionalizarse para desarrollarse con eficiencia y eficacia, y permitir ampliar sus resultados a través del uso adecuado de los recursos disponibles.

El Gobierno actual de la República de Guatemala, dentro del Plan Nacional de Seguridad y Desarrollo, hace énfasis en las actividades de promoción y prevención en un equitativo balance con las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud, especialmente en lo que respecta a grupos humanos de más alto riesgo, considerados prioritarios, a fin de buscar la máxima eficiencia e impacto social.

El propósito general del plan es crear los elementos fundamentales que desarrollen los mecanismos ordenados y coherentes para orientar las actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que conjuntamente con otros organismos del sector contribuyan al logro del bienestar de la colectividad. Asimismo se constituye en un elemento dinámico que se proyecta sistemáticamente en el proceso de alcanzar la salud para todos en el año 2000.

Para cumplir con el propósito, se propone alcanzar los siguientes objetivos: reestructuración progresiva del sistema de servicios para permitir una mayor cobertura garantizando asimismo la accesibilidad en la equidad de los grupos de población más desprotegidos; refuerzo de programas tendientes a mejorar las condiciones de saneamiento básico y fomento de la preservación del medio ambiente; impulso del desarrollo de la política nacional de alimentación y nutrición con carácter multisectorial; desarrollo de los procesos de planificación y programación orientados a obtener la máxima eficiencia de las actividades, maximizándose la productividad de los recursos; dinamización de los programas de educación para la salud, participación comunitaria, y adopción de nuevos enfoques del sistema financiero para perfeccionar el papel distributivo de los servicios de salud.

Los lineamientos básicos y las políticas por seguir están contenidos en cuatro campos de acción, a saber: política de extensión de la cobertura de los servicios de salud; política de salud ambiental; política de desarrollo administrativo y financiero, y política de coordinación e integración del desarrollo nacional.

El análisis del sistema nacional de salud mostró que la ejecución de los diversos programas operaba aisladamente y en su mayoría en forma vertical, imposibilitando las acciones coordinadas para dar solución a la problemática de salud. Esto obligó a compatibilizar los programas y a agruparlos por campos de trabajo afines, denominándolos áreas programáticas, de tal manera que cada una comprende una serie de tareas vinculadas entre sí por su naturaleza y las características de sus actividades, estableciéndose asimismo las relaciones técnico-funcionales de las áreas entre sí. Esas áreas son las siguientes: atención a las personas, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, saneamiento ambiental, nutrición, planificación y desarrollo del sistema de servicios.

Con referencia a la experiencia nacional en la programación de extensión de la cobertura y el desarrollo de la atención primaria, y especialmente en lo relativo a experiencias precursoras del desarrollo de la atención primaria en salud, cabe destacar que en 1960 Guatemala empezó a utilizar personal voluntario para la atención de la salud en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. No se debió esto a la escasez de asistencia médica sino porque se creyó que una persona de la misma comunidad sería aceptada con mayor facilidad por los integrantes de la misma y porque económicamente resulta más barato. En 1971 la División de Saneamiento de la Dirección General de Servicios de Salud, hoy División de Formación de Recursos Humanos, firmó un contrato con UNICEF para un

proyecto piloto que incluye la preparación de equipos adiestradores, el adiestramiento y la supervisión de promotores rurales de salud. El programa de promotores estuvo bajo la responsabilidad de la División de Recursos Humanos y su ejecución a cargo de las áreas de salud, estableciendo estas normas el enlace básico de las comunidades pequeñas (unas 17.627) y complementando las acciones preventivas y curativas de los servicios mayores, centros de salud y hospitales, y dando atención hasta a los más apartados rincones del país. Hasta la fecha los servicios de salud cuentan con un total de 2.829 promotores activos que fueron adiestrados por el Ministerio a través de su División de Recursos Humanos. Existen además promotores de otras instituciones estatales, que también están capacitados para realizar actividades conforme a su currículum, así como instituciones religiosas y privadas.

Con respecto a la asistencia técnica dentro del país, el cumplimiento de la programación implica fortalecer el nivel operativo como apoyo técnico y logístico desde el nivel central. Esta situación determinó la necesidad de revisar los sistemas actuales, entre ellos la asistencia técnica brindada por el personal de salud a través de actividades de supervisión. La supervisión realizada en forma independiente, irregular y esporádica, estaba orientada a observar el desarrollo de actividades específicas. El análisis de la situación imperante puso en evidencia la poca coordinación existente entre las diferentes divisiones normativas y entre estas y los niveles superiores, la falta de continuidad a nivel aplicativo y una visión parcial del problema.

Este análisis llevó al grupo de conducción del Ministerio de Salud Pública a estudiar y proponer una nueva concepción en la prestación de la asistencia técnica, orientando sus acciones hacia el abordaje de los problemas prioritarios de atención y administración en salud. Con el fin de aprovechar al máximo la asignación de los recursos disponibles se organizaron ocho grupos de asistencia técnica que cubren todas las áreas del país. A estos grupos se les ha capacitado con un enfoque de la atención general y con criterios para identificar las necesidades de recursos de especialistas en los campos específicos. Todo ello implicó la necesidad de establecer una nueva organización, para lo cual se determinaron su funcionamiento, líneas de comunicación y autoridad, funciones de personal e instrumentos que apoyan el funcionamiento del Ministerio. Finalmente, en lo relacionado con el decenio del agua, el Gobierno ha considerado el saneamiento básico como un área prioritaria dentro del Plan Nacional de Salud. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

Report of the Delegation of Costa Rica
Informe de la Delegación de Costa Rica

Dr. ALFARO (Costa Rica): Gracias señor Presidente, señores Ministros, señores Delegados. Aunque durante el período transcurrido entre la XX y la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, continuó la tendencia a la mejora de los indicadores de salud observados en la década de los años 70 y en vista de que el análisis de este período tan reducido no da una idea exacta de lo que realmente obtuvo el país como resultado de una política claramente definida, que se mantuvo durante más de un decenio, la información se presenta ampliada desde los principios de la década indicada.

Entre 1970 y 1980 la mortalidad general disminuyó de 6,6 por mil a 4,1 por mil, mientras la natalidad pasó de 33,2 por mil a 31,2 por mil. Como resultado, el crecimiento vegetativo aumentó entre los años citados de 26,6 por mil a 27,1 por mil. La esperanza de vida al nacer, que entre 1963 y 1972 era de 68,1 años, llegó en 1980 a 73,2. Al comparar la estructura por edades de la población, según datos del censo del 1973, se apreciaba una disminución de la población menor de 15 años, que constituyó el 44% en aquel año y el 38,2 en 1980. La mortalidad infantil descendió de 61,5 por mil en 1970 a 19,1 por mil en 1980, y la de niños de uno a cuatro años descendió de 5,1 por mil a 1,1 por mil en ese mismo período.

Las defunciones por causas prevenibles o reducibles con técnicas existentes durante ese período, disminuyeron del 20% al 11% en los menores de un año y alrededor del 70% al 17% en los niños de uno a cuatro años.

Las enfermedades transmisibles sufrieron una reducción notoria durante el período analizado, pasando del primer lugar como causa de muerte general en 1970, con una tasa de 13,6 por 10.000, al octavo lugar en 1980, con una tasa de 1,6 por 10.000. Las enfermedades de transmisión hídrica sufrieron reducciones notables que en la mayoría de ellas superó el 80%. En 1980 estas enfermedades ocasionaron menos del 1% del total de defunciones. Las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación también se redujeron en forma espectacular, habiéndose obtenido la erradicación de la difteria y de la poliomielitis. La mortalidad por tuberculosis se redujo aún más que la morbilidad, habiéndose podido en el período llegar a cerrar los hospitales especializados que existían en el país para tratar este flagelo, a fin de atender esta enfermedad preferentemente con medidas preventivas y consulta ambulatoria.

A pesar de que la zona malarica del país abarca el 69,7% del territorio, este padecimiento presenta actualmente una incidencia notablemente baja y con transmisión circumsrita a un área geográfica reducida. En enero del presente año se transfirió a fase de consolidación una región constituida por 456 localidades, 27.332 casas y 103.182 habitantes en una extensión de 9.218 km². El 86% de la población de la zona malarica vive en lugares donde la transmisión se ha interrumpido. En 1981 se examinaron 162.861 muestras de sangre, de las que solo 0,10% fueron positivas. El A. aegypti se consideró erradicado en 1960 del territorio nacional; sin embargo, en el último decenio el servicio de vigilancia epidemiológica detectó en varias oportunidades depósitos de larvas y pupas en barcos transbordadores o furgones que han obligado de inmediato a revisar las acciones necesarias para obtener la negativización de las zonas correspondientes. La vigilancia epidemiológica, especialmente portuaria y de los puestos fronterizos, se mantiene en forma permanente ante el peligro potencial de reinfestación.

A diferencia del resto de las enfermedades transmisibles, las de transmisión sexual experimentaron entre 1970 y 1980 incrementos del 42% para la sífilis, del 133% para la blenorragia y del 195% para el chancro, debidos en parte a un aumento real y en parte a una mejoría de los sistemas de notificación.

Las enfermedades del aparato circulatorio y las neoplásicas aumentaron notoriamente en importancia durante el período, pasando a ocupar los dos primeros lugares como causa de muerte durante los últimos años. Una situación similar presentan las muertes accidentales, a las que les ha correspondido el tercer lugar.

En el campo nutricional fue especialmente considerable el esfuerzo hecho por el país. La Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares ha permitido desde 1975 financiar numerosos programas en diferentes áreas sociales relacionadas con los problemas nutricionales. Como resultado, la encuesta nutricional realizada en 1978 mostró una reducción del 45,9% de la desnutrición de todos los grados, que entre 1966 y 1975 solo se había reducido del 57,4% al 53,2%. En otras palabras, en estos tres años se obtuvo una disminución que equivalió a casi el doble de la obtenida durante el decenio anterior. Actualmente, se está llevando a cabo una nueva evaluación nutricional; en este campo además se legisló el enriquecimiento de la sal con yodo y el azúcar con palmitato de retinol, habiéndose logrado superar en los últimos años los problemas del bocio y la avitaminosis A.

La política que orientó las acciones necesarias para alcanzar los logros tuvo como meta brindar atención a toda la población del país, para lo que utilizó dos estrategias básicas: la universalización de la seguridad social y la extensión de cobertura por medio de programas de atención primaria. Para universalizar la seguridad social se extendió su

cobertura tanto en distintos estratos socioeconómicos como en diferentes áreas geográficas, para facilitar lo cual los hospitales a cargo del Ministerio de Salud se traspasaron a la Caja Costarricense del Seguro Social. Actualmente su cobertura abarca alrededor del 80% de la población nacional.

La segunda estrategia se concretó en un programa de salud rural y otro de salud comunitaria. El primero, iniciado en 1973, que cubre actualmente el 60% del total de la población rural, se inició en comunidades de población rural dispersa de menos de 500 habitantes, y su cobertura actual corresponde al 95% de esta población. El programa de salud comunitaria iniciado en 1976 cubre actualmente el 57% de la población urbana marginada. La política de racionalización de recursos que asignó prioridad a la atención ambulatoria y trató de reorientar la ubicación de los recursos físicos produjo cambios en las estructuras de los establecimientos de salud y en las camas disponibles. Los establecimientos con camas se concentraron en la Caja Costarricense del Seguro Social. El Ministerio de Salud aumentó notoriamente sus establecimientos sin camas, y las camas disminuyeron de 4 por mil habitantes al inicio de la década a 3,4 por mil al final del período. Además, condujo a un predominio de las consultas sobre los egresos hospitalarios y a una disminución del promedio de estancia. Durante el período, el número de egresos por 1.000 habitantes pasó de 110,9 a 120,5, mientras que el número de consultas por habitante/año prácticamente se duplicó.

La prioridad asignada al saneamiento ambiental básico se refleja en el hecho de que durante toda la década de los años 70 la población abastecida de agua en el medio urbano alcanzó un 100% de cobertura, mientras que en el medio rural esta cobertura pasó del 56% en 1970 al 64% en 1979. La población urbana con acceso a algún tipo de disposición de excretas ascendió en este mismo período del 60% al 96% y en el medio rural la proporción aumentó del 41% al 86%.

En el área del desarrollo institucional, durante el decenio de los años 70 y lo transcurrido del actual, se han venido haciendo grandes esfuerzos para definir y delimitar el campo de acción del sector y de cada una de sus instituciones. Se han promulgado numerosas leyes y decretos al respecto y se han desarrollado grandes esfuerzos de coordinación y articulación. El sector se encuentra constituido legalmente y el Ministerio tiene la responsabilidad de regirlo. Esa rectoría ha encontrado hasta ahora una serie de dificultades para hacerse realmente efectiva, aunque decisiones recientes de más alto nivel posibilitan el apoyo legal y político necesario para ello. Por otra parte, conscientes de la necesidad de articular el sector con otros sectores e instituciones, especialmente para la solución de algunos problemas de índole típicamente multisectorial--como la alimentación y nutrición, la planificación para situaciones de desastre y la ecología humana y el saneamiento ambiental--ya se han iniciado esfuerzos en este sentido que nos proponemos intensificar en los años venideros.

En síntesis, Costa Rica al igual que muchos países, no ha escapado y, aún más, vive actualmente una grave crisis económica. Esta crisis reviste, dentro de su seriedad, un factor positivo y es que nos obligará a abandonar la sociedad de consumo de gastos superfluos a los que estamos acostumbrados. Esta situación ha afectado también a nuestra seguridad social y a las prestaciones en salud y hay que preguntarse si sería factible mantener en este país el actual sistema de atención médica, sin menoscabo de su eficacia o si hay que modificar parcial o totalmente su acción, en vista de las dificultades económicas por las que atravesamos. Es indudable que en Costa Rica debemos crear un nuevo modelo de atención en salud para toda la población que funcione integralmente con mayor eficiencia que el actual y con menor costo. Con este fin se han dado ya los primeros pasos, estudiándose las reformas administrativas, técnicas, financieras e inclusive legales para lograrlo. En este modelo, la participación de la comunidad deberá ser promovida al máximo como uno de los fundamentos primordiales de los cambios. Además, la desaparición de las diferencias aún existentes entre la población asegurada y no asegurada deberá ser un desiderátum, lo cual hará necesario lograr la cobertura total de la población para las prestaciones integrales en salud.

Sin pecar de inmodestia, puede considerarse que la calidad de atención médica que tiene el país es buena en términos generales; los índices de salud son uno de los mejores en América Latina. Las metas que la OPS sugirió ya han sido alcanzadas e incluso superadas. En resumen, en nuestro país nos encontramos en un momento crucial en el que podemos mirar con orgullo hacia el pasado y contemplar el futuro con la preocupación, el temor de quien conoce la magnitud de la tarea que le espera y la escasez de recursos con que cuenta, pero con la confianza de quien se siente capaz de superar el reto que significa garantizar a la población una situación de salud igual para todos en el año 2000, que permita un nivel de vida satisfactorio y una contribución efectiva al progreso del país. Gracias, Sr. Presidente.

El PRESIDENTE: El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras tiene la palabra.

Report of the Delegation of Honduras
Informe de la Delegación de Honduras

Dr. RODRIGUEZ (Honduras): Señores Ministros, señores Delegados, damas y caballeros. Antes de comenzar a leer este corto informe sobre la evaluación de las condiciones de salud en Honduras durante este último cuatrienio, en nombre del Gobierno de Honduras me permito felicitar a la Mesa Directiva, y muy especialmente al Presidente, Dr. García de Paredes, por la forma brillante en que ha conducido este cónclave continental; al Dr. Héctor Acuña, Director ferviente de esta institución, por la brillante labor desarrollada en el último cuatrienio, como podemos apreciar a través de su Informe Anual; a la Delegación del Brasil, por la elección del Dr. Carlyle Guerra de Macedo como próximo Director de la institución; a las delegaciones de Estados Unidos de América, del Ecuador y de Cuba por haber sido nombrados miembros integrantes del Comité Ejecutivo y a los nuevos países representados en esta Conferencia, Belice, y Antigua y Barbuda, que han sido admitidos como nuevos miembros de esta institución.

El Gobierno de Honduras, que solo está desde hace ocho meses en el poder, asumido después de elecciones libres, está continuando los programas de salud que comenzaron precisamente con otro gobierno liberal hace 25 años. En este último cuatrienio se han logrado algunos avances significativos como podemos demostrar en el curso de esta exposición.

La República de Honduras, situada al norte del Ecuador y al oeste del meridiano de Greenwich y considerada todavía dentro del Tercer Mundo, confronta actualmente una serie de problemas de tipo económico relacionados con la crisis mundial y con problemas internos, así como una serie de problemas de tipo político, por estar enclavada en una de las áreas actualmente más agitadas. El nuevo Gobierno tiene fe en que el sistema democrático ayudará a resolver estos problemas y esperamos que esto ocurra en el curso de los próximos cuatro años con algunos de los problemas más urgentes del país.

Hasta la fecha, según estudios parciales y estimaciones realizadas, la población hondureña ha alcanzado una esperanza de vida al nacer de 59 años. Los últimos datos de que se disponía anteriormente señalaban una esperanza de vida al nacer de solo 52 años. En la misma fuente se indicaba una mortalidad infantil (menores de un año) de 117,6 por 1.000 nacidos vivos. Los datos señalan que esta cifra se ha reducido actualmente a 87 por 1.000 nacidos vivos.

Aunque estas cifras son algo significativas, nuestra población continúa enfermando y muriendo de enfermedades transmisibles, que pueden ser prevenibles con los recursos y la tecnología actualmente disponibles. La diarrea, las enfermedades prevenibles por vacunación, las transmitidas por vectores y las afecciones respiratorias agudas se ubican en los primeros lugares de la estructura de morbilidad y mortalidad actual. Aunque la desnutrición continúe siendo un factor importante, encuestas recientes indican una mejoría alentadora en los niveles de nutrición de la población de cinco años. Cifras obtenidas

hace algunos años señalaban que un 76% de los niños menores de cinco años tenían algún grado de desnutrición. Cifras más recientes indican que esta situación se ha reducido a un 54%. La extensión de la vida ha ocasionado que los grupos de enfermedades crónicas y no infecciosas como los tumores, las enfermedades cardiovasculares, y los accidentes empiecen también a ocupar un sitio importante en la estructura de enfermedades del país, lo cual plantea acciones consecuentes para el futuro.

Gran parte de las condiciones de salud están determinadas por las bajas coberturas de saneamiento adecuado y de dotación de agua potable. Aun entre aquellas poblaciones que cuentan con suministros apropiados, el control de la calidad del agua no se efectúa regularmente. La población rural prácticamente carece de sistemas adecuados de disposición de excretas, siendo el fecalismo al aire libre uno de los mecanismos más altamente contaminantes del agua y de los alimentos. Solo un 60% de la población urbana dispone de conexiones al sistema de alcantarillado y un 90% dispone de acceso parcial a fuentes de agua potable. Se reconoce que la solución al problema del saneamiento ambiental es crucial.

La insuficiente cobertura de los servicios regulares de salud de tipo curativo y preventivo continúa obstaculizando seriamente la mejora de las condiciones sanitarias. La capacidad operativa y de administración se ve menguada con la rápida incorporación de nuevas poblaciones. El desarrollo de la administración como sostén de los programas ha recibido fuerte apoyo a fin de obtener los objetivos propuestos.

Una población sumamente dispersa en regiones montañosas y poco comunicadas limita sustancialmente la extensión de los servicios sanitarios. El crecimiento de las áreas marginales en las ciudades plantea el problema de la ruralización de las zonas urbanas y es también una condición importante que deberá tomarse en cuenta en acciones sanitarias futuras. Consecuente con estas condiciones enunciadas, el Gobierno de la República ha declarado como prioridad fundamental la disminución, control o erradicación de dichas enfermedades.

Se enfatiza el desarrollo de una vasta red de establecimientos de salud y se planea la puesta en funcionamiento de 40 centros nuevos de salud rural por año. Durante los próximos dos años se terminará la construcción y dotación de equipo de 10 nuevos hospitales, dos regionales y ocho de área, y además se fortalecerá la red intermedia de centros de salud con médicos por medio de la readecuación de 50 de los mismos.

La masificación de la técnica de rehabilitación oral es ya un hecho y se estima que el próximo año prácticamente cada familia conocerá y dispondrá fácilmente de salas necesarias en el momento oportuno.

Se ha gestado ya el Plan del Decenio del Agua Potable, siendo el campo de saneamiento básico uno de los de más veloz crecimiento en los últimos años. En este momento se está construyendo a razón de 80 acueductos y tres mil pozos anuales, ritmo que se espera triplicar en los próximos años. Las actividades de control de las enfermedades vacunables han sufrido cierta desactivación, lo que ha llevado a un moderado resurgimiento de la tos ferina, el sarampión y la tuberculosis. Consciente de esta situación, el PAI ha sido declarado prioridad número uno, y gran parte de los recursos disponibles programados se han destinado a corregir esta situación.

También se está intensificando el control de la malaria que después de un ascenso vertiginoso en la incidencia se ha logrado estabilizar, y se espera que descienda. Se han establecido medidas de vigilancia y control sobre el A. aegypti ante la eventualidad de una epidemia de dengue hemorrágico.

También se han reactivado los mecanismos de participación publicitaria, los comités de salud y los voluntarios, que están trabajando activamente en prácticamente todos los programas desarrollados por el Ministerio de Salud hasta la fecha, habiéndose adiestrado

más de 10.000 voluntarios comunitarios. Se ha iniciado un proceso de integración entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el Ministerio de Salud. A este último, según la Constitución de la República le corresponde la organización del sector salud y su coordinación. De esta manera se logrará una mayor y más rápida extensión de la cobertura de salud a la población.

Todas las áreas geográficas del país de menor desarrollo relativo y poco integradas a la economía nacional, se han transformado a través de programas integrados de desarrollo regional, los cuales llevan siempre un componente sanitario. La rápida expansión de la infraestructura vial y el proceso de concentración de la población marchan aparejados con la extensión de los servicios. El desarrollo agrícola se mancomuna con la integración progresiva de nuevos grupos de población en la prestación de servicios regulares de salud, lo cual permite la introducción de innovaciones tecnológicas de eficacia reconocida.

Para terminar, el Gobierno de la República de Honduras, electo por la gran mayoría de los hondureños, ha reiterado su indeclinable decisión de apoyar aquellas acciones encaminadas a elevar el nivel de bienestar de toda la población, especialmente de los grupos menos favorecidos en el momento actual. Su política de internacionalización de la paz es congruente con el deseo de mantenimiento de la paz interna por medio de la justicia social y el respeto a las libertades sociales e individuales de todos los hondureños. Muchas gracias.

Report of the Delegation of Ecuador
Informe de la Delegación de Ecuador

Dr. ROMAN (Ecuador): El Gobierno ecuatoriano ha planteado la necesidad de que el desarrollo económico y el desarrollo social se produzcan de manera armónica, porque los concebimos como procesos que se complementan entre sí. Un desarrollo económico sostenido y ascendente tiene mejores posibilidades de lograrse si a él coadyuvan personas que disfrutan de adecuados niveles de educación, nutrición y salud. Por eso, el desarrollo social, aparte de su innegable categoría de elemento reafirmador de la justicia social, representa una condición indispensable para lograr un mejor desarrollo económico. Insistir solo en el desarrollo económico de un país conduce ineluctablemente a la concentración de la riqueza en pequeños grupos privilegiados, mientras concomitantemente perpetúa la miseria y el desaliento de la gran mayoría popular. Este síndrome es muy peligroso porque, al profundizar la brecha social, elimina las alternativas y coloca a los pueblos en encrucijadas históricas a veces irreversibles. Por eso, el aparato estatal, al tiempo que estimula el desarrollo económico, debe preocuparse también de impulsar firmemente el desarrollo social para conseguir juntos y en paz un desarrollo global que sirva para todos.

El desarrollo social tiene un costo, y a veces resulta difícil entenderlo debido a que no produce resultados inmediatos o rápidamente previsibles. Pero, atender a una mujer embarazada y asistirle en su parto, vacunar a los niños y vigilar su estado nutricional, así como mejorar el saneamiento básico de las comunidades no son gastos paternalistas, sino inversiones conscientes que se hacen con una visión del futuro.

Para nosotros, los elementos básicos del desarrollo social son: salud, educación, trabajo, bienestar y organización comunitaria. Estos elementos no son independientes y mucho menos opuestos. Están dinámicamente interrelacionados. La educación es un proceso de enseñanza y aprendizaje que depende, por una parte, de la idoneidad de los profesores y, por otra, de la capacidad intelectual de los alumnos. Ambos tienen en cierta medida un sustrato biológico. Un niño que proviene de una madre desnutrida y en condiciones precarias de salud será un niño que nace ya con un déficit orgánico. Si añadimos a esto la suposición desgraciadamente frecuente de que ese niño sufre de enfermedades recurrentes que se agravan por estados diversos de desnutrición, completaremos la imagen de un niño que tendrá disminuidas cuantitativa y cualitativamente sus capacidades físicas e intelectuales, y estará en condiciones de inferioridad en el proceso educativo.

Imaginemos a ese niño curvado bajo el peso de tantas desventajas tratando de remontar los peldaños del conocimiento. La certeza angustiosa de su fracaso debe sobrecogernos a todos porque, en cierta medida, representa nuestra propia derrota como seres humanos y como grupo social. Ese niño, marcado por una injusticia biológica, que inexorablemente se transforma en una injusticia social, existe y deambula por las ciudades y los campos de nuestros países. Rescatarlo es nuestra suprema obligación ética—y rescatarlo a tiempo—no como una dádiva generosa de los que tuvimos el privilegio de no transitar por su lacerante camino, sino en atención al derecho inalienable de todos los individuos y como una forma consecuente de ayudar a construir el futuro de nuestros pueblos.

La educación influye a su vez en la potencialidad de trabajo de los individuos y de los pueblos. Un mejor adiestramiento producirá mejores profesionales, mejores artesanos, mejores trabajadores de la ciudad y del campo. Y esta mejoría repercutirá con impacto creciente en la capacidad de producción y de productividad de los países. Aumentará entonces el desarrollo económico y ello permitirá cubrir los costos del desarrollo social de los grupos aún marginados. Las actividades en materia de educación y salud, así como el logro de trabajo, tienen un requisito que es a la vez el complemento del desarrollo social: la organización de las comunidades y su participación activa y consciente, características estas insustituibles para dar continuidad y posibilidad de éxito a los programas.

Con este marco conceptual, el Presidente Jaime Roldós abrió la séptima reunión de Ministros de Salud del Área Andina, celebrada en Quito en 1980. Un año antes, al declarar inaugurada la renacida democracia ecuatoriana, el Presidente había señalado explícitamente las prioridades políticas de cada sector, diciendo—y su planteamiento es mantenido por el actual Presidente Osvaldo Hurtado—que la salud es un derecho de todos los ecuatorianos, que debe darse preferencia a la prevención sobre la curación, que los grupos prioritarios son los marginados del campo y de la ciudad, que las acciones de salud deben estructurarse alrededor del vulnerable binomio madre-niño y que debe procurarse la participación de las comunidades y la búsqueda de soluciones para sus problemas más agobiantes.

En nombre de mi Gobierno, puedo informar a los distinguidos participantes en esta Conferencia Sanitaria Panamericana que desde el año 1979 el Ecuador ha emprendido la construcción de modelos que permitan conseguir su desarrollo global. El Gobierno constitucional se ha preocupado de coordinar los esfuerzos de los distintos sectores sociales y, a tal efecto, creó la Secretaría Nacional de Desarrollo Rural Integral, con rango de ministerio, que desempeña funciones de enlace en los proyectos destinados al desarrollo global del sector agrario. También se creó el Ministerio de Bienestar Social y Participación Popular que tiene como objetivo fundamental la organización de las comunidades. La preocupación del Ecuador por el desarrollo social no es meramente teórica.

Me complace informarles que el Gobierno Constitucional destina solo para gastos del sector educación el 30% del presupuesto total de la República. En cuanto al sector salud, el presupuesto específico aumentó de 1.637 millones de sucres, que tenía en 1979, a 4.700 millones de sucres en 1982, lo que representa un incremento de 287%.

Mencionaremos brevemente algunos logros del período 1978-1982. En producción de servicios se registró un incremento de 1.800.000 consultas por morbilidad. Las consultas prenatales aumentaron en un 7,3%, el parto institucional en un 4,8% y el control posparto en 2,1%. El control de menores de un año se incrementó en 11,2%, el de los niños de uno a cinco años en 1,2% y el de escolares en 4,1%. La regulación de la fecundidad aumentó en 1,2%.

En inmunizaciones hemos conseguido—y escojo algunas cifras al azar—que para los menores de un año pasaran del 41,9% que teníamos en 1978 al 70,9% en 1982. Para este mismo grupo de edad, las cifras relativas a la vacunación antipoliomielítica (tercera dosis) son: 6,9% en 1978 y 22,1% en la actualidad. Es en 1982 cuando el programa ampliado de inmunización logra extenderse a todo el país.

En saneamiento básico del medio, la cobertura pasó de 27% a 52%, mientras que el sistema de eliminación de excretas aumentó del 20% al 40%, aunque debe advertirse que ese incremento se debe sobre todo al mejoramiento en el área urbana.

En cuanto a infraestructura física, se construyeron para tratamiento ambulatorio 66 unidades de salud en el área urbana y 127 en el área rural. En 1982 hay 118 establecimientos hospitalarios con una capacidad total de 8.673 camas.

Los recursos humanos del Ministerio de Salud se incrementaron de la siguiente manera: médicos, 15,6%; odontólogos, 90,8%; enfermeras, 28,2%; parteras 7,1%; auxiliares de enfermería, 24,4%; auxiliares técnicos, 165,7% y administradores, 58,7%; además hay 1.014 técnicos medios, que en 1978 no existían.

La administración del Ministro Francisco Huerta planteó en 1981 una serie de movimientos técnicos que tienden a la superación del subdesarrollo administrativo, a la modernización del aparato estatal en el sector salud, a la profundización de las relaciones dinámicas con los otros ministerios del sector social y a la clarificación de la base jurídica.

Por iniciativa del Ministerio de Salud, el Consejo del Gabinete conformó el frente social con la inclusión de los Ministerios de Salud, Educación, Bienestar y Agricultura. Finalmente hemos procedido a una reestructuración del Ministerio que abarca la totalidad de sus dependencias pues nos encontrábamos con una institución fuertemente fragmentada en demasiadas direcciones nacionales que, lejos de apoyarse entre sí, se interferían recíprocamente en una estéril y absurda lucha interna por privilegios gremiales. La reestructuración eliminó este complicado nudo y lo reemplazó por solo tres direcciones técnicas nacionales.

Para terminar, citaré brevemente los hechos más importantes de 1982: la regionalización administrativa y la creación de un Viceministerio Nacional en Guayaquil, que tiene bajo su responsabilidad 10 de las 20 provincias del país; la creación del Instituto de Adiestramiento de Salud y la modificación de las políticas de formación de recursos humanos, ya que actualmente favorecemos la realización de cursos dentro del país en lugar de acudir al exterior (así podemos adiestrar hasta 30 funcionarios con el mismo costo con el que antes enviábamos a cuatro funcionarios al exterior, con la ventaja de que las disciplinas prácticas se realizan investigando sobre problemas existentes); la sistematización del funcionamiento del Consejo Nacional de Salud; la adaptación y actualización de las normas jurídicas sanitarias, y, por último y no menos importante, la modificación de la relación entre el presupuesto destinado a prevención y el presupuesto destinado a curación. Estamos convencidos de que sin un equilibrio entre estos dos grupos presupuestarios—y más aún sin una firme tendencia a conceder cada vez mayores asignaciones para prevenir la enfermedad y no solo para curarla—será muy difícil romper el círculo vicioso que envuelve el presupuesto de salud y hace que se reparta desproporcionadamente en construcciones, instalaciones, salarios y acciones de salud.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Hemos agotado el tema 12 y vamos a pedirle al Relator que redacte un proyecto de resolución referente a este punto.

ITEM 25: CAPITALIZATION OF THE REVOLVING FUND OF THE EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION
TEMA 25: CAPITALIZACION DEL FONDO ROTATORIO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

El PRESIDENTE: Les hago saber que el documento correspondiente al tema 25 es el CSP21/18 y ADD. I. Doy la palabra al Dr. González Carrizo, del Comité Ejecutivo, para que presente el tema.

Dr. GONZALEZ CARRIZO (Comité Ejecutivo): Señor Presidente, el Comité Ejecutivo examinó en dos sesiones, en la mañana y en la tarde del día 28 de junio pasado, el informe

presentado por la Secretaría en relación con el desarrollo del PAI y la capitalización del Fondo Rotatorio del mismo programa. Como los delegados saben, y se expone en el documento que vamos a resumir, el PAI tiene sus antecedentes más remotos en resoluciones de la OMS de 1974 y 1977.

En septiembre de 1977, en una reunión del Consejo Directivo de la OPS, se respaldó la creación por parte de la OMS del PAI, y se estableció un Fondo Rotatorio a efectos de que el Programa Ampliado pudiera desarrollarse sin inconvenientes.

Los objetivos del PAI tienden a reducir la morbilidad y mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis y tuberculosis. Su fecha meta es el año 1990 y tiene también por objetivo la vacunación contra el tétanos de las mujeres en edad fecunda, si fuera necesario. Por otra parte, debe promover la responsabilidad de los países en las actividades de inmunización y la responsabilidad de las regiones en lo que respecta a la producción de las distintas vacunas y al control de su calidad. La administración del programa fijó metas que se formalizaron en un programa a plazo mediano que terminará en 1983 y que fija una cobertura general para fines de ese año del 50% de los lactantes con vacunas DPT, antisarampionosa y antipoliomielítica, y del 75% con vacuna BCG, así como una disminución de la incidencia de las enfermedades que son objeto del programa.

La información de que se dispone en la actualidad sobre los distintos países de la Región es fragmentaria. Según datos de 15 países los niveles de cobertura son del 35% para las vacunas DPT, antisarampionosa y antipoliomielítica, y del 50% para la BCG. En cuanto a la meta de reducir la incidencia de las enfermedades, se destaca que en 12 países de la Región ha disminuido la incidencia de la poliomielitis a menos del 0,1 por 100.000, pero no hay bajas significativas en las enfermedades restantes.

Dentro del programa se han ejecutado acciones de adiestramiento y de investigación. El adiestramiento a través de seminarios y talleres nacionales ha multiplicado la utilización de los que ha desarrollado la OPS. Por otra parte, se han efectuado seis evaluaciones completas de los programas nacionales, y cada vez es mayor el número de países que están incorporando este tipo de metodología.

Durante las sesiones del 28 de junio del Comité Ejecutivo los delegados coincidieron en destacar la calidad técnica y la capacidad de los miembros del PAI y elogiaron el desarrollo del programa. Se analizó después con detenimiento el funcionamiento del Fondo Rotatorio del Programa.

Este Fondo Rotatorio tiene por objeto dar a los países la posibilidad de emplear monedas nacionales, en lugar de dólares americanos, para comprar vacunas; monedas que la OPS suele utilizar en los programas de los países que han aportado su propia moneda nacional. Por otra parte, permite obtener una economía de escala en la compra de vacunas y asegurar a los países participantes en el Fondo una vacuna de calidad y que responda a normas adecuadas para su utilización.

El Fondo Rotatorio fue establecido por el Consejo Directivo en 1977. En ese momento se hizo una evaluación de las necesidades y se estimó que se necesitaría un mínimo de US\$4 millones para asegurar su buen funcionamiento. El Fondo Rotatorio se concretó al ser autorizado por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978, estableciendo la capitalización inicial por valor de \$1 millón. En 1979, el Consejo Directivo aumentó ese nivel de capitalización de \$1.000.000 a \$1.800.000, cantidad bastante inferior a la de \$4.000.000 que se había considerado apropiada en un principio. Posteriormente han habido aportes de distintos gobiernos (Países Bajos, Barbados, Cuba, México, Panamá, Dominica, Belice e Islas Caimán). Asimismo han habido contribuciones personales de funcionarios de la OPS y de una organización de bienestar público de Trinidad y Tabago. Pese a ello, el 31 de marzo de 1982 la capitalización del Fondo ascendía a un poco más de \$2.300.000 dólares, todavía lejos del cálculo estimado.

Las circunstancias no del todo favorables de financiación del Fondo no han impedido que este desarrollara sus actividades de forma muy eficaz. En 1979 iniciaron actividades con cargo al Fondo Rotatorio 21 países y territorios de las Américas, y en 1981 se han incrementado a 32.

Durante tres años (1979-1981) se han efectuado compras de vacuna por un total superior a \$10.000.000; pasando de \$2.200.000 en 1979 a un poco más de \$4.000.000 en 1981.

Sin embargo, pese al correcto funcionamiento del Fondo y teniendo en cuenta que no se había obtenido aún la capitalización deseada en un primer instante, en junio se sometió al Comité Ejecutivo un proyecto de resolución por el que se autorizaba a transferir al Fondo Rotatorio los excedentes de la Cuenta de Reserva. Esa cuenta es una estructura financiera autorizada por los Cuerpos Directivos, alimentada con las sumas obtenidas mediante el cobro de un 3% del costo neto de las vacunas que se compran a través del sistema del PAI y que tiene por objeto compensar posibles pérdidas en las operaciones. Su cuantía se fijó en unos US\$100.000 y, al comprobarse que la operatividad del sistema evolucionaba favorablemente y que el producto del 3% aplicado a las operaciones superaba \$100.000, surgió la idea de que ese excedente podría ser transferido al Fondo Rotatorio.

La propuesta sometida al Comité Ejecutivo mereció la aprobación del mismo, con algunas observaciones sobre el hecho de que en la propuesta de la Secretaría existía la posibilidad de que si por algún motivo la cuantía de la Cuenta de Reserva era inferior a \$100.000, el Fondo Rotatorio devolvería, es decir, transferiría fondos a la Cuenta de Reserva. Los miembros del Comité Ejecutivo opinaron que el importe de la devolución no debería ser superior a la cantidad recibida, es decir, que se quería evitar que la Cuenta de Reserva fuera alimentada con el capital del Fondo Rotatorio. Se llegó a un acuerdo en ese sentido y se aprobó un proyecto de resolución que está sometido a consideración de los miembros de la Conferencia.

En el último punto de la resolución, y como elemento que surgió en el intercambio de ideas del Comité, se pide al Director que designe un Comité Asesor Regional para que le preste asistencia en los aspectos técnicos y administrativos del PAI, dentro de las posibilidades presupuestarias del programa. Eso también fue motivo de debate en la reunión del Comité y se trató de llegar a un equilibrio, de forma que no se perjudicaran las disponibilidades presupuestarias del programa sin dificultar por ello el establecimiento del Comité Asesor. Eso es todo, señor Presidente. Muchas gracias por su atención.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. González. Pongo a consideración de los delegados el informe del Comité Ejecutivo sobre este asunto.

Dr. TERCERO-TALavera (Nicaragua): Muchas gracias, señor Presidente. Nicaragua participa en el Fondo Rotatorio del PAI desde 1980, lo que ha facilitado el desarrollo del Programa en nuestro país. Gracias a la extensión de la cobertura y al fortalecimiento de la cadena de frío, pueden verse ya los efectos del Programa en algunas enfermedades como la poliomielitis, la difteria y el sarampión.

En lo que se refiere a poliomielitis y difteria, con mucha satisfacción hemos informado en esta Conferencia de que en este año, hasta el mes de agosto, no se había registrado un solo caso confirmado en nuestro país, y el sarampión ha bajado de 3.800 casos en 1980 a 120 casos en el primer semestre de 1982. Señor Presidente, dada la gran importancia que el Fondo tiene para garantizar el suministro de buena calidad, en forma oportuna y a bajo costo para los programas de inmunización en nuestros países, Nicaragua apoya las acciones para fortalecerlo y, en este caso, las medidas propuestas por el Comité Ejecutivo, como la de transferir al Fondo Rotatorio las cantidades que excedan del saldo mínimo de la Cuenta de Reserva, y la de devolver recursos del Fondo Rotatorio a dicha Cuenta en caso de que se necesiten fondos suplementarios. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. ¿Alguien más quiere hacer uso de la palabra? El Delegado de Panamá.

Dr. BRANDARIZ (Panamá): Muchas gracias, señor Presidente. Haciéndome eco de las palabras del delegado que me ha precedido, creo que cualquier ayuda que se pueda dar al PAI sería mínima en comparación con todos los resultados que hasta la fecha hemos obtenido de dicho Programa. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Por favor, señor Relator, dé lectura al proyecto de resolución.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report of the Director on the Expanded Program on Immunization (EPI) (Document CSP21/18 and ADD. I), and taking note of the status of capitalization of the EPI Revolving Fund;

Recognizing that the limited capitalization of the Fund continues to hamper its smooth operations; and

Considering that the EPI Revolving Fund is of crucial importance for the implementation of this high priority program and noting that from time to time surplus funds are available within the Reserve Account for the EPI Revolving Fund that could be beneficially used as additional capital,

RESOLVES:

1. To express its thanks to the Governments of Bahamas, Barbados, Belize, Cayman Islands, Chile, Cuba, Dominica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, and Panama for the donations to the Fund as well as to express appreciation to those persons and the group that made private donations to the Fund.

2. To urge other Member Countries to contribute to the Fund.

3. To commend the Director for the efforts being made to assure efficient operation of the Fund within the limited capitalization available, and to recommend that efforts to secure additional capitalization be continued.

4. To authorize the Director to transfer available funds over and above a minimum Reserve Account balance of US\$100,000 to the EPI Revolving Fund as additional capital.

5. To further authorize the Director to transfer funds from the Revolving Fund to the Reserve Account in the event that the dollar balance in the latter account at any one time is insufficient to defray any single or series of unexpected losses that might occur within the EPI in amounts that do not exceed those which the Revolving Fund shall have previously received from the Reserve Account.

6. To request the Director to designate a Regional Advisory Committee to assist him, at his discretion, in technical and administrative aspects of the EPI as the Program develops, and without exceeding the existing budgetary availabilities.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (Documento CSP21/18 y ADD.I), y enterada del nivel de capitalización del Fondo Rotatorio del PAI;

Reconociendo que la limitada capitalización del Fondo sigue dificultando el buen funcionamiento de este, y

Considerando que el Fondo Rotatorio del PAI tiene una importancia crucial para la ejecución de este programa altamente prioritario y observando que en ocasiones existen excedentes de fondos disponibles en la Cuenta de Reserva para el Fondo Rotatorio del PAI que sería conveniente utilizar como capital adicional,

RESUELVE:

1. Dar las gracias a los Gobiernos de Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Chile, Dominica, Islas Caimán, México, Panamá y Reino de los Países Bajos por los donativos hechos al Fondo, y extender su agradecimiento a las personas y al grupo que han hecho donativos particulares al Fondo.

2. Encarecer a los Países Miembros la conveniencia de que contribuyan al Fondo.

3. Manifiestar al Director su reconocimiento por los esfuerzos desplegados para asegurar el funcionamiento eficaz del Fondo con la limitada capitalización disponible y recomendar que se siga procurando conseguir capitalización adicional.

4. Autorizar al Director para que transfiera fondos disponibles del excedente del saldo mínimo de la Cuenta de Reserva, de US\$100.000, al Fondo Rotatorio del PAI, como capital adicional.

5. Autorizar asimismo al Director para que transfiera cantidades del Fondo Rotatorio a la Cuenta de Reserva en caso de que el saldo en dólares de esta última sea en algún momento insuficiente para compensar cualquier pérdida o serie de pérdidas imprevistas que pudieran producirse en el PAI, en cuantías que no superen las que el Fondo Rotatorio hubiere recibido previamente de la Cuenta de Reserva.

6. Pedir al Director que nombre un Comité Asesor Regional para que le preste asistencia en los aspectos técnicos y administrativos del PAI que crea pertinentes, según se vaya desarrollando el Programa, dentro de las posibilidades presupuestarias existentes.

El PRESIDENTE: Someto a discusión el proyecto de resolución. Si no hay objeciones ni enmiendas lo consideraré adoptado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: La Presidencia quiere agradecer a todos los delegados la paciencia que han tenido al estar con nosotros toda la tarde, ya que se impuso no hacer ninguna interrupción para tomar café porque temíamos no terminar con el orden del día. Les felicito. Hemos terminado nuestro programa y les invito a estar aquí mañana, a las 9 en punto, para poder iniciar la próxima sesión. Muchas gracias.

The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.

SEVENTH PLENARY SESSION
SEPTIMA SESION PLENARIA

Thursday, 23 September 1982, at 9:00 a.m.
Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.

President: Dr. Gaspar García de Paredes Panama
Presidente:

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

El PRESIDENTE: Antes de iniciar el examen del orden del día, el Secretario desea hacer algunos comentarios.

El SECRETARIO: Quiero recordarles que aquellos que van a inscribirse en las Discusiones Técnicas lo hagan a más tardar el día de hoy, ya que van a tener lugar los días viernes 24 y sábado 25. Para ello ya se han repartido los formularios de registros, y puesto que se trata de un tema de interés, debe contarse con dichos formularios lo antes posible.

El PRESIDENTE: Procederemos con el primer punto del orden del día y vamos a pedir al Relator que lea el primer proyecto de resolución (PR/5).

ITEM 15: ELECTION OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU AND NOMINATION OF THE REGIONAL DIRECTOR OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE AMERICAS (conclusion)

TEMA 15: ELECCION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMERICAS (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Articles 4.E and 21.A of the Constitution of the Pan American Health Organization, which provide that the Pan American Sanitary Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization;

Bearing in mind Rule 45 of the Rules of Procedure of the Conference, which provides that the Director of the Bureau shall be elected by any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization;

Bearing in mind Article 4 of the Agreement between the World Health Organization and the Pan American Health Organization and Articles 49 and 52 of the Constitution of the World Health Organization, which establish the procedure for the appointment of Regional Directors of the World Health Organization; and

Satisfied that the election of the Director of the Bureau has been held in accordance with the aforesaid procedure,

RESOLVES:

1. To declare Dr. Carlyle Guerra de Macedo elected Director of the Pan American Sanitary Bureau for a period of four years to begin 1 February 1983.

2. To submit to the Executive Board of the World Health Organization the name of Dr. Carlyle Guerra de Macedo for appointment as Regional Director for the Americas.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 4-E y 21-A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, a cuyo tenor la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 45 del Reglamento Interno de la Conferencia, en el cual se dispone que el Director de la Oficina será elegido por cualquier número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, así como los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que señalan el procedimiento para la designación de Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud, y

Convencida de que la elección para designar al Director de la Oficina se ha llevado a cabo con arreglo al procedimiento previsto.

RESUELVE:

1. Declarar al Dr. Carlyle Guerra de Macedo elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1983.

2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre del Dr. Carlyle Guerra de Macedo para su nombramiento como Director Regional para las Américas.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 16: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF CHILE, GUYANA, AND MEXICO (conclusion)

TEMA 16: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO LOS MANDATOS DE CHILE, GUYANA Y MEXICO (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución (PR/6) sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind the provisions of Articles 4.D and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that the Governments of Cuba, Ecuador, and the United States of America were elected to serve on the Executive Committee on the termination of the periods of office of Chile, Guyana, and Mexico,

RESOLVES:

1. To declare the Governments of Cuba, Ecuador, and the United States of America elected to membership of the Executive Committee for a period of three years.

2. To thank the Governments of Chile, Guyana, and Mexico for the services rendered to the Organization during the past three years by their representatives on the Executive Committee.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presente lo dispuesto en los Artículos 4.D y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, y

Considerando que los Gobiernos de Cuba, Ecuador y Estados Unidos de América han sido elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Chile, Guyana y México,

RESUELVE:

1. Declarar a los Gobiernos de Cuba, Ecuador y Estados Unidos de América elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.

2. Agradecer a los Gobiernos de Chile, Guyana y México los servicios prestados a la Organización en los tres últimos años por sus representantes en el Comité Ejecutivo.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 29: CRITERIA AND GUIDELINES FOR THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE BIENNIUM 1984-1985, AND PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1984-1985

TEMA 29: CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PREPARACION DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1984-1985, Y PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS PROVISIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1984-1985

El PRESIDENTE: Solicitamos al Representante del Comité Ejecutivo que informe sobre el tema 29, acerca del cual les remito al Documento CSP21/24 y Corrigendum que están en sus carpetas.

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): Quisiera destacar la importancia que el Comité Ejecutivo dio a este tema, haciéndose eco naturalmente de las discusiones habidas en Consejos Directivos anteriores, así como en el seno mismo del Comité Ejecutivo. Los países han manifestado en forma reiterada su deseo de participar cada vez más en fijar las pautas y criterios en forma activa para que la propuesta del presupuesto, que es atribución del señor Director, se ajuste a las líneas que los Países Miembros de la Organización quieren dar. Al mismo tiempo se introduce en este tema la nueva clasificación del presupuesto, de acuerdo con la adoptada por la OMS para su Séptimo Programa General de Trabajo, la cual es importante homologar para todas las regiones. Se hace mención de que el Comité Ejecutivo señaló en forma muy clara, y lo mismo se hizo en los subcomités, que es preciso ajustarse a la realidad de nuestra Región la cual es algo diferente de la que existe en otras regiones. Quisiera señalar que evidentemente todavía hay más camino que recorrer ya que, en el período de tiempo que tuvimos, fue muy difícil poder examinar en forma exhaustiva todos los aspectos. Sin embargo, se consideraron algunos aspectos que es importante destacar y que están contenidos en el proyecto de resolución que el Comité Ejecutivo está proponiendo a la Conferencia Sanitaria Panamericana. En primer lugar se trata de que la estructura establecida en el presupuesto se ajuste a la clasificación del Séptimo Programa con los arreglos que ya hemos señalado; en segundo lugar, debe aumentarse

a un mínimo de un 35% el porcentaje del presupuesto ordinario de la OPS/OMS que a nivel de los países se está recibiendo. Este es el deseo expresado en forma reiterada por muchos países en los Cuerpos Directivos. Naturalmente, no es fácil llevarlo a cabo por razones que ustedes comprenderán, ya que debe hacerse una redistribución de un presupuesto de los diferentes niveles, ya sea del presupuesto de la Sede, o de los presupuestos de las Áreas, para poder llegar a aproximadamente un 30% que es lo que existe hoy día a nivel de país, a fin de alcanzar finalmente un 35%.

Quisiera indicar que los países han ofrecido en forma reiterada por conducto del Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo o los subcomités del Comité Ejecutivo, colaborar de manera muy activa con la Secretaría para que estos criterios que los Cuerpos Directivos fijan en materia de política puedan materializarse y que, a su vez, están dispuestos a hacer los sacrificios que sean necesarios para poder alcanzar esta meta que nosotros estimamos muy importante, especialmente cuando tenemos por delante la iniciación del Plan de Acción con miras al logro de la salud para todos en el año 2000. Por lo tanto, el Comité Ejecutivo, en la resolución que propone a la Conferencia, está señalando los aspectos más prioritarios de este problema. Estimo que sería conveniente—esta es una sugerencia que hago como Presidente del Comité Ejecutivo—que el proyecto de resolución que surja de la discusión de este tema se revise simultáneamente con los proyectos de resolución que está discutiendo la Comisión A en relación con los temas 13.A y 13.B, porque como es natural están íntimamente ligados; además creo que no sería conveniente que nosotros tomáramos una decisión sobre la resolución hoy día en la mañana sin haber conocido previamente las resoluciones sobre los temas citados, y esto con el propósito de que tengamos el cuadro lo más completo posible ante nuestros ojos para poder hacer una cosa armónica y que guarde perfecta relación. Esto mismo ya lo expresó el Comité Ejecutivo en la Comisión A y hubo aceptación de que así fuera.

Dr. ACUÑA (Director): El Documento CSP21/24 (Criterios y pautas para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto para el bienio 1984-1985) que tengo el honor de presentar a esta XXI Conferencia Sanitaria Panamericana es quizá la declaración más específica de política de esta Organización, en un momento en que tomamos medidas para iniciar el cumplimiento del Plan de Acción adoptado por el Consejo Directivo el año pasado.

El documento responde a lo dispuesto en la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y en la Resolución XVII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada el pasado mes de junio. Lo que es más importante quizá, el documento es resultado de una dinámica colaboración entre los Países Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana. En los últimos años, el empleo de subcomités y grupos de trabajos especiales ha facilitado la planificación a largo plazo, el establecimiento de prioridades, la evaluación y el análisis, así como la futura configuración del programa y presupuesto, todo lo cual ha resultado en una intensificación de la colaboración entre los Países Miembros y la Oficina en la formulación de políticas.

En el documento sobre criterios y pautas para la preparación del proyecto de programa y presupuesto se continúa esa tendencia de la OPS. Los parámetros del documento fueron establecidos por el Consejo Directivo, y el contenido responde a las recomendaciones del Subcomité de Planificación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo.

No disponemos aún de un programa y presupuesto definitivos para 1984-1985, pero sí de un mecanismo para elaborar el presupuesto y de una serie de criterios que, a nuestro juicio, se ajustan al mandato del Consejo Directivo. Esos criterios son flexibles, en la medida en que se han concebido deliberadamente para que puedan incorporarse ideas innovadoras en apoyo del Plan de Acción. Sin embargo, son firmes y definitivos en el sentido de que responden a los principios específicos enunciados hace un año por el Consejo Directivo.

En primer lugar, la clasificación de programas que contiene el documento sigue la pauta de la clasificación establecida por la OMS con arreglo al Séptimo Programa General

de Trabajo y refleja al mismo tiempo la estructura establecida en el Plan de Acción. Los ajustes incorporados a la clasificación por el Comité Ejecutivo están en plena armonía con esos dos principios rectores. La clasificación revisada de programas deberá permitir un examen comparativo mucho más fácil y útil de los presupuestos de la OMS y la OPS.

En segundo lugar, el mandato asignado por el Consejo Directivo, de ajustar el presupuesto a las metas regionales de las estrategias, ha sido un factor constante en el establecimiento tanto del sistema de clasificación como lo será en las estimaciones presupuestarias. A la postre, esas metas son la base fundamental para la evaluación de nuestra labor en los próximos dos decenios.

En tercer lugar, conforme al mandato recibido del Consejo Directivo, hemos de dar un fundamento racional a la asignación de recursos a los programas de país, de manera que dicha asignación responda a las necesidades relativas de salud de todos los países y a su capacidad relativa de utilización, dando prioridad en la asignación de recursos a esos programas de país.

El documento representa un gran esfuerzo, hecho de buena fe, por responder a esas instrucciones, y para combinar los diversos factores en ellas contenidos hemos elaborado una serie de normas complejas. Estamos realizando progresos, pero pecaría de exageración si dijera que hemos conseguido una fórmula matemática mágica para asignar con precisión la importancia adecuada a cada uno de los factores y lograr un equilibrio armonioso. Creemos que es importante la recomendación del Comité Ejecutivo por la que se sugiere un examen continuo de las asignaciones a cada uno de los Gobiernos Miembros. Hemos utilizado una combinación de factores que se refieren a las necesidades, la capacidad de utilización y la adhesión al orden de prioridad regional y mundial establecidos por los Cuerpos Directivos. Creemos que con el tiempo todavía puede hacerse más para ajustar las asignaciones a los países y que la recomendación del Comité Ejecutivo nos ofrece esa oportunidad. En cuanto al interés manifestado por el Consejo Directivo de que se asignen directamente recursos adicionales a los programas de país en las estimaciones preliminares, se ha tenido en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo de que se haga por lo menos una asignación del 35% del presupuesto ordinario de la OPS/OMS a dichos programas. Gracias a la labor combinada del Subcomité de Planificación a Largo Plazo y del propio Comité Ejecutivo, esa meta se ha establecido e incluso rebasado ligeramente en el documento que tiene ante sí la Conferencia. Señalaré que de acuerdo con el propósito manifiesto de los Miembros del Comité Ejecutivo, en las previsiones presupuestarias para programas de área y para dirección general, coordinación y desarrollo de programas regionales, se han efectuado reducciones cuyo objeto es compensar el aumento de las sumas consignadas para programas de país.

En esta coyuntura deseo destacar ante la Conferencia que, aunque conforme a lo solicitado hay un desglose analítico del presupuesto entre programas de país, de área, regionales y de centros, hemos examinado más a fondo los de área, de centro y los regionales, y les puedo asegurar categóricamente que una parte muy considerable de esos fondos redundan a todas luces en beneficio directo de los distintos países. En estos puede haber consultores por corto plazo o personal de área o de la Sede asignado a misiones o a proyectos específicos de alcance nacional. Además, las restantes actividades a nivel de área y de Sede, e incluso de centro, también se orientan marcadamente hacia los objetivos del Plan de Acción, y lo hacen a veces con relación específica a países individuales o a grupos de países. Sin embargo, quiero destacar que se ha cumplido y seguirá cumpliéndose en adelante la recomendación de que se aumenten gradualmente las asignaciones de fondos a programas de país.

En la Resolución XVI del Consejo Directivo hay un elemento final al que quisiera referirme. El texto pide que se incorporen nuevas consultas con las autoridades nacionales para la reformulación de los programas de país. Esta es la base de nuestro diálogo sobre el programa y presupuesto efectivo para cada Gobierno Miembro. En nuestra calidad de Oficina Sanitaria Panamericana, solo podemos proponer programas en el contexto

de las políticas generales y de las resoluciones específicas adoptadas por los Cuerpos Directivos. Sin embargo, ustedes, como representantes de los Países Miembros, están facultados para disponer, y asegurar mediante sus acciones, que el programa y presupuesto responda al criterio óptimo sobre el modo de alcanzar la meta de salud para todos. El Comité Ejecutivo representó una primera fase de esta consulta y esta Conferencia es la segunda fase. Una y otra irán seguidas por la 90a Reunión del Comité Ejecutivo en 1983, antes de que tenga lugar la aprobación definitiva del programa y presupuesto de 1984-1985, por la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983.

Un aspecto fundamental de ese proceso es la propia determinación de los Países Miembros, aquí representados, de que los programas nacionales que presenten antes de terminar el año se ajusten al orden de prioridad nacional establecido con el fin de alcanzar la salud para todos. Los Ministros deben examinar minuciosamente y con espíritu crítico los programas de salud existentes en cada sector para saber si se ajustan a las respectivas áreas prioritarias emanadas de la adhesión a la meta de salud para todos.

El Director General de la OMS, al señalar que las responsabilidades de los Países Miembros frente a sí mismos y frente a los demás están aumentando, ha afirmado lo siguiente: "Tendrán ustedes la última palabra, he dicho, pero también tendrán ustedes que ejercer directamente una mutua responsabilidad en este Comité, con el fin de poder evaluar la situación con un único criterio básico". Pregunta el Dr. Mahler: "¿Se está dando a la OPS/OMS empleo óptimo en los países y en las actividades interpaíses a fin de que las estrategias de salud para todos tengan la orientación correcta y el ritmo adecuado?"

En lo que queda del año, a base de las evaluaciones que ustedes hagan, del diálogo continuo con los Representantes de la OPS y de la información obtenida por conducto de AMPES, se presentarán sus propuestas de programas por país. Indicarán ustedes los programas que, por su importancia vital, deben mantenerse y los que se deben cancelar en favor de nuevas actividades que respondan mejor al desafío que representa el cumplimiento del Plan de Acción.

Ese diálogo continuará durante el año siguiente en el proceso de adoptar decisiones definitivas respecto al programa y presupuesto de 1984-1985 y abarcará en todos sus aspectos las actividades de la OPS, al paso que trataremos juntos—me refiero a la Secretaría y a ustedes—de hallar la utilización más eficaz y eficiente de nuestros escasos recursos para el cumplimiento del Plan de Acción.

Estamos entrando en un período sumamente difícil, puesto que la crisis económica mundial agrava las presiones a que se ven sometidos los Gobiernos y, por otra parte, la realidad de la inflación limita el valor de nuestras contribuciones. En los seis últimos años, los presupuestos de la OPS han aumentado menos que los de casi todas las demás organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Como se señaló hace un año ante el Consejo Directivo, y según se especifica en el Documento CSP21/21 relativo a las repercusiones financieras y presupuestarias del Plan de Acción, la inflación que viene registrándose desde hace cuatro años ha menoscabado el valor real de nuestro presupuesto. Ante el sombrío panorama económico que se nos presenta y las pocas razones para confiar en que haya pronto un cambio radical, no tenemos más remedio que hacer un análisis crítico de las necesidades prioritarias de salud, establecer nuevos métodos y estudiar y evaluar minuciosamente los programas existentes para asegurarnos de que cumplen sus objetivos.

El proceso de AMPES permite la supervisión continua de las actividades y sirve de base para identificar los programas que alcanzan sus metas y los que quedan a la zaga. Al mismo tiempo, el proceso de monitoría y evaluación de la meta de salud para todos será un medio de identificar atenciones prioritarias tanto a nivel nacional como a nivel regional. Es absolutamente preciso que los sistemas de comunicación e información en que están basados esos procesos de evaluación y monitoría se desarrollen continuamente a medida que avanzamos en el cumplimiento del Plan de Acción. En efecto, constituyen instrumentos

críticos para que las futuras decisiones se funden en la experiencia, en la evaluación exacta del resultado de los programas y en un criterio documentado sobre los sectores prioritarios que aún hay que atender. Partiendo de esa base, el desarrollo del programa y el presupuesto representa un elemento esencial para introducir ajustes y mejoras en el proceso de cumplimiento del Plan de Acción. Pasa a ser el resultado del proceso de administración del desarrollo de la salud nacional y eleva al máximo el valor del aporte que nuestra Organización puede hacer en apoyo de las estrategias de los países para alcanzar la meta de salud para todos.

En resumen, quisiera reiterarles que estas pautas y criterios para el programa y presupuesto que se presentan a su consideración, no son nada más que precisamente guías y lineamientos y, por lo tanto, no se espera que la Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe el presupuesto y el programa para 1984-1985. De hecho, las cifras presupuestarias son solamente niveles de programación y esos niveles de ninguna manera reflejan un aumento real en el presupuesto para el próximo bienio.

El grado en que la situación económica ha afectado a los diversos países y los costos de operación de nuestros programas y proyectos de salud hacen necesario que asignemos nuestros recursos disponibles a aquellas áreas de más alta prioridad y que busquemos la manera de suplementar esas actividades prioritarias por medio de fondos extrapresupuestarios. El sistema de clasificación del programa y presupuesto fue estructurado de acuerdo con el sistema establecido por la OMS; sin embargo, para lograr que el mismo siga los indicadores del Plan de Acción, que se diferencia de la clasificación de la OMS, estableceremos cuadros apropiados que faciliten la comparación entre ambos.

Por lo anteriormente expuesto, me permito encarecerles--a los señores Ministros y Delegados--que consideren el Documento CSP21/24 con el ánimo de ofrecer al Comité Ejecutivo la guía necesaria para utilizar esos criterios y pautas en el momento en que formule y analice el próximo programa y presupuesto para la Región de las Américas.

El PRESIDENTE: Está en discusión el proyecto de resolución contenido en la Resolución XVII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, que aparece en el Documento CSP21/24, Anexo E. El Secretario procederá con la lectura.

El SECRETARIO: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CE88/19, which contains a PAHO Classified List of Programs based on the Program Classification System established by WHO under the Seventh General Program of Work (Annex C), and a tentative percentage distribution for 1984-1985 of PAHO/WHO Regular resources by the new program classification system and by location (Annex D);

Bearing in mind Resolution XVI of the XXVIII Meeting of the Directing Council which requests the Director to formulate the draft program and budget for 1984-1985 using certain guidelines provided; and

Noting the recommendations made by the 88th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

1. To approve the PAHO Classified List of Programs set forth in Annex C of Document CE88/19, with the addition of Classification 2.6, Disaster Preparedness, and with modifications in some of the classification descriptions to take into account recommendations of the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming, as the structure to be used in the 1984-1985 program and budget document.

2. To request the Director:

- a) To increase the proportion of funds allocated to country programs to at least 35 per cent of the PAHO/WHO Regular budget, taking into account the proposed programs and budgets to be submitted by the Member Countries, in formulating the draft program and budget for 1984-1985;
- b) To make appropriate reductions in other budgetary locations, taking into account the regional baseline target areas established in Chapter 6 of Part II of Official Document 173 (Health for All by the Year 2000--Strategies), and the ongoing studies related to the PAHO Centers and the Area Offices;
- c) To continue studying the question of the most equitable distribution of PAHO/WHO resources among the Member Governments, and to report on this subject to the 90th Meeting of the Executive Committee in 1983.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CE88/19, que contiene la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS basadas en el Sistema de Clasificación de Programas establecido por la OMS en relación con el Séptimo Programa General de Trabajo (Anexo C), y las asignaciones presupuestarias provisionales para 1984-1985 del presupuesto ordinario OPS/OMS de acuerdo con el nuevo sistema de clasificación de programas y con la ubicación presupuestaria de estos (Anexo D);

Teniendo en cuenta que en la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo se pide al Director que utilice nuevas pautas para la formulación de proyectos de programa y presupuesto para 1984-1985, y

Tomando nota de las recomendaciones formuladas por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Aprobar la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS contenidas en el Anexo C del Documento CE88/19, incluyendo una nueva clasificación 2.6, Preparativos para Casos de Desastres, y con ciertas modificaciones en la descripción de las clasificaciones según las recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, como la estructura que deberá utilizarse en el documento de programa y presupuesto 1984-1985.

2. Pedir al Director que:

- a) Aumente la proporción de los fondos asignados a los programas en los países por lo menos a un 35% del presupuesto ordinario OPS/OMS, teniendo en cuenta las propuestas de programa y presupuesto a ser sometidas por los países, en la formulación del proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985;
- b) Efectúe las reducciones que sean apropiadas en otras ubicaciones presupuestarias, teniendo en cuenta las metas mínimas regionales establecidas en el Capítulo 6 de la Parte II del Documento Oficial 173 (Salud para todos en el año 2000--Estrategias), así como también los estudios en marcha relacionados con los Centros y las Oficinas de Área de la OPS;
- c) Continúe estudiando la forma de establecer una distribución más equitativa de los recursos de la OPS entre los Gobiernos Miembros, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo en 1983.

El PRESIDENTE: Como el tema de esta resolución se relaciona con la que sigue, o sea el Anexo F, se dará lectura a esta última. El Dr. Acuña desea modificar, o más bien hacer una corrección, en la Resolución XVII, Anexo E.

Dr. ACUÑA (Director): En la página 2, en la parte resolutive, el párrafo 1 menciona el Documento CE88/19, que en realidad debe ser el Documento CSP21/24.

El PRESIDENTE: Se leerá el Anexo F y luego pondremos las dos resoluciones en discusión.

Mr. BOYER (United States of America): Mr. President, it seems to me that we have not only two resolutions but two very distinct topics, and my own suggestion would be that we discuss the two topics separately to see if we can come to a conclusion on the resolution at the end of each discussion. It seems to me that if we mix our discussions of the classification system with the level of the budget we may have some confusion. I offer that for your consideration.

El PRESIDENTE: Si la Sala no tiene objeción, podríamos adoptar la metodología sugerida por el Delegado de los Estados Unidos de América; por nuestra parte, nosotros tampoco tenemos ninguna objeción. Vamos a poner en discusión la resolución que tiene que ver con la clasificación y que está en el Anexo E.

Mr. CAREAU (Canada): Mr. President, the honorable Delegates have already heard the Canadian Delegation express its concern over the precarious state of the world economy and the impact that it is having on the endeavor of the lesser developed countries of this Region to achieve health for all by the year 2000, and my Delegation has also spoken of the economic restraint measures enforced in Canada and other Member Countries. It is in this context that we wish to comment on the proposed budget for 1984-1985.

You will recall that, at the XXVIII Meeting of the Directing Council last year, the Council approved the 1982-1983 PAHO Regular Effective Working Budget in the amount of US\$90,320,000, or an increase of 18.1 per cent over the 1980-1981 biennium, with a certain amount of reluctance, and the Director was requested to develop the 1984-1985 budget so as to reflect: 1) the relative health needs among countries and 2) the relative capacity of countries to implement global and regional priority programs within their national health system. You will also recall, Mr. President, that the Director was requested to give priority to the allocation of resources for the delivery of programs and services to countries, and to minimize the cost of administration and regional program support.

Canada has attempted to analyze the new proposed program budget based on the criteria and guidelines submitted by the Director, but this exercise has been difficult to accomplish because the adoption of the new budget format does not allow comparisons with previous years. In other words, Mr. President, in order to reconcile the 1984-1985 proposal with earlier biennia, the earlier budgets also need to be converted to the new WHO system. Moreover, there is no way of determining from Table 2 whether allocations to country programs have been revised to reflect the direction given to the Director by last years' Directing Council. The key issue regarding the 1984-1985 budget is whether the Governing Body will agree to an overall 17.2 per cent increase. The problem would be simplified if we had more information on the proportion of the budget spent in the United States of America as opposed to the budget which is spent in other countries of the Region, some of which are experiencing higher rates of inflation. Unfortunately, we do not have those data available. The position of the Canadian Government which has already been expressed at another international forum is that zero real growth should be adopted by international organizations in these difficult times and used as a management tool with which to adjust priorities and eliminate marginal programs and unnecessary expenditures. We do not accept zero growth that has no increase in the budget for inflation because we

believe that will cause undue hardship to those countries that benefit from international programs. Therefore, Mr. President, Canada will support that 17.2 per cent increase proposed by the Director.

In conclusion, I would like to suggest--since we are discussing the resolution proposed by the Executive Committee--that subparagraph c) of paragraph 2 of the resolution proposed in Document CSP21/24, Annex E, page 2 be changed to read as follows: "To pay special attention to the allocation of resources and provision of technical assistance to those Member Countries that are in greatest need."

Mr. BOYER (United States of America): Mr. President, I will limit my comments to a discussion of the first resolution and the question of the classification system. I will hold till a later time my comments on the budget, although the Delegate of Canada has already begun that discussion.

I think we should recognize the praiseworthy efforts of the Secretariat in developing the criteria and guidelines to take into account the comments of the Member Countries that have been delivered in past meetings, and to attempt to better focus the resources of this Organization on the most pressing health needs that have been agreed upon by PAHO's Governing Bodies. I think this process should continue, as the resolution in front of us now requests, and I think we may agree to adjust the language and to enter into discussion of subparagraph c) as proposed by the Delegate of Canada. I would like to agree with the suggestion by the Executive Committee Chairman that what we are discussing here is very similar in content to what is being considered by Committee A, and that before we come to a conclusion here we should make sure that we coordinate the results of these two discussions.

Mr. President, the Delegation of the United States of America has for a number of years urged that the PAHO Classified List of Programs be brought into line with the WHO Program Classification System. It appears that we are now close to reaching that goal. Both WHO and PAHO will be adopting a 1984-1985 budget based on the new classification system that was adopted by the World Health Assembly last May and is contained in the Seventh General Program of Work. It has seemed to us for a long time that it is to PAHO's advantage, and to the advantage of all those who deal with WHO, that the two budgets be placed on a basis that is as comparable and compatible as possible. Despite the great progress that has been made in this regard, we note that in the PAHO system of classification there are still a number of divergencies from the classification system of WHO. I know that, as the Executive Committee Chairman has noted, this has been discussed by a special subcommittee and also by the Executive Committee itself. Yet it seems to me important and possibly serious that the PAHO Budget should diverge so much from a new system that is being implemented by WHO in all its regions.

Let me give just some examples of the ways that the two classifications systems appear to be different. PAHO has added several new categories: Category 2.5 on the Ecological Impact of Development Projects; Category 2.6 on Disaster Preparedness; categories called Program Planning and General Activities in Sections 4.1, 11.0, and 13.0. PAHO has broken Category 4 into three parts: 4.1 on Program Planning, 4.2 on Development of Health Services, and 4.3 on the Increase of Operating Capacity of Health Systems. This last item, incidentally, seems to us to belong more appropriately within WHO category 3.2. PAHO has broken category 6 into two parts: 6.1 on Public Information and 6.2 on Community Health Education. PAHO has added a new Category 9.5 on Health of the Disabled and has dropped 12.5 on Rehabilitation. PAHO had deleted its Category 11.2 on the Environmental Impact of Housing and has included housing along with water in 11.1. The combination of housing and water seems to us particularly puzzling. In Category 12.3, PAHO has included medical devices along with drugs, although it appears to us that medical devices belong more appropriately in Category 12.1 on Clinical Technology. And Category

13.10 on Zoonoses has been eliminated by PAHO and split into two new categories on Zoonoses and Foot-and-Mouth Disease.

Frankly, Mr. President, whether these divergencies between the PAHO and WHO classification systems are justifiable I cannot judge; I think we are getting into very technical questions here. I make the basic point that PAHO seems to be taking a number of steps away from what we almost had as a unified system involving WHO and PAHO, and so I am concerned about these various divergencies and I would like to have a resolution adopted that would permit PAHO to continue to talk with WHO to eliminate as much as possible the divergencies that are involved in the two classification systems.

The resolution that has been proposed by the Executive Committee begins in operative paragraph 1 with the words: "To approve the PAHO Classified List of Programs...." I would not like this Conference to adopt language that sets this divergency in concrete, and I would urge that the Conference adopt a resolution with a paragraph 1 that has in it much more flexible language. We could approve the basic outline of the classification system, but we could also, it seems to me, permit PAHO to continue to discuss these divergencies with WHO, so that some of them might be eliminated--or perhaps all of them--so that ultimately the PAHO system and the WHO system might be more compatible. I do not have any specific language at the moment for paragraph 1, but I would be happy to sit down with members of the Secretariat and develop some language, if that were agreeable to them.

The PRESIDENT: I will let the Director of PASB speak, and then Mr. Muldoon from the Secretariat will explain a little bit about the classification and description of the programs.

Dr. ACUÑA (Director): Thank you, Mr. President. To begin with, let me say that I am a little puzzled by Mr. Boyer's comments. Likewise, I am a little puzzled by the statements made by the distinguished Delegate of Canada vis-à-vis the comments made by the Delegate of the United States of America. One thing seems clear to me, though, and that is that both gentlemen are expressing the views of their own Governments in the sense that they would like to see zero growth in the program and budget of the Organization. However, I would like to try to clarify these issues. As we explained before, we have a mandate from the Directing Council to try to establish the same classification between WHO and PAHO. However, the Director must also bear in mind another resolution which says that we should likewise do everything in order to include in the new classification structure the items that the Plan of Action includes.

Now, if we look at the classification system already approved by WHO, we find that there are PAHO items that are not included in the WHO Program Classification--Mr. Boyer brought forward the example of disaster preparedness, to mention one. WHO does not have any activities along those lines. This is the only Region that does, and we do so because there are resolutions adopted by you, the Governing Bodies of PAHO, on conducting these activities, which by the way are mostly based on extrabudgetary funds, not regular PAHO funds. You must likewise understand that the task that you, Mr. Careau, are asking the Secretariat to undertake is almost an impossible one. I am sure that your country, with the great resources that it has, will be in a much better position to do that. You are referring to the possibility of examining the past budgets of the Organization in light of the new classification structure. This will take years and a sizable monetary investment. I think it is hardly a priority in the Plan of Action to make this kind of analysis. How could we possibly look into the budget of 1978 and then try to project it into the budget of 1984-1985 within the new classification structure? It is almost impossible to do that, or to say the least, it is a very expensive proposition.

Now, you know very well that PAHO has been following a classification structure established by the Ten-Year Health Plan for the Americas which was adopted in 1972. We are under the obligation to continue with that classification structure until you adopt a

resolution telling us that we should follow the WHO Classification Structure and at the same time incorporate the components of the Plan of Action which has already been adopted by this Governing Body. In that particular predicament, the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee has gone into this ordeal, trying to find the proper way to classify what the Plan of Action says within the WHO classification. Of course, with technical and professional criteria, they have obviously found cases in which they are faced with two or more possibilities. They can place particular items, as Mr. Boyer says, under this or that category.

For instance, you can speak about animal health, you can speak about veterinary health, you can speak about zoonoses. Well, you may classify zoonoses under communicable diseases, or you may consider them under another classification structure if you want more details about how we spend the money and how we should spend it. On the other hand, I can say that if we do something about zoonoses we are likewise doing something about the prevention of diseases in human beings. So we can put it under tuberculosis, for instance, either prevention of tuberculosis, or in the tuberculosis program as well. In other words, you should leave that to the experts of the Executive Committee who have done a thorough job trying to allocate these particular components to the most appropriate lines of the new classification structure. However, they have come up likewise with some items which have no place in the WHO Classification Structure, and this is why they have decided to put them as additional lines in the classification structure, which may be compared within WHO and PAHO, but which will obviously appear separate from each other.

Let me refer to another issue: the Plan of Action for PAHO is a much more advanced and detailed mandate for the Secretariat than is the Plan of Action of WHO, which includes our Plan of Action. The WHO Classification Structure obviously contains the major activities of the Secretariat at Headquarters in Geneva. To give an example, the WHO Regional Office for Europe has a staff of about 250 people, of whom half a dozen are deployed in the countries themselves. That is the extent of the staff directly providing services to the countries. Do you know that PAHO has 400 people here at Headquarters and almost 1,300 in the field, that is, in the countries? This will make clear to you the difference with respect to our Plan of Action and the kind of activities we are involved in. They are reflected in the Plan of Action, and obviously you have to take into account the activities which are conducted in the countries themselves if you really want to plan ahead and allocate the money the country programs require in order to receive the benefits of technical cooperation. In other words, I think that the job done by the members of the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming has been extraordinarily efficient and detailed. Furthermore, the Executive Committee itself, in toto, went through this lengthy and difficult process with criteria which were not only technical and professional but administrative as well.

Obviously, this Conference is the sovereign power to change those particular lines in the proposed classification structure, and you can very well tell us what we should do. My feeling is that whatever we do at this particular moment, we will find ourselves, within a year or two, with the same needs. How do we then compare what we spent in this particular area of disaster preparedness with what we spent some four years ago, for instance? If we do not have that particular line of activity, it is impossible to compare what we have done in the past. This is precisely the greatest difficulty between the classification structure of PAHO and the Ten-Year Health Plan; that is why this Governing Body has decided to try to bring these two classifications together into a single classification structure, with this particular provision: if you have programs that WHO does not have, then obviously you have to have a line for them; and if there are program activities that are conducted by Headquarters in Geneva only, and not in the field, then we do not see the need to have those particular program lines. However, we include them because it is the same classification structure. In other words, I truly believe that what has been done by many experts in this particular area, from the point of view of both

the Governments and PAHO staff, is the best that can be done. I think that any change you might introduce could provoke an element of havoc in this particular activity.

I frankly believe that we do not have a perfect structure. I do not think WHO has it and I do not think PAHO has it. As to the criteria that may be included, perhaps the most important should be one that would provide the Governing Bodies of PAHO and each of the Member Governments the opportunity to compare what has been spent in the past in these particular program areas and what should be spent in the future. Now, if politicians and those at the decision-making level are the ones who should use these criteria, then the criteria should be less administrative, technical, and professional, and perhaps more political. As a matter of fact, it has been suggested that instead of having 10 or 15 items, we should have only two or three. For reasons of comparison, I think it would be a great deal easier to tell a Minister that we spent so much at the Headquarters, so much in the field, in the area offices, in the centers; but then again, you may tell us you want to know how much we spent on tuberculosis, how much we spent on this, or how much we should spend on that. I think this is a perfect example of something simple which is becoming more complex and will undoubtedly become even more so. Perhaps Mr. Muldoon can answer some of the more specific questions that were raised.

Mr. MULDOON (Chief of Administration): Mr. President, the Director has covered the points that were raised, but I might just add a little by saying that perhaps the Secretariat is looking at the proposed classification structure from a different point of view than is the Delegate of the United States of America, since we feel it is virtually the same as the WHO classification structure. As he mentioned at one stage, a few years ago the classification structure of PAHO was completely different from that of WHO, and we think it is now--I do not know the exact percentage, perhaps 90-95 per cent--the same as WHO's structure. As the Director mentioned, a few changes have been made in the WHO classification to accommodate the special needs of this Region. These changes reflect the results of the review that was made by the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming--the special committee of the Executive Committee--which met in Washington prior to the Executive Committee Meeting.

I will not go through all the individual changes mentioned by the Delegate of the United States of America, but I would like to say that, at the appropriation level of the classification system, when this Body meets next year to review the budget--because, as you know, you are not reviewing the budget this year to approve it, you are reviewing the criteria--when you review the budget next year, you will see all of the detail that was requested by the Delegate of Canada. It will all be in the budget. You will be looking at the appropriation levels next year (as we call them in budget terminology) and they will be exactly the same as in the WHO budget. There is no difference between the appropriation levels in the new Program and Budget classification that we will have in PAHO and those in the WHO program and budget. To those of you who go to Geneva and review the budget at the World Health Assembly, you will have, in our view anyway, a very easy time comparing what has been done in this Region and what is being done in WHO overall.

There are five appropriations in the new WHO/PAHO classification structure and, as I mentioned, PAHO and WHO will be exactly the same. As the Delegate of the United States of America mentioned, there are some modifications under the appropriations. One example that Mr. Boyer mentioned: PAHO added categories 4.1, 11.0, and 13.0 because its organizational structure is different from that of WHO Headquarters. We wanted to provide PAHO Governing Bodies with information as to which funds at Division level in the PAHO Headquarters were allocated for program planning, and thus categories were added so that the planning and utilization of those funds could be reviewed and monitored. Another example is Public Information and Education for Health organizationally, Public Information in the WHO budget is combined with Community Health Education. In this particular Region, Community Health Education is a program activity of the Division of Comprehensive Health Services, and Public Information is carried out in a separate office. So in order

to manage the funds and programs properly in this Region, we split this category which in the WHO classification item number 6 is called Public Information and Education for Health. But when Geneva gets information from this Region, it will be put back together, so that it will be a one-line item in the WHO budget.

As Dr. Acuña mentioned, many people have spent many hours, days, and weeks agonizing over the proposal classification structure. It is not a perfect structure, certainly not. I think it is your decision whether we follow it or not. I would expect that we would continue to want to do some fine tuning of the structure as we get into the implementation of the Plan of Action. One of the guidelines that the Executive Committee gave the Secretariat was to take into consideration the Regional Plan of Action in developing the structure. In the Plan of Action there is a different categorization of programs than the one you see in this document, and so we will have to present to you, we believe, some kind of a matrix, or crosswalk, next year, which will also show how funds are distributed according to the Plan of Action. These points, then, will be taken into very careful consideration as we develop the next program and budget according to the criteria that you decide should be followed.

If I might just go back very briefly to a couple of points that the Delegate of Canada mentioned. We appreciate his comments very much. As far as the detail that you wish to have showing a comparison of previous years with the 1984-1985 budget, Mr. Careau is absolutely correct that all of this detail is not shown in the tables in Annex D to Document CSP21/24. The reason is that this is a year in which the criteria are being reviewed and approved, but the 1984-1985 budget will be reviewed and approved next year. So, you will review all of the details next year, reflecting the budget submissions we are just now receiving from our Country, Area, and Headquarters Offices. The program and budget for 1984-1985 will be prepared during the coming months and, of course, presented to the Executive Committee next June and to the Directing Council next September/October. The next budget will include the comparative information that we have provided to the Governing Bodies in the past, according to the new classification structure, of course.

So, we anticipate that we will be able to accommodate any kind of analysis you require. If there is some particular kind of analysis you feel is important--you mentioned a couple--we will be pleased to provide it. Obviously we do not want to overburden you with too much detail. Mr. President, that concludes the response to the questions, but if any further clarifications is needed, I will be most happy to make additional comments.

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): Yo quisiera dar algunos antecedentes que permitirán clarificar más lo que aquí se está discutiendo sobre la clasificación. Quisiera señalar que el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo discutió este tema en extenso. Los componentes del Subcomité fueron México, Chile, Uruguay y Panamá, y como observadores estuvieron Canadá y los Estados Unidos de América. Naturalmente es imposible tener una clasificación exactamente igual a la de la OMS: como dijo el Sr. Muldoon, yo creo que es prácticamente una aproximación de cerca del 97%, que considero extraordinariamente buena; sin embargo, puede perfeccionarse aún más y, por lo que capté en la participación de esta discusión, tanto en el Subcomité como en el Comité Ejecutivo, pueden hacerse esfuerzos. Para hacer un presupuesto para el bienio nosotros tenemos que aprobar ciertas reglas que podremos modificar de acuerdo con la experiencia, pero no podemos dejarlo abierto, porque podría venir una clasificación de última hora que nadie conoce porque la resolución no aprobó nada, sino que dijo que se hiciera el esfuerzo de asimilarse lo más posible a la clasificación del Séptimo Programa. Yo creo que el punto planteado por el Sr. Boyer es importante en el sentido de que debemos tratar de llegar al 100% de ajustes, si esto fuera posible. La sensación, y creo que interpreto bien al Comité Ejecutivo, es aprobar y probablemente agregar alguna frase en el sentido de que, conforme se adquiriera experiencia, se vayan haciendo las aproximaciones que sean necesarias. Digamos que podría modificarse para aproximarse más a la clasificación de la OMS, pero

esto solamente lo va a poder dar la experiencia. Otro punto largamente discutido es que la estructura y la clasificación del presupuesto tienen que adaptarse a los objetivos y a lo que está establecido en el Plan de Acción para poder evaluar y hacer la monitoría correspondiente de este Plan. Como dijo muy bien el Dr. Acuña, nuestra Región es diferente en muchos aspectos de las otras cinco regiones de la Organización y por lo tanto creo que podríamos adoptar una medida lógica.

También, como señaló el Sr. Boyer en el sentido de aprobar esta resolución, no deben cerrarse las puertas sino seguir progresando para llegar a una mayor coincidencia de acuerdo con la experiencia. Recuerden ustedes que nosotros no estamos aprobando aquí el presupuesto ni las cifras; eso corresponde a los Cuerpos Directivos en 1983. Yo creo que la modificación podría hacerse en términos de un acuerdo. Quiero insistir en que tanto el Delegado de los Estados Unidos de América como el de Canadá han apoyado la sugerencia hecha por el Comité Ejecutivo de ver estas dos resoluciones juntas una vez que los proyectos estén sometidos en forma definitiva a la aprobación del plenario, porque evidentemente el punto es coincidente y podría ocurrir que, si no somos muy cuidadosos, pudiera resultar contradictorio en su interpretación en algunos detalles. Es muy recomendable que nosotros lleguemos aquí a un proyecto de resolución en función de la discusión, pero que no vayamos a aprobarla sin haber leído en forma seguida estas resoluciones, a fin de poder realmente hacer un solo contexto ya que están íntimamente relacionadas. Así lo hicimos en el Subcomité, es decir, las discutimos una tras otra, y otro tanto ocurrió en el Comité, precisamente por las mismas razones que yo estoy exponiendo.

Mr. BOYER (United States of America): Mr. President, I appreciate the comments by Dr. Acuña, Mr. Muldoon, and Dr. Borgoglio, and I recognize that no classification system is going to be perfect to fit every organization. I am not necessarily defending the WHO classification system, but the discussion I heard this morning raises what seems to me a broader question: I am puzzled as to how we got into this problem in the first place. It was almost suggested in the comments that WHO is a dictatorship and that WHO has decided "this is the classification system and you shall obey" and that PAHO is now struggling with the question of how to deal with the WHO classification system. I have heard Dr. Mahler on many occasions say to Member Countries "this is your Organization and we will do what you want to do," and we all know, I think, that WHO is the most decentralized of the international organizations. There is more authority in the regional committees than in FAO or UNESCO or many other organizations. Now, it seems to me that we in PAHO could have recognized that we do rehabilitation and WHO does not, or that we do disaster preparedness and WHO does not, or that we separate public information from health education. And this is not new; we have been doing these things slightly differently from WHO for a long time. My understanding is that the new classification system and the Seventh General Program of Work were being developed for at least three years before they were agreed upon by the World Health Assembly in May.

If PAHO was aware of these differences and that the new classification system being developed by WHO did not accommodate PAHO activities, why did PAHO not do something about this? It seems to me there are three levels: one is the Secretariat level; I believe there must be continuing communication between the Secretariat at the Director level, at the administrative level, at the budgetary level, and at the program level where these divergencies could have been sorted out. Second, there is the level of the Executive Board; I think Dr. Acuña said very effectively at yesterday's meeting of the Heads of Delegations that the Members of the WHO Executive Board who come from this Region ought to represent this Region. They are not there simply representing themselves. But it seems to me that if there is a problem of the classification system being developed in WHO which does not meet PAHO's needs, there is an opportunity for the PAHO members represented on the Executive Board to express that. And third, there is the World Health Assembly itself where, if there is a problem, if the members from this Region recognized that the new classification system did not fit our Region, the members were free to express their views.

I do not know what the Secretariat has done vis-à-vis WHO in discussing their system, but it seems to me that if they had problems they could have come to those of us in my country and other countries who have been on the WHO Executive Board and have us raise those problems in the discussion of the classification system; and we as individual members of the World Health Assembly, could have raised these problems. But I think the fact is, Mr. President, that the new classification system was adopted unanimously by the World Health Assembly and no member from this Region objected to the new system. Now, frankly, it seems to me a little late for PAHO to be introducing new problems and saying that the system does not fit our programs. We should have been introducing those issues earlier. Some of the arguments presented by Mr. Muldoon and Dr. Acuña seem to be reasonable, but maybe the PAHO system needs to account for things that we do differently. Actually, it seems to me it is the WHO Classification System that should have been adjusted to meet the needs of each of the six regions. So I return to the comment I made earlier, that I hope this resolution can be made flexible so that we can match the WHO Classification System as closely as possible. I would simply note that I am puzzled as to how we got here in the first place, because it seems to me that the WHO system should have been designed originally to accommodate the needs of all of us.

The PRESIDENT: Mr. Boyer, are you presenting a motion to amend this resolution? If you are, would you put it in writing?

Mr. BOYER (United States of America): I will put it in writing during the coffee break.

Dr. BROUELLE (France): Nous voudrions nous borner à commenter la partie concernant les critères et les lignes directrices du budget et des programmes pour l'Organisation panaméricaine de la Santé. Nous ne sommes pas très favorables à ce que l'on fonde les deux résolutions, car elles ont des objets complètement différents. Pour l'une, il s'agit de critères et de guide et aucun montant n'est envisagé puisqu'il le sera en 1983; pour l'autre, par contre, il est envisagé un budget d'un certain montant qui, même s'il n'est que provisoire et non définitif, est tout de même de nature complètement différente. Pour la première partie nous voudrions indiquer que nous sommes très favorables aux propositions du Comité exécutif tendant à une augmentation jusqu'à 35% du budget réservé aux programmes par pays et, en ce qui concerne la classification, elle nous paraît constituer un réel progrès; elle harmonise nettement mieux les programmes dans le secteur OMS et OPS et permet d'établir beaucoup de comparaisons. Certainement elle n'est pas complète, comme l'a signalé le délégué des Etats-Unis. Il y a des divergences que l'on doit s'attacher à combler; certaines d'entre elles n'ont pas tellement d'importance parce que, quand il s'agit par exemple de sous-chapitres à un chapitre, il est facile de les regrouper pour établir les comparaisons souhaitables entre la classification de l'OMS et celle de l'OPS. Pour d'autres, il est normal qu'on introduise certaines mentions. Par exemple, quand on parle de la fièvre aphteuse, ce problème n'est pas retenu dans les classifications de l'OMS, alors que nous l'envisageons dans le cadre de l'OPS. Il faut donc qu'il y ait encore des divergences; mais ce que je crois c'est que l'on doit considérer que c'est un réel progrès mais que ce n'est pas définitif et qu'en effet dans la résolution, on pourrait marquer qu'il peut y avoir d'autres états et que les efforts doivent être poursuivis de façon à rendre la résolution plus souple.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): Mr. President, I am not given to budget-making. As a member of the Assembly I usually feel weak in this area, because we are never fully informed of all the expert positions which manifest themselves in the budget. I listened, and I must state with great appreciation and interest, to the Director's speech. It was a good speech dealing with the theory of budget-making, dealing also with the area in which sovereignty lies with respect to the budget. I do appreciate that we are the people invested with the power to approve the budget. But it is sometimes very frightening. We are not very clear on what we have to do, and in the final analysis we

have to rely upon our advisers. We pay them well and we must content ourselves with saying that we get the advice we deserve. Now, there is very little I can do. One attempts to understand, one reads and tries to grasp what has taken place. I find it very difficult, and the most that one can attain here in such a Conference is to make slight diversions only. One cannot turn things around; it is extremely difficult. For instance, in your great game of football in this country, I notice that when powerful football players are moving with great force and speed, with a little touch one can divert them from their course; this is as much as one can hope to do here this morning.

Having said that, I wish to explain that I certainly agree with and support the concern of the distinguished Delegate of Canada and the expression of generosity and magnanimity toward certain Member Countries which are not so well advantaged with respect to resources. He proposes to place before us an amendment to the resolution. That amendment will find my support. It merely states that some special attention (or more attention) in the allocation of resources should go to those Member Countries that are in greatest need. This is something which I think is very, very clear to me, something which is urgent and a measure which can have my fullest support.

While I appreciate all the remarks of the Delegate of the United States of America (I do appreciate his concern and I probably share it), this particular aspect of our business here attracts me considerably, and I must, under the circumstances, give the fullest support to the Delegate of Canada for the amendment he has put before us, which I think is an urgent matter and one which does not turn things around or create any disturbance. It simply gives a little push and direction, and stresses that a certain amount of concern, attention, and emphasis should be directed to the needs of those countries which are more or less disadvantaged. I would certainly support his amendment.

The session was suspended at 10:40 a.m. and resumed at 11:00 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:40 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

El PRESIDENTE: Se les acaba de repartir el primer informe de la Comisión A el cual vamos a poner en consideración de la plenaria en la sesión de esta tarde. Antes de dar inicio otra vez al tema 29, que estaba en el orden del día, quisiera hacer observar que en la resolución que aprobamos ayer por la tarde sobre la Capitalización del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización, en la parte resolutive se agradecían a los Gobiernos de Belice, Cuba, Dominica, Islas Caimán, México y Panamá los donativos hechos al Fondo, así como a las personas y al grupo que habían hecho donativos particulares. Por error se excluyeron de dicha resolución varios países que habían hecho donativos al Fondo. Con la venia de la sala vamos a modificar la resolución aprobada ayer para también incluir a los países y a los Gobiernos de Bahamas, Barbados, Chile y Reino de los Países Bajos. Si no hay objeción, voy a darla por aprobada. Seguimos entonces con el tema que nos ocupaba sobre la clasificación y descripción de los programas del presupuesto de la Organización.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Eu creio que nós estamos tratando hoje, nesta Conferência, do aspecto nuclear de todas as organizações internacionais no que se refere ao seu orçamento. Naturalmente, através de proposta orçamentária tem-se ao mesmo tempo uma visão conceitual e operativa das organizações; a esse propósito Senhor Presidente, eu farei observações poucas e de caráter muito geral por que achamos que estamos num momento especial e que requer de minha parte pelo menos observações realmente gerais e conceituais. Logo em seguida farei referência a uma proposta de emenda do texto da resolução formulada pelo meu colega do Canadá.

Sobre o primeiro ponto, a proposta orçamentária, eu teria a dizer o seguinte: ao se examinarem nesta Conferência os primeiros subsídios, a elaboração do Programa e Orçamento da OPAS para o biênio 1984-1985, a ser objeto de exame por parte da próxima reunião

do Conselho Executivo, a Delegação brasileira considera oportuno acentuar a necessidade de que se procedam a esses trabalhos tendo presentes as difíceis circunstâncias econômico-financeiras que vive a maioria dos Estados Membros desta Organização e que dificultam o comprometimento antecipado de certos países em termos de elevação de suas contribuições para o orçamento da Organização. Dentro desse espírito, e não obstante as necessidades crescentes de ampliação das atividades da OPAS, essa realidade econômico-financeira que vivemos torna indispensável que qualquer incremento no nível orçamentário da Organização leve em conta a capacidade financeira dos Estados Membros de honrarem os compromissos que venham a assumir.

Com referência à proposta de alteração, formulada pela Delegação do Canadá, ao item C do parágrafo resolutivo 2, do Doc. CSP21/24, proposta pela Delegação do Canadá, a Delegação brasileira considera pouco oportuna a inclusão, de forma tão explícita, no texto daquela resolução, de um conceito que na prática pouco contribui, seja em termos conceituais, seja em termos operativos, para uma adequada ou para uma melhor alocação dos recursos disponíveis na Organização. Ademais, a essência da idéia canadense de que se faça uma distribuição dos recursos da Organização entre os governos de uma forma mais equitativa já pareceria à Delegação brasileira devidamente consignada no texto que nos traz a Secretária. Eu acho que, com o devido respeito que merece a Delegação canadense, e de forma especial, o Embaixador de Trinidad e Tobago, que apoiou a proposta do Canadá, eu tenho a impressão de que esta modificação de texto pode criar problemas e eu preferiria e faria um apelo à Delegação canadense e à Delegação de Trinidad e Tobago que nós deixássemos o texto como está, justamente por já consignar a essência da idéia. Eu acho que a proposta canadense muda apenas o grau, e ao mudar este grau, cria problemas. Eu pediria pois, que a Presidência consultasse a Delegação do Canadá se estaria disposta a deixar o texto como está. Na hipótese de isso não ser possível, e de haver consenso da sala em relação à proposta canadense, a minha Delegação não se oporá a que se forme o consenso, mas deixaria uma reserva expressa em relação a este ponto, com vistas a que em outras oportunidades ou em outros foros se voltasse a examinar o assunto em toda a sua extensão, em toda a sua profundidade. São esses os comentários que eu tenho a fazer nesse momento e agradeço à presidência e à sala me haverem ouvido.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Señor Presidente, estamos plenamente conscientes de que un presupuesto, sobre todo un presupuesto por programas como el que rige la Organización, es el nervio motor y el elemento fundamental para que la Organización pueda realizar sus acciones y lograr los objetivos que persigue. Por eso tenemos que ser muy cuidadosos en la elaboración del mismo, fundamentalmente en lo que constituye la apertura programática de asignación de los recursos que se otorguen a los distintos programas establecidos. En principio no tenemos ningún inconveniente en aprobar la apertura programática tal cual está establecida, ya que es de una elasticidad tal que posibilita su inserción en cada uno de los programas de las distintas acciones que debe desarrollar la OPS, es decir, permite una elasticidad de movimientos a la Dirección en lo que se refiere a la asignación de los recursos. Pero lo que sí nos preocupa, Señor Presidente, es que estamos estableciendo el día de hoy determinadas pautas que pueden limitar a la nueva Dirección que acabamos de elegir el día de ayer. En las acciones que pueda realizar la OPS y fundamentalmente, en lo que se refiere a reestructuras y a reorganizaciones que puedan llevarse a cabo, tendríamos que apoyar una resolución muy amplia para que el Director electo, en la próxima reunión del Comité Ejecutivo, y si es posible de manera previa, pudiera hacer llegar a los países algunas ideas de qué es lo que piensa en relación con la nueva estructura de la Organización y de los programas que han de desarrollarse, a efecto de que la elaboración del presupuesto sea un fiel reflejo de una nueva política, si es que se entiende que debe ponerse en práctica una nueva política en la OPS. Personalmente, hemos observado algunas cosas que no compartimos en cuanto a la asignación de recursos por parte de la Organización y las haremos conocer en su momento oportuno a la Dirección. Por eso entendemos, Señor Presidente, que sería conveniente que la resolución que aprobáramos hoy sea, en principio, la que está proyectada, con algunas pequeñas modificaciones que no atentan, en esta etapa, con una resolución de la Conferencia a la nueva Dirección, a los efectos de la estructura o de la presentación del proyecto del nuevo presupuesto al Comité Ejecutivo.

En ese sentido, Señor Presidente, diríamos que no se indique ningún tipo de porcentajes, ni de pautas concretas en la resolución que pudieran limitar las medidas que propusiera la Dirección.

M. CAREAU (Canada): Mon ami et voisin de gauche, le distingué collègue du Brésil m'a presque invité à commenter la suggestion, que nous avons faite de modifier l'alinéa C du deuxième paragraphe du projet de résolution qui est à l'étude. Evidemment, j'aimerais dire qu'effectivement, si nous avons proposé ce changement, c'est à la suite de consultations que nous avons eues avec quelques autres pays amis et je me sentirais tout à fait incommode de devoir changer ou abandonner cette idée sans d'abord consulter mes amis dont, en fin de compte, je me suis fait un peu le porte-parole. Alors, avant de répondre de façon plus explicite à mon collègue du Brésil, j'inviterai, par votre intermédiaire, M. le Président, les pays ou ceux qui, en fait, pourront être concernés, à faire connaître leurs opinions et par la suite, je serai en mesure de dire si oui ou non je crois que nous devrions maintenir ce changement ou cette proposition de changement.

Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo): Como Representante del Comité Ejecutivo yo quisiera hacer una aclaración. Los Cuerpos Directivos de la Organización son los que fijan la política que sigue la Organización, y los Gobiernos manifiestan a través del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo o de la Conferencia cuáles son estas políticas, inclusive si es necesario con algunos porcentajes mínimos. Por lo tanto, el Director es el instrumento por el cual esta Organización se dirige pero de ninguna manera es el elemento clave en la decisión sobre la política. Esto es importante aclararlo. El Director, naturalmente, puede proponernos políticas y cambios, pero son los Cuerpos Directivos los que tienen que tomar estas resoluciones y creo que al asignar el 35%, que es el único porcentaje que existe en la resolución, se ha hecho sentir la opinión inmensamente mayoritaria de los Gobiernos Miembros. Muchas gracias.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Muchas gracias por la aclaración, pero creo que lo que usted ha expresado lo entendemos plenamente todos y cada uno de nosotros. Estamos conscientes de que los países que integramos la Conferencia somos los que mandamos y los que fijamos las políticas y las pautas, y que el Director simplemente es el brazo ejecutor de esas políticas y de esas pautas. La proposición que hacíamos era porque en el proyecto de resolución no solamente se establece en la parte resolutive un porcentaje, sino porque en la parte preambular se establece que debe tomarse en cuenta y se expresan claramente las asignaciones presupuestarias provisionales del presupuesto ordinario, de acuerdo con el nuevo sistema de clasificación de programas y con la ubicación presupuestaria de estos (Anexo D). Ahí están establecidos porcentajes para cada uno de los programas y de los subprogramas del proyecto de presupuesto. Es evidente que en la parte resolutive solo se menciona el 35%, pero la parte preambular o explicativa del proyecto de resolución se refiere a un Anexo donde está la apertura total de las asignaciones porcentuales por cada uno de los programas y subprogramas. Yo sé que el Director electo, así como el Director actual, son solamente un brazo ejecutor, pero creo que por el conocimiento que tienen de los programas y de las necesidades de cada uno de los países y por tener una visión amplia y general de lo que es la Organización también pueden hacernos propuestas que luego analizaremos y cambiaremos nosotros cuando entendamos que es necesario. Considero que no podemos atar de tal forma a quien debe formular un presupuesto con porcentajes fijos, sino darle pautas de carácter general. Podemos decir, sí, que entendemos que deben asignarse más recursos a los programas de los países, pero no establecer porcentajes. Podemos decir, como se explica perfectamente en el Anexo D, cuáles son los programas o las aperturas que entendemos que deben realizarse, pero no tenemos por qué establecer porcentajes. Cuando se presente la propuesta la analizaremos y si consideramos que es correcta la aprobaremos, y si hay que hacer modificaciones las propondremos y trataremos de que se lleven a cabo. Por lo tanto, no creo que lo que manifestó el Señor Representante del Comité Ejecutivo esté en contradicción con lo que dije.

Dr. ACUÑA (Director): Creo que efectivamente hay una confusión, señor Ministro del Uruguay. En el porcentaje asignado a los países es el Gobierno mismo el que decide en qué forma debe ser distribuido ese porcentaje y cuáles son las áreas prioritarias de ese país.

Lo que los Cuerpos Directivos le indican al Director con respecto a los otros porcentajes es cuáles son los fondos destinados a la puesta en marcha de otras actividades que no se llevan a cabo con fondos asignados a los países mismos. Por lo tanto, de ninguna manera podemos imponer a un país que precisamente gaste en estos, aunque las recomendaciones de las resoluciones también dicen claramente que cada país debe hacer esfuerzos para que sus gastos o sus programas revelen además los esfuerzos de cooperación técnica y las prioridades de la OPS en general. Esa es una mera recomendación. Tanto el Director General como el Director Regional hemos mencionado que los países deben hacer esfuerzos para utilizar la cooperación técnica de la OPS de tal manera que se reflejen las prioridades de la misma Organización en las actividades del país, pero independientemente de la libertad que tienen los Gobiernos de decidir los campos prioritarios de su propio país y la cooperación que la OPS deba dar en esas áreas.

El PRESIDENTE: Tengo entendido entonces que está pendiente la modificación propuesta en el inciso c) del párrafo 2 de la parte resolutive de la Resolución XVII y también estoy informado de que hay una modificación al párrafo 1 que van a proponer los Estados Unidos de América y Panamá. En vista de que la Secretaría todavía está confeccionando los documentos pertinentes y las traducciones que se requieren, vamos a dejar este tema pendiente y proceder a considerar la Resolución XXII, del Documento CSP21/24, Anexo F, que trata de las proyecciones presupuestarias provisionales y vamos a pedirle al Dr. Borgoño que lea el proyecto de resolución recomendado por el Comité Ejecutivo.

Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo): Con respecto a la resolución de que el Señor Presidente ha hecho mención, en representación del Comité Ejecutivo, consideramos indispensable explicar algunas cosas. El Dr. Mahler, si yo he entendido bien el proceso, ha hecho una asignación provisional de US\$50,834,000 para el proyecto de presupuesto de la OMS que va a ser examinado y aprobado por el Consejo Ejecutivo en enero de 1983, y se sometió a discusión en el Comité Ejecutivo la aprobación de esa cifra. Al entrar en plena discusión del tema señalamos que solamente podíamos tomar nota de la cantidad porque no era una cantidad oficial aprobada; por lo tanto, no podemos aprobar lo que no está aprobado y además tendría el inconveniente de que los Representantes que la OPS tiene en el Consejo Ejecutivo irían un poco con las manos amarradas en el momento en que se discutiera el presupuesto, porque habría una resolución previa a esa reunión en que nosotros aprobábamos esa cantidad. Por eso la resolución está redactada como la ven ustedes. Decimos que tomamos nota y haremos todos los esfuerzos posibles para que el presupuesto de la OMS contemple para la Región algo equitativo en relación con las otras regiones, pero esa cantidad podría ser mayor que la que está asignada y que nosotros pudiéramos obtener por las buenas razones que oportunamente daremos. Quería dar esta explicación sobre la redacción del punto resolutive de esta resolución.

El RELATOR: El documento a que se refiere el Dr. Borgoño es el proyecto de resolución contenido en la Resolución XXII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, que aparece en el Documento CSP21/24, Anexo F. Dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Resolution XVII of the 88th Meeting of the Executive Committee and the tentative allocation of US\$50,834,000 from the World Health Organization for the Region of the Americas for the biennium 1984-1985; and

Noting the recommendations made by the 88th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

To take note of the US\$50,834,000 tentatively allocated to the Region of the Americas by the Director-General of WHO to contribute to the support of the PAHO/WHO regular provisional program, whose tentative distribution has been considered.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la Resolución XVII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo y la asignación provisional de US\$50.834.000 de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas en el bienio 1984-1985, y

Vistas las recomendaciones formuladas por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Tomar nota de la asignación provisional de US\$50.834.000 a la Región de las Américas hecha por el Director General de la OMS para aportar apoyo al programa provisional ordinario OPS/OMS, cuya distribución provisional se ha examinado.

Mr. BOYER (United States of America): We see, Mr. President, that, as was indicated by Dr. Borgoño, WHO has given a figure, I think you would call it a planning figure, to PAHO and to each of the other five Regional Committees so that they might develop their regional budgets; each of the Regional Committees meeting in September is now considering these figures. The figure given to PAHO was US\$50.8 million and, although the document does not reflect this, the comparable figure for the current biennium, for 1982-1983, is US\$44 million, so what we have is an increase in the contribution from WHO to PAHO of US\$6.8 million, or an increase of 15.5 per cent.

I think that Delegates who were present at the World Health Assembly in 1981 and at the XXVIII Directing Council Meeting last year will recall the great concern about growth in the budgets of United Nations organizations (including PAHO) expressed by my Delegation, and I would simply like to note that the concern continues. What we are looking at now is an opportunity for us to provide WHO our judgement on the budget. WHO will put together recommendations from each Regional Committee and produce one big budget. My understanding is that at the end of October the new WHO budget will be produced and distributed to all Member Countries, the Executive Board of WHO will discuss it in January, and next May the World Health Assembly will approve the 1984-1985 budget. Now we look at the content of the suggestion for a planning figure for PAHO and we see a 15.5 per cent increase. My Delegation requested from WHO and received the comparable planning figures given to the other Regional Committees and added them up. What we discovered is that altogether there is a 15.3 per cent increase in the WHO budget. We have not seen the complete WHO budget and what they are talking about, but, frankly, Mr. President, when my Delegation a year ago was expressing concern about the growth of the budget and we were urging zero program growth and absorption of inflationary costs, in looking at a budget that would be acceptable to us, we were not thinking about a budget that was as large as a 15 per cent increase. Now we do not know what WHO will eventually propose, but they are going to develop a budget by the end of this month. It will be referred to all Member Countries by the end of the year, and we will see just how much growth is included.

Frankly, Mr. President, if the World Health Assembly is presented with a budget next May with a 15 per cent growth in it, it is likely that my Delegation would not be able to vote in favor of it for a number of reasons. I think that the Delegation from Brazil spoke this morning about the economic difficulties that many countries are facing. It is not just the United States of America; many countries in this Region are known to be having financial difficulties. Paying current assessments is difficult for many countries; paying increased assessments is going to be even more difficult. I think we in PAHO need to recognize that the money we receive from WHO is not free. In fact, that money comes from our own assessments paid to WHO. If we ask for more than the US\$50 million that they have offered, we are asking for an increase in our own assessments. I think we really cannot accept that. It is not my intention to vote against the resolution that has been presented to us, since it is not really a decision-making resolution but simply a recommendation to WHO; but I would simply like to note that, if the ultimate WHO

budget has an increase that is that large (15.5 per cent), my Delegation would not only be voting against it, but I think we would be talking with all of you and urging that we get together before the World Health Assembly next year and adjust that budget so that it is something that could be acceptable to all of us.

While we are talking about the budget, just a quick note about what we will face next year in the Directing Council, which is the adoption of the PAHO Regular Budget for the same period, 1984-1985. We do not know what kind of increase we are going to expect. Dr. Acuña told us at the Executive Committee Meeting in June that he will be leaving this to the new Director, and this is going to be one of the most difficult decisions that the new Director will face: how big a budget should he be proposing to PAHO. In his first year, in fact in the first months of his new administration, he will face this difficult problem.

In Official Document 169, the tentative budget developed two years ago for 1984-1985 showed a PAHO budget increase of 18.1 per cent. I must say, that is also going to be too high for the United States of America. We recognize that there is tremendous inflation in this Region, and we recognize, as Dr. Acuña said, that the Organization has been very conservative in its approach to budgetary development; I appreciate what Dr. Acuña said earlier, that what we need to be doing in the PAHO Regular Budget is focusing on those items of highest priority and then looking for extrabudgetary money for those other things that cannot be funded under the regular budget. I would simply now like to express the hope that the budget that is developed for PAHO for 1984-1985 by the new Director take account of all the financial problems and the views of the Member Governments, so that when it is presented next year, it is something that we will all be able to accept.

Dr. BROUELLE (France): Pour nous aussi, il y a malheureusement souvent des discordances entre les besoins auxquels doivent répondre les programmes et les disponibilités financières pour y répondre, entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible, surtout pendant cette période très difficile de crise économique. Cette situation impose des choix que l'on ne fait pas de gaieté de coeur, étant donné l'intérêt que nous portons à la promotion de la santé. Tenant compte de ces difficultés et considérant l'augmentation qui est envisagée pour le biennium et qui correspond pour le budget régulier de l'OMS, comme l'a dit le délégué des Etats-Unis, à environ 15%, nous souhaiterions qu'une étude puisse être faite pour aboutir à une sélection qui permette un allègement de cette somme. Nous souhaitons--parallèlement d'ailleurs--que pour le budget de l'OPS il en soit fait de même, afin d'aboutir à des chiffres plus compatibles avec les impératifs et les contraintes des pays.

Dr. ACUÑA (Director): Muy brevemente, señor Presidente, para contestar a la Dra. Broyelle. El estudio que nos pide tendría que solicitarse a la OMS. Yo le puedo decir que, como lo ha dicho ya el Sr. Boyer, esta cifra sería alrededor del 10% del presupuesto de la OMS; no veo en qué forma podemos nosotros pedirle a la OMS ese estudio; creo que más bien compete a los Gobiernos solicitarlo directamente a la OMS, y en todo caso participar en el Comité del Programa que se reunirá en octubre de 1982 y después en el Consejo Ejecutivo para considerar estas asignaciones en la forma que ustedes estimen más pertinente. Personalmente creo que lo asignado a la Región de las Américas debe ser incrementado en porcentaje pero eso es una opinión personal de un Director con ocho años de experiencia que cree que la OMS ha dado la mano más grande o la parte del pastel más grande a otras regiones en lugar de a la Región de las Américas. Por otra parte creo, como decía el Sr. Boyer, que el adoptar esta resolución no compromete al Comité Regional de la OMS que son ustedes ahora, más que a tomar nota de que esto es lo que el Director General ha asignado en forma provisional a la Región de las Américas.

El PRESIDENTE: Pongo a consideración la Resolución que aparece en el Anexo F del Documento CSP21/24. Si no hay enmienda u observación a la misma, la daré por aprobada.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Queda pendiente entonces la Resolución XVII relacionada con la preparación del programa y el presupuesto. En vista de que hay varias modificaciones que están en la Secretaría, vamos a dejar ese asunto para esta tarde a primera hora.

Quiero hacerles notar que hemos recibido y se les ha repartido el Documento CSP21/32, que es el primer informe de la Comisión A, con el proyecto de resolución sobre la Instrumentación de las Estrategias para la Salud para Todos en el Año 2000 y el proyecto de resolución sobre Estructura de la OMS en relación con sus funciones. Dichas resoluciones también serán consideradas en la sesión de esta tarde. Con la venia de ustedes, vamos a proceder a dar inicio al debate sobre el tema 26.

ITEM 26: STUDY OF THE FUNCTIONS OF THE AREA OFFICES OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
TEMA 26: ESTUDIO DE LAS FUNCIONES DE LAS OFICINAS DE AREA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): La inmensa mayoría de los miembros de la OPS, a través de los Cuerpos Directivos, ha hecho presente la necesidad de evaluar las funciones y el rendimiento de las seis Oficinas de Area. En la Resolución XII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo en 1981 se señalaron las pautas generales para este proceso, y en cumplimiento de esta resolución se preparó una metodología para la evaluación, que se distribuyó a las Areas y estas, a su vez, comenzaron los trámites para poder usarla y ponerse en contacto con los diferentes países de cada una de ellas, con el propósito de obtener en un plazo razonable la información de evaluación que permitiera hacer un diagnóstico correcto para iniciar una terapéutica adecuada frente a la situación. La recomendación de la Resolución XII de que los países en cada Area participaran en este proceso activamente a través de reuniones se ha cumplido en cuatro de las seis Areas que tiene la OPS. El Comité Ejecutivo le ha dado especial importancia, pero hay que analizar las funciones de las Areas como parte de la estructura global de la Organización y no solamente en forma aislada con objeto de llegar a un diagnóstico lo más perfecto que sea posible y, a su vez, introducir las modificaciones necesarias en la forma más racional posible, según la información que se tenga.

El Comité Ejecutivo considera que todos los elementos de juicio para tomar las primeras decisiones estarán listos para la Reunión del Comité Ejecutivo de junio de 1983, para que dicho Comité, después del análisis exhaustivo que se realice en la Reunión, haga las proposiciones correspondientes al Consejo Directivo en su reunión de septiembre de 1983 con el fin de que se apruebe una resolución definitiva sobre el problema. Quisiéramos hacer hincapié en que esta evaluación tiene que basarse en el contexto de las estrategias de salud para todos en el año 2000, en el Plan de Acción y en el contexto global de toda la estructura de la OPS. Lo que estamos haciendo en este momento es más bien un informe del progreso en este sentido y señalando algunos campos de acción, porque no podemos seguir postergando este diagnóstico que consideramos de extraordinaria importancia.

Dr. VALLADARES (Venezuela): Uno de los problemas que se ha venido planteando desde hace años y en el cual los antecedentes tienen mucha importancia es el de las Oficinas de Area. Yo no puedo hablar en representación del país que fuera sede del Area I, una área que en una época fue muy efectiva y muy eficiente, al frente de la cual estuvieron personas como los Dres. José Luis García Gutiérrez, Alfred Gerald y Alejandro Sotelo. Esa Area prácticamente no existe más que en los documentos de la OPS. Al hablar de esta desaparición del Area I, queremos una vez más reiterar nuestra posición en relación con el desarrollo de la Oficina de Coordinación del Caribe. Siempre que la Delegación de Venezuela ha intervenido en los Cuerpos Directivos de la OPS en los últimos cuatro años, hemos manifestado que consideramos sumamente útil la Oficina de Coordinación del Caribe y que, por lo tanto, encontramos totalmente justificado el desarrollo que se le ha dado. Sin embargo, lamentamos que en nuestro caso no se tomara una decisión sobre la Oficina del Area I en Caracas y que se nos haya forzado a desaparecer casi por inanición.

Establecidos estos hechos circunstanciales, queremos referirnos en términos generales al funcionamiento de las Areas en la OPS. La llamada evaluación del Area I con sede en Caracas, desde luego no puede tomarse como base de ninguna decisión. Si se tomara como ejemplo la Oficina de Coordinación del Caribe y se le llamara Area tendríamos un ejemplo muy bueno de cuáles pueden ser los aspectos positivos del funcionamiento de las Oficinas de Area. Nos damos cuenta perfectamente de que hay una tendencia generalizada en esta Organización a eliminar las Oficinas de Area. Y no es cuestión de lamentarlo o no lamentarlo, sencillamente es una tendencia que se observa. Nosotros creemos que las Oficinas de Area presentan algunas ventajas en el aprovechamiento dentro de cada Area, especialmente en el caso de los recursos humanos especializados. Es de esperar que la nueva Dirección de esta Oficina Regional pueda estudiar cuidadosamente la situación y ofrecer a los Cuerpos Directivos en las próximas reuniones alguna proposición al respecto.

Queremos agregar que el desarrollo cada vez más firme de los grupos subregionales--Centro América y Panamá, el grupo del Caribe, el Pacto Andino y el Cono Sur--puede ofrecer una posibilidad para coordinar los intereses económicos, culturales y políticos de los grupos subregionales con los intereses que esos mismos países tienen en el campo de la salud, y si así llegara a darse es muy posible que Venezuela, que es miembro del Pacto Andino pasara a formar parte del Area correspondiente de la OPS. Finalmente, señor Presidente, señores Ministros y Delegados, queremos indicar de nuevo que el Gobierno de Venezuela seguirá cooperando en forma bilateral con los países del Caribe, con los de Centro América y con todos los países de la Región cada vez que consideren que nuestra cooperación puede ser de alguna utilidad.

Dr. BRANDARIZ (Panamá): En la Resolución XII, el Consejo Directivo pide al Director que primero elabore una guía metodológica para la evaluación de la efectividad de las acciones encomendadas a las Areas que comprende la OPS y luego, dentro de los límites presupuestarios aprobados por el Consejo Directivo, que en cada Area se cree un grupo de trabajo con participación de los países que la integran para realizar la evaluación, de acuerdo con las guías establecidas en la metodología para el estudio de las Oficinas de Area. Observamos que este grupo de trabajo no se ha establecido y que han sido los jefes de Area los que han llevado a cabo una autoevaluación de cada uno de los programas que se realizan en el Area. Creemos sumamente importante el que sea un grupo de trabajo formado por miembros de los países el que realice esta evaluación.

Mr. BOYER (United States of America): Mr. President, the Delegate of Panama recalls for us the interesting discussions that we had on this item in the 88th Executive Committee in June. This is a very timely topic now that we are about to have a new Director, and I think this study ought to be useful for him in making some conclusions about the future of the Area Offices. The issue of whether the total evaluation should be done entirely on the basis of self-audit by each Office was one that was discussed in June, and I think there was some question about this process raised by members of the Executive Committee. Interest was expressed that the study be as objective as possible, that it not simply be the collection of different self-audits by the different offices, but that there be some kind of overview provided so that bigger and broader questions might be asked.

I am not prejudging the answer to any questions; but the existing subdivision of countries among the Areas is one that might be worthy of change or might not, but it seems to me a question worth asking. What is the role of the Area Office between Headquarters and the Country Program Coordinator? Is it to serve as a channel for upward and downward communications on policy issues, or does it not get involved in policy issues at all? Likewise, given that we have Country Coordinators and we have Centers, do we need Area Offices? Is the study going to ask the question whether you need an Area Office at all? As I said, I am not prejudging that, but it seems to me there are some very important questions that deserve to be asked.

The Secretariat has not indicated, at least at this session, what the self-audit reports have said or what progress has been made since the Executive Committee met. I

wonder if some general conclusions of the study so far might be presented to the Conference so that we might know what direction this evaluation is taking. In particular, on the second page of the document there is a note that the special study of the Office of the Caribbean Program Coordinator was to be discussed with the Caribbean Health Ministers. I wonder if the results of those discussions might be presented so that the people attending the Conference might have some idea of the general direction in which the study is going.

Dr. GODOY (Paraguay): En relación con las Oficinas de Area quiero indicar a la asamblea que el Area VI tuvo su reunión en Buenos Aires los días 5 y 6 de septiembre.

Quizá no estemos discutiendo acá la importancia de la existencia o no de las Areas, pero tenemos las recomendaciones de esta evaluación. Es necesario reforzar técnica y administrativamente el Area y alcanzar mayor delegación de responsabilidades y que la Oficina ofrezca mayor respaldo a las actividades de los países en sus relaciones bilaterales. Esas fueron las decisiones que se tomaron en el Area VI.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Nicaragua, como país y como Miembro de este Cuerpo Directivo de la OPS hace hincapié en la necesidad de hacer una revisión a fondo del carácter operativo del Area. Me preocupa un poco la intervención que acaba de hacer el Delegado del Paraguay, porque la revisión que se está haciendo de esa Area implica incluso la existencia de la misma. Creo que es necesario un estudio más global y más profundo al respecto. Esa es la sugerencia de Nicaragua.

Dr. SOTELO (Perú): En relación con este tema, quisiera informar que en Lima, en el Area IV, hace pocas semanas hubo una reunión de funcionarios, designados para tratar el tema. Desafortunadamente no hubo representación de Colombia pero sí hubo del resto de los países que conforman el Area IV. En esta reunión se concluyó que se consideraba muy necesaria la existencia de las Areas cuando se trató la posibilidad de que estas llegaran a desaparecer en el nivel intermedio, e incluso se llegó a afirmar que sería importante el ejercicio de una supervisión sobre las representaciones de países sin que esto quisiera decir volver al sistema anterior en que los países necesariamente tenían que trabajar a través de las Oficinas de Zona para estar vinculados con la Oficina Central. Se concluyó que estas Oficinas de Area deberían tratar de hacer reuniones de carácter más técnico, para que los países pudieran programar y participar mejor en la programación de la colaboración, y que deberían robustecerse también los métodos para encontrar vías de cooperación entre los países que conformaban el Area.

Dr. BERRIOS (El Salvador): Quisiera hacer una pequeña observación que tal vez redunde en beneficio de una mejor comprensión de la importancia que tiene el funcionamiento de estas Areas y en El Salvador, uno de los puntos más importantes que estamos poniendo en práctica es una mayor información. Probablemente ahí radique, en parte, la solución de algunos problemas de todos los países que conformamos esta Organización.

Dr. ACUÑA (Director): Creo que para muestra ha sido suficiente. Ustedes ven, pues, que el funcionamiento de las Oficinas de Area es un problema muy complejo. No puede ser tan sencillo como aparentemente se ha pretendido; no lo puede ser porque los países tienen necesidades distintas. Las Oficinas de Area que en un momento se llamaron Oficinas de Zona y que tenían como objeto precisamente representar a la OPS en un grupo de países, establecidas desde hace muchísimos años, conforme a las condiciones de la época inmediatamente posterior a la guerra cuando las comunicaciones eran difíciles, obviamente tuvieron que ir evolucionando con el tiempo. Y ha llegado un momento en el cual la Oficina, por decisiones de ustedes para reducir gastos, empieza por recortar la estructura de las Oficinas de Area, para dar apoyo a las actividades de cooperación técnica. Sin embargo, en un momento determinado las Oficinas de Area llegaron a tener hasta 12 ó 15 funcionarios profesionales cada una; ahora difícilmente tienen la mitad. Un país pequeño nos pide una representación física, es decir, que haya un funcionario de la Oficina en su país. El

promedio de costo de un funcionario de categoría profesional está por encima de los US\$80,000 dólares anuales; eso es lo que le cuesta a la Oficina. ¿No es preferible, pues, servir a ese pequeño país desde un país intermedio con ese tipo de cooperación técnica y, en todo caso, utilizar esos fondos en problemas de más urgencia para el mismo país?

Estos son los dilemas, señores Ministros, que encontrarán con frecuencia y naturalmente también se encontrarán con el caso de una Oficina de Area que sirve a varios países que a su vez tienen representaciones, a veces numerosas, según el programa de la OPS. Quizá en algún momento dado alguien podría pensar que la Oficina de Area sobra cuando la comunicación es directa con la Oficina Regional. En fin, el problema es muy complejo; tan complejo que el primer paso que dio la Dirección para captar la resolución del Consejo Directivo de 1981 fue pedirle precisamente a los funcionarios que integran las Areas que explicaran lo que hacían y se evaluaran a sí mismos para poner este material a disposición de los Gobiernos y que sean los Gobiernos los que empiecen a juzgar el papel de estas Oficinas de Area. Esa no es la evaluación que les presentaremos a ustedes; estas autoevaluaciones fueron enviadas para que constituyeran el material inicial para que los grupos de trabajo pudieran evaluar algo en concreto. Si nos permite, señor Presidente, el Dr. Ochoa, Gerente de Operaciones de la Oficina, podría dar más detalles del progreso que se ha logrado.

Dr. OCHOA (Gerente de Operaciones): Según la metodología elaborada por la OSP que fue presentada a la 88a Reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1982, se consideró inicialmente la autoevaluación de las Oficinas de Area, como una primera etapa del proceso evaluativo solicitado por el Consejo Directivo y fundamentalmente se llevó a cabo para tener información acerca de la composición de los recursos que había en las Oficinas de Area, su estructura, qué acciones se desarrollaban, qué funciones y qué ámbito tenía cada una de las Areas en particular, etc. Esto se hizo, entre otras razones, porque la propia distribución geográfica de las Areas es muy diferente. Hay Areas como la V, que incluye prácticamente un solo país, que es Brasil, y hay Areas como la I, que señalaba ahora el Delegado de Venezuela, Dr. Valladares, que en este momento prácticamente está limitada a Venezuela y a las Antillas Neerlandesas. Por otro lado, hay otras Areas, como el Area IV, que incluye los países del Grupo Andino.

Esta autoevaluación que hicieron las Oficinas de Area en consulta con autoridades de los Gobiernos, es la que el Director envió posteriormente por carta a los Ministros de Salud, el 10 de junio de 1982, en la cual les solicitaba muy especialmente que estudiaran esta autoevaluación, que formularan comentarios y recomendaciones y que designaran un delegado de su Gobierno para que se reuniera en cada una de las Areas a las cuales pertenecía su país, para realizar esa segunda parte importante del proceso de evaluación. Esto es lo que ya se ha cumplido en cuatro de las Areas, concretamente en las Areas I, IV, V y VI. Quedan pendientes el Area II y el Area III.

Concretamente, sabemos que de los seis países que integran el Area III hasta ahora solamente Honduras ha designado su representante oficial para participar en esta reunión. Se está pendiente de la designación de los demás delegados por los Gobiernos para hacer la reunión de evaluación. La información que se tiene hasta ahora es, por supuesto, muy disímil, ya que los problemas que afrontan cada una de las Areas son muy diferentes. Los comentarios que se han hecho, empezando por los que mencionó el Presidente del Comité Ejecutivo, Dr. Borgoño, son muy importantes y debe considerarse este estudio en el contexto de la estructura global de la Organización. Aún más importante es que el estudio tenga carácter prospectivo para ver cuáles deben ser, como lo señalaba también el Delegado de los Estados Unidos de América, la distribución geográfica y el papel que deben cumplir las Areas en cuanto a apoyar a los Gobiernos para poner en práctica las Estrategias y el Plan de Acción regionales. Hasta ahora, en términos generales, las reuniones que se han celebrado señalan la importancia de este nivel intermedio en la Organización, pero también señalan la necesidad de hacer ajustes correspondientes, incluso en la distribución geográfica. Esperamos tener muy pronto la posibilidad de hacer las dos reuniones que quedan

pendientes para tratar de consolidar este material y presentar al Comité Ejecutivo en el mes de junio de 1983, el informe que se solicita.

Mr. BOYER (United States of America): Mr. President, I was wondering if there is something that can be said about the discussions between the Secretariat and the Caribbean Health Ministers regarding the Caribbean Program Coordinator's Office.

The PRESIDENT: It is 12:27 p.m. If you can say it in two minutes, we will appreciate it.

Mr. BOYER (United States of America): I am just asking the question, I have nothing to say.

Dr. OCHOA (Gerente de Operaciones): Olvidé referirme a esa pregunta concreta del Delegado de los Estados Unidos de América. La información que podemos darle es que el estudio de la Oficina del Coordinador de Programas del Caribe, que incluye los países de habla inglesa, se inició inclusive antes de que el Consejo Directivo aprobara esta resolución. El estudio ha sido terminado; el Director presentó algunos comentarios sobre él a la última Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, e incluso se han tomado ya algunas decisiones teniendo en cuenta las recomendaciones de ese estudio. Un ejemplo es la posibilidad de asignar coordinadores de programas a algunas de las pequeñas islas. Concretamente, ya se ha tomado la decisión y está en funciones un Coordinador de Programas para Bahamas, que antes era atendida por Jamaica, de tal manera que el estudio ha sido comentado con los Gobiernos y se han venido aplicando algunas de las recomendaciones.

El PRESIDENTE: En vista de que se ha agotado el tema, vamos a pedirle al Relator que prepare un proyecto de resolución en relación con este tema para que se distribuya. Antes de concluir, el Observador de España nos ha pedido que le permitamos hacer uso de la palabra por unos tres a cuatro minutos para hacer exposición sobre un programa de becas.

Dr. VALENCIANO CLAVEL (Observador, España): Cuando hace dos años fuimos aceptados como observadores en esta asamblea, señalamos que al honor que se nos hacía deseábamos corresponder con acciones concretas que redundaran en beneficio de los países que la componen. En 1981 se presentó la primera convocatoria de becas de ampliación de estudios y es una satisfacción señalar que la respuesta fue muy favorable, que el número de solicitudes fue elevado y que se ha cubierto la totalidad de aquella oferta. En el día de hoy se reparte la segunda convocatoria, con algunas modificaciones que creemos pueden redundar en mayor eficacia del sistema de becas. Al estar en uso de la palabra y solo durante un minuto, querría aprovechar para anunciar también que nuestro Gobierno ha publicado en el mes de junio un real decreto sobre un programa de personal sanitario para países en desarrollo. Creemos que este programa puede ser eficaz también para una serie de países iberoamericanos, ya que el Gobierno español, a través de su Ministerio de Asuntos Exteriores, selecciona, forma y colabora económicamente en el desarrollo de las tareas de estos profesionales en los otros países. A través de las Embajadas de España en cada uno de los países iberoamericanos se puede tener conocimiento de este nuevo programa, que es diferente del de las becas de ampliación de estudios, al que hasta ahora nos hemos referido. Finalmente querría señalar también que España está preparando un programa de acción sobre medicamentos esenciales que lleva consigo una serie de acciones en cuanto al control de calidad de los medicamentos, la información en este campo, la tecnología de distribución de medicamentos y, finalmente, el suministro. Tenemos contacto directo con algún país sudamericano ya y consideramos que sobre todo en el tema de formación y control de calidad, una vez más la facilidad que supone un idioma común para comprensión de todos los técnicos puede redundar en beneficio de este programa en el que tanto interés muestran la OMS y la OPS.

The session rose at 12:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.

EIGHTH PLENARY SESSION
OCTAVA SESION PLENARIA

Thursday, 23 September 1982, at 2:55 p.m.
Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 2:55 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

El PRESIDENTE: Vamos a dar inicio a la sesión de esta tarde poniendo a consideración el proyecto de resolución PR/7 que el Relator ha de leer a continuación.

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND THE PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XX AND THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (conclusion)
- TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XX Y LA XXI CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Convinced that the reports from the Governments of the Organization on health conditions and the progress achieved in the interval between one Conference and the next provide extremely useful data and records of experience; and

Considering that their presentation by the Governments constitutes a useful and important item on the agenda of the Conference,

RESOLVES:

To thank the Governments for the reports presented by their Delegates to the Conference, and to underscore their value for future programming of the activities of the health sector.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Persuadida de que los informes de los Gobiernos de la Organización sobre las condiciones de salud y los avances logrados en el intervalo entre una y otra Conferencia producen datos y resultados de experiencias de gran utilidad, y

Considerando que la presentación de los Gobiernos constituye un tema útil e importante del programa de la Conferencia,

RESUELVE:

Agradecer a los Gobiernos los informes presentados por sus respectivos Delegados en el seno de la Conferencia, y subrayar su valor para la programación futura de las actividades del sector salud.

El PRESIDENTE: En discusión el proyecto de resolución PR/7. ¿Hay alguna enmienda u objeción a dicha resolución? Si no hay, la voy a declarar adoptada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

FIRST REPORT OF COMMITTEE A
PRIMER INFORME DE LA COMISION A

El PRESIDENTE: Pasemos ahora al primer informe de la Comisión A (Documento CSP21/32). Señor Relator, por favor sírvase leer el informe.

El RELATOR: El primer informe de la Comisión A dice así:

Committee A held its first session on the morning of 21 September 1982 with Dr. Victorio V. Olguín (Argentina) as Chairman. In that session Dr. José García Ramírez (Dominican Republic) was elected Vice-Chairman of the Committee, and Dr. Jean Leonore Harney (Barbados), Rapporteur.

In the fourth session held on the afternoon of Wednesday, 22 September 1982, the Committee adopted the following two proposed resolutions, which are presented for approval by the Conference as a whole.

La Comisión A celebró su primera sesión en la mañana del 21 de septiembre de 1982, bajo la presidencia del Dr. Victorio V. Olguín (Argentina). En esa sesión fue elegido Vicepresidente de la Comisión el Dr. José García Ramírez (República Dominicana) y Relatora la Dra. Jean Leonore Harney (Barbados).

En la cuarta sesión, celebrada el miércoles, 22 de septiembre de 1982 por la tarde, la Comisión adoptó los dos proyectos de resolución siguientes, cuya aprobación se propone al pleno de la Conferencia.

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the progress report on the Plan of Action (Document CSP21/26 and ADD. I) prepared by the Director, as well as the report of the Executive Committee;

Noting the steps that the Director has taken to strengthen the catalytic role of the Organization in the implementation of the Regional Plan of Action for health for all as well as the reports of Member Governments on their own activities to implement the process of health for all;

Taking note of the Global Strategy of Health for All by the Year 2000, approved by Resolution WHA34.36 of the World Health Assembly (1981) and Resolution XX of the XXVII Meeting of the PAHO Directing Council (1980);

Considering that Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council (1981) recognizes the urgency of pursuing the required strategies of health for all; and

Recalling that Resolution XI urged the Governments to instruct their Ministers of Health to formally reaffirm at this XXI Pan American Sanitary Conference their commitment to the implementation of the Regional Plan of Action,

RESOLVES:

1. To reaffirm the commitment of all the Member Governments of the Pan American Health Organization to develop the necessary activities that will ensure the implementation of the Regional Plan of Action.

2. To urge the Governments to:

- a) Support and promote the implementation of the Plan of Action by initiating further activities at the national level to promote a broader understanding of the process of health for all;

- b) Take further steps to adjust national health plans in keeping with the Plan of Action and, in that process, to assure the most effective reprogramming of external cooperation;
- c) Set in motion the process of improving national information systems so as to contribute to the effective incorporation of monitoring and evaluation systems in the managerial process for national health development;
- d) Ensure, at the highest level, the effective communication and cooperation among the different political, social, and economic sectors in order to make health an integral part of socioeconomic development.

3. To express appreciation to the Director for the activities initiated by the Organization in support of the implementation of the Plan of Action, and particularly for the series of regional seminar/workshops on the Plan of Action.

4. To request the Director to:

- a) Encourage and support additional activities at the national level to implement the Plan of Action;
- b) Support and increase the measures adopted to strengthen the catalytic role of the Organization in the exchange of experiences and cooperation among Member Countries and the international community.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe preparado por el Director sobre la marcha de los trabajos relativos al Plan de Acción (Documento CSP21/26 y ADD. I) así como el informe del Comité Ejecutivo;

Habiendo tomado nota de las medidas que el Director ha adoptado para reforzar la función catalizadora de la Organización en la instrumentación del Plan de Acción Regional de salud para todos, así como de los informes de los Gobiernos Miembros sobre sus propias actividades como parte del proceso de salud para todos;

Habida cuenta de la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 aprobada por la Resolución WHA34.36 de la Asamblea Mundial de la Salud (1981) y la Resolución XX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1980);

Considerando que en la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981) se reconoce que es urgente seguir las estrategias necesarias de salud para todos, y

Recordando que en la Resolución XI se insta a los Gobiernos a que instruyan a sus respectivos Ministros de Salud para que en la presente XXI Conferencia Sanitaria Panamericana reafirmen solemnemente su compromiso de dar cumplimiento al Plan de Acción Regional,

RESUELVE:

1. Reafirmar el compromiso de todos los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud de desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento al Plan de Acción Regional.

2. Instar a los Gobiernos a que:

- a) Apoyen y promuevan la instrumentación del Plan de Acción, emprendiendo al efecto actividades complementarias a nivel nacional que faciliten y difundan el conocimiento del proceso de salud para todos;

- b) Adopten nuevas medidas para que los planes nacionales de salud se ajusten al Plan de Acción y que, en ese proceso, aseguren la reprogramación más eficaz de la cooperación externa;
- c) Pongan en marcha el proceso de mejoramiento de los sistemas nacionales de información para facilitar la incorporación efectiva de sistemas de vigilancia y evaluación al proceso de gestión del desarrollo nacional de la salud;
- d) Aseguren al más alto nivel una comunicación y cooperación efectivas entre los distintos sectores políticos, sociales y económicos, con el fin de conseguir que la salud sea parte integrante del desarrollo socioeconómico.

3. Dar las gracias al Director por las actividades que ha emprendido la Organización en apoyo de la instrumentación del Plan de Acción, y en particular por la serie de seminarios/talleres regionales sobre dicho Plan.

4. Pedir al Director que:

- a) Estimule y apoye actividades adicionales a nivel regional para dar cumplimiento al Plan de Acción;
- b) Apoye e intensifique las medidas adoptadas para reforzar la función catalizadora de la Organización en el intercambio de experiencias y la cooperación entre los Gobiernos Miembros y la comunidad internacional.

El PRESIDENTE: Parece que se ha deslizado un error de mecanografía en el párrafo cuarto, inciso a) del proyecto de resolución, que debe decir: estimule y apoye las actividades adicionales a nivel nacional, no regional. En discusión, el proyecto de resolución del tema 13 a).

El PRESIDENTE: Someto a votación el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

STATEMENT BY THE DIRECTOR OF THE WASHINGTON OFFICE OF THE ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA (ECLA)
PRESENTACION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA DE WASHINGTON DE LA COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL)

Sr. POLLNER (Observador, CEPAL): Señor Presidente, señores Ministros, Director, señoras y señores. En representación del sistema de la CEPAL y en nombre de su Secretario Ejecutivo, señor Enrique Iglesias, me es grato agradecer la invitación para participar en esta XXI Conferencia de la Organización Panamericana de la Salud, más conocida en la comunidad de Washington por la sigla en inglés ya familiar de PAHO.

Al presentar los saludos de la institución que tengo el honor de representar aquí, no puedo menos que recordar los lazos que por tradición vinculan a la CEPAL y la PAHO. Ya en su Informe Anual sobre las actividades de la Organización en 1979, el Dr. Héctor Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señaló que "las relaciones de esta con otros organismos siguieron siendo fructíferas y en algunos se intensificaron. En particular, la necesidad de dedicar mayor atención al financiamiento de las metas de salud para todos en el año 2000 creó vínculos más estrechos con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)". Dicha colaboración se ha ido extendiendo y profundizando con el andar del tiempo. Ha inspirado o se ha manifestado a través de proyectos de estudios, como el relativo al estado y principales problemas de la industria farmacéutica de la América Latina. Continúa con la participación de ambas instituciones en la instrumentación de las

estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, y en el intercambio de experiencias en el campo de la planificación. En la actualidad me es grato enfatizar que aún están frescas las firmas de los representantes de ambas instituciones en un reciente acuerdo que extiende considerablemente sus áreas de actividades conjuntas.

Me permitiría señalar algunos puntos del reciente entendimiento en el cual se recuerda que el objetivo principal tanto de las actividades de la Comisión Económica para América Latina como de la OPS consiste en contribuir al continuo mejoramiento del bienestar de la población de la Región. Durante más de dos décadas, el sistema CEPAL, incluyendo el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) ha realizado funciones de investigación, capacitación, y asesoría de los Gobiernos de la Región dedicados a fomentar el proceso de desarrollo económico. Durante el mismo período, la OPS ha ofrecido a sus Países Miembros una colaboración similar en el campo de la salud. Su Plan de Acción para la instrumentación de estrategias regionales con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 se sitúa en el contexto de una meta central para el proceso más amplio de desarrollo económico y social. En base a una experiencia mutuamente positiva de colaboración en años recientes, las dos instituciones, CEPAL y OPS han acordado que existe la oportunidad en el presente de ampliar esas medidas para llegar a un programa continuo y comprensivo de cooperación.

En primer lugar, las dos instituciones han obtenido la firme convicción de que las articulaciones intersectoriales son un factor primario en el logro de un desarrollo más coherente. Un aspecto clave de este proceso es definir mecanismos que podrán ser introducidos en la planificación del desarrollo tanto a nivel nacional como regional. Esto permitiría un examen de las implicaciones para la salud de políticas y proyectos económicos y posibilitaría identificar los costos al no tomar en cuenta estas implicaciones. Por este motivo, las dos Organizaciones se proponen diseñar un proyecto para la elaboración de tales instrumentos a través de la investigación empírica con el propósito adicional de utilizar los resultados en cursos futuros de capacitación. La investigación se realizará a través de un equipo conjunto OPS/ILPES, en colaboración con uno o dos Gobiernos como elemento paralelo a la cooperación técnica en el proceso de planificación nacional.

En segundo término, las dos Organizaciones están conscientes de que las interrelaciones entre los sectores económicos y sociales, incluyendo salud y medio ambiente, todavía no han sido identificadas ni cuantificadas adecuadamente, aunque el principio básico ha recibido reciente aceptación. Las dos Organizaciones esperan colaborar estrechamente en esta área con el fin de definir y elaborar en más detalle estas interrelaciones.

El trabajo actual de ambas Organizaciones en relación con la protección del medio ambiente ofrece un tercer tema para cooperación futura que puede tomar la forma de seminarios conjuntos sobre problemas específicos.

En cuarto lugar, las actividades en el área de desarrollo urbano tanto de la OPS como de la CEPAL, a través de CELADE, ofrecen también una importante oportunidad para la acción cooperativa. La OPS junto con el BID está explorando los problemas de salud en áreas urbanas. La participación de la CEPAL, a través de sus recursos de información demográfica relacionada con la migración y sus trabajos sobre los asentamientos humanos podría ofrecer sustancial apoyo al esfuerzo de definir políticas apropiadas para alcanzar objetivos de salud en áreas urbanas. Como actividad complementaria, tanto la CEPAL como la OPS tienen particular interés en la relación entre estilos de desarrollo, la naturaleza de la infraestructura disponible para proporcionar servicios sociales y la calidad de vida en áreas urbanas.

Finalmente, creemos que las actividades de cooperación técnica de ambas instituciones podrán armonizarse con vistas a alcanzar estos objetivos.

Para terminar, señoras y señores, me es grato reiterar aquí nuestro deseo de que esos vínculos ya fuertes entre ambas instituciones continúen fortaleciéndose. Es pues normal nuestro interés en el desarrollo de esta Conferencia, para la cual formulamos nuestros más sentidos votos de éxito. Muchas gracias.

FIRST REPORT OF COMMITTEE A (conclusion)
PRIMER INFORME DE LA COMISION A (conclusión)

El PRESIDENTE: Seguimos ahora con la discusión del segundo proyecto de resolución, relativo al tema 14.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report of the Director (Document CSP21/23) on the implementation of the Directing Council's recommendations on WHO's structures in light of its functions;

Bearing in mind Resolution WHA33.17 and the extensive efforts by the Subcommittee set up to study the subject at the 84th and 86th Meetings of the Executive Committee;

Considering the positive impetus for change generated by the XXVII Meeting of the Directing Council, particularly in Resolutions X and XX; and

Recognizing the integral and complementary aspects of Resolutions XI, XII, XIII and XIV of the XXVIII Meeting of the Directing Council,

RESOLVES:

1. To take note of the innovative and positive efforts made by the XXVII and XXVIII Meetings of the Directing Council in generating the impetus for change integral to the strategies of health for all by the year 2000 and the Regional Plan of Action.

2. To congratulate the Member Governments on their commitment and their continued efforts to implement the recommendations of Resolution X of the XXVII Meeting of the Directing Council.

3. To thank the Director for his report.

4. To request the Director to continue to monitor the further progress of these initiatives and inform the Governing Bodies through the reporting process of the monitoring and evaluation of the Regional Plan of Action.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director (Documento CSP21/23) sobre aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS en relación con sus funciones;

Habida cuenta de la Resolución WHA33.17 y de la intensa labor desplegada por el Subcomité para el estudio del Tema en las Reuniones 84a y 86a del Comité Ejecutivo;

Considerando el positivo ímpetu de cambio imprimido por la XXVII Reunión del Consejo Directivo, particularmente en sus Resoluciones X y XX, y

Reconociendo los aspectos integrales y complementarios de las Resoluciones XI, XII, XIII y XIV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota de los esfuerzos positivos e innovadores hechos por la XXVII y la XXVIII Reuniones del Consejo Directivo al imprimir el ímpetu necesario de cambio que entrañan las estrategias de salud para todos en el año 2000 y el Plan de Acción Regional.

2. Felicitar a los Gobiernos Miembros por su adhesión y su esfuerzo sostenido en el cumplimiento de las recomendaciones de la Resolución X de la XXVII Reunión del Consejo Directivo.

3. Dar las gracias al Director por su informe.

4. Pedir al Director que siga con atención los ulteriores progresos de esas diversas iniciativas y que informe a los Cuerpos Directivos por medio del proceso de información de vigilancia y evaluación del Plan de Acción Regional.

El PRESIDENTE: Se pone a discusión el proyecto de resolución sobre el tema 14. Si no hay enmienda u objeción lo voy a dar por adoptado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Pongo en discusión ahora el informe completo; el primer informe de la Comisión A con las dos resoluciones que ya acabamos de aprobar. Si no hay objeción o enmienda lo voy a declarar aprobado. Está aprobado.

Decision: The report was approved.

Decisión: El informe fue aprobado.

ITEM 27: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS

TEMA 27: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS

El PRESIDENTE: Vamos a iniciar ahora la discusión del tema 27. Tenemos todavía pendiente el tema 29, pero la Secretaría todavía no tiene terminada la transcripción de las enmiendas que se presentaron esta mañana. Vamos a darle la palabra al Representante del Comité Ejecutivo para que informe sobre el tema que encontrarán en su carpeta en el número 19, Documento CSP21/19. Me informa el Presidente del Comité Ejecutivo que el Sr. McMoil informará sobre el tema. ¿Antes del informe quiere usted hablar? Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Apenas para pedir um esclarecimento. Em relação ao item 24, que estava em aberto, eu creio que nos faziam falta as emendas apresentadas pelo Delegado do Canadá, que já recibí, e uma segunda emenda, apresentada pelos Delegados dos Estados Unidos e do Panamá em relação ao parágrafo primeiro. Haveria alguma outra emenda por ser apresentada?

El PRESIDENTE: Estados Unidos de América cambió la modificación que había presentado. Mientras se confeccionan los documentos, hemos considerado prudente seguir adelante con el temario y regresar a ese tema una vez que estén listos.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Exatamente. Então, trata-se apenas de uma modificação à emenda norte-americana e não de uma terceira proposta de emenda ao texto.

El PRESIDENTE: El documento sobre el tema 24 no ha sido aprobado ¿verdad? Deberán considerarse dos enmiendas: una del Gobierno de Canadá y otra del Gobierno de los Estados Unidos de América en cuya redacción colaboró Panamá. Pero como el documento que se les entregó esta mañana volvió a modificarse a solicitud del Sr. Boyer de los Estados Unidos

de América, regresaremos al tema en conjunto una vez que la Secretaría confeccione los documentos. Tiene la palabra el Sr. Boyer.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. President. Another resolution, PR/8, on the Area Offices has been distributed to us. I recognize that it is not to be considered at this time but, in the interest of saving time, I would simply note that it takes only a glance to realize that this resolution has nothing in the way of substantive content. It would be my intention to try to draft some additional language to make it a bit more substantive, and I would like to say that, if any other delegations are interested in doing so, we might do this tomorrow, so that we can save Conference time on Monday.

The PRESIDENT: We have not considered that resolution at this time because, according to the rules, we must wait until the next session in order to consider it. It is distributed at this session and then we wait for the next session--am I correct? If you have an alternative resolution to present on the subject, I would urge you then to let us have it this afternoon so that it can be distributed. It will then be considered on Monday morning, at the next regular session of the Conference.

Mr. BOYER (United States of America): That was my purpose in mentioning it at this time.

The PRESIDENT: Yes, of course, but I think if you have a resolution which you would like to submit on the subject, the appropriate thing would be to distribute it this afternoon, if you could get it to the Secretariat, so that we can have it typed and translated. That will expedite matters on Monday morning.

Mr. BOYER (United States of America): We can try to do that. But just seeing this now, I do not have an alternative text ready at the moment.

The PRESIDENT: Well, if you get an alternative text to us by Monday morning, the subject can be discussed Monday afternoon.

Mr. BOYER (United States of America): Fine.

The PRESIDENT: Thank you. Mr. McMoil.

Mr. McMOIL (Chief, Budget and Finance): Thank you, Mr. President. I would like to introduce Document CSP21/19, Report on the Collection of Quota Contributions. The most recent data are found in Document CSP21/19, ADD. II.

Schedule A shows that, on 1 January 1982, total arrears of contributions due for years prior to 1982 amount to US\$6,405,990. Payments on these arrears received since 1 January amount to US\$5,646,359, reducing such arrears to US\$759,631 as of 22 September 1982. The corresponding amount of arrears at this approximate time last year was US\$919,913, so there has been a modest improvement.

Collection of contributions with respect to the 1982 assessments amounts to US\$39,430,024 or 86 per cent of the assessments on the Members. The corresponding percentage in 1981 was approximately 70 per cent.

Together, the collection of arrears and current quota comprise some 99 per cent of the current year's effective working budget, as compared with 89 per cent in 1981.

Schedule B shows the status of collection of contributions with respect to the supplementary budget for financing the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center and the Pan American Zoonoses Center. The approved amount of US\$1,042,173 was intended to be

exclusively utilized in 1980. As of 22 September, US\$1,036,842 or 99 per cent of the amount has been collected.

Annex III of the document provides the dates and amounts of all quota payments received to date in 1982, as requested at the 88th Meeting of the Executive Committee.

In conclusion, Member Governments are urged to remit their full quota contributions as early as possible in each calendar year so that the Organization may remain in a sound financial position.

El PRESIDENTE: ¿Alguien quiere hacer uso de la palabra? Voy a solicitarle entonces al Relator que redacte un proyecto de resolución sobre el tema. El próximo tema es el 30 y se refiere a las resoluciones de la 35a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas. Tiene la palabra el Director de la OSP y Director Regional.

ITEM 30: RESOLUTIONS OF THE THIRTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS

TEMA 30: RESOLUCIONES DE LA 35a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. Tengo el agrado de referir a ustedes al Documento CSP21/4 que contiene las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo próximo pasado. Muy brevemente pasaré revista a algunas de ellas que son de especial interés para este Comité Regional de la OMS y desde luego para esta Conferencia Sanitaria Panamericana.

La Resolución WHA35.1 se refiere al método de trabajo de la Asamblea y en síntesis indica que la Asamblea durará dos semanas en los años en que no se examinen el programa y el presupuesto como fue el caso de este año. El año próximo se examinará el proyecto de programa y presupuesto para el bienio 1984-1985 y la Asamblea deberá durar tres semanas, como ha sido costumbre en los últimos años.

La Resolución WHA35.5 es de interés, puesto que se refiere al hecho de que hay un país de las Américas que se ha atrasado en el pago de las contribuciones, lo que resulta suficiente para la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la OMS.

La Resolución WHA35.7 se refiere a la contribución de Dominica, un nuevo Estado Miembro de la OMS y fija el mínimo de la cuota de la OMS a este Estado Miembro.

La Resolución WHA35.10, Reglamento de los Cuadros y Comités de Expertos, es de interés seguramente para este Comité Regional en vista de que se ha hecho un esfuerzo extraordinario para que en estos comités y cuadros de expertos tengan más participación los expertos de los países en vías de desarrollo.

La Resolución WHA35.12, referente al Fondo para la gestión de bienes inmuebles y locales en la Sede, es de importancia seguramente para este Comité Regional puesto que reconoce la necesidad de contribuir con US\$300.000 para la construcción del edificio del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

La Resolución WHA35.14 sobre política en materia de patentes provee por primera vez una política de patentes coherente para la OMS. La Asamblea decidió que la Organización debe obtener patentes o intereses en las patentes sobre la tecnología de salud desarrollada a través de proyectos auspiciados por la OMS. Desde este punto de vista, después de considerar las opciones disponibles, la Asamblea aceptó la posición del Consejo Ejecutivo

de que los beneficios por las patentes son mayores que las posibles o potenciales pérdidas que pudieran experimentarse, como podría ocurrir en el caso, por ejemplo, de que se entablara algún juicio por estas patentes, o por los derechos de estas.

La Resolución WHA35.17 también es de interés para esta Conferencia, pues se refiere a las consecuencias de los planes de desarrollo para la salud. Ya ustedes acaban de aprobar otra resolución en la que se reconoce que la salud debe de ser parte del desarrollo socioeconómico en términos generales.

La Resolución WHA35.22, titulada Programa de lucha contra las enfermedades diarreicas, es de especial interés para esta Organización en vista de que en este caso la Asamblea expresó su satisfacción por los progresos hechos por el programa iniciado en 1978 como un componente importante de las decisiones sobre atención primaria de salud. Las cualidades únicas de este programa orientado hacia actividades en el campo y la investigación están particularmente avaladas por la Asamblea en esta resolución. La resolución también pide al Director General que continúe la colaboración con los Estados Miembros y otras agencias internacionales para mejorar estos programas de control de las enfermedades diarreicas.

En la Resolución WHA35.23 se adopta un plan de acción a fin de aplicar la estrategia de salud para todos en el año 2000 a nivel mundial, y en realidad engloba el Plan de Acción regional de nuestra Organización así como los adoptados por los demás Comités Regionales de la OMS.

La Resolución WHA35.24 relativa a la aplicación de la estrategia de salud para todos es breve, y sencillamente felicita a los países no alineados y a otros países en desarrollo por el compromiso político que han contraído respecto de la meta de salud para todos.

La Resolución WHA35.25 se refiere al Séptimo Programa General de Trabajo para un período determinado. Como ustedes saben, la OMS tiene adoptados períodos de trabajo de seis años que abarcan tres ciclos presupuestarios bienales. La Asamblea Mundial de la Salud adoptó el período de 1984-1989 reconociéndolo como el principio de las actividades tendientes a alcanzar la salud para todos en el año 2000.

La Resolución WHA35.26, muy conocida puesto que ha sido mencionada tantas veces en la prensa, se refiere al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Con respecto a este importante asunto, el Director General pide la atención de los Estados Miembros y les ofrece colaboración permanente en la tarea de señalar a algunos países la necesidad de adoptar nueva legislación, reglamentos u otras medidas para dar efecto al Código Internacional. Casi todos los países de esta Región están poniendo en vigor o elaborando legislación sanitaria para apoyar la lactancia materna y regular el mercadeo de los sucedáneos. Tenemos información específica sobre 14 países latinoamericanos, los países de habla inglesa del Caribe, Canadá y los Estados Unidos de América acerca de las acciones adoptadas por los Gobiernos Miembros a este respecto.

Se han dado instrucciones a los Representantes de País y de Área de la OPS así como a los Centros, por ejemplo el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el CFNI y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), a fin de que proporcionen cooperación técnica, según lo soliciten los Países Miembros, para desarrollar programas integrales para el mejoramiento de la alimentación de niños y lactantes de acuerdo con las medidas incluidas en la resolución.

En lo que respecta a la Resolución WHA35.27, relativa al Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, me es grato comunicar a ustedes que después de revisar el informe de progreso del Director General de la OMS acerca del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, la Asamblea Mundial de la Salud pasada aprobó esta resolución que

endosa las principales líneas de acción propuestas en el Informe del Director General. La resolución solicita a los Estados Miembros que desarrollen políticas y programas sobre drogas o medicamentos tal como se describen en el documento y solicita igualmente a los Comités Regionales que se asegure el vigoroso cumplimiento del Programa en la Región. De conformidad con esta resolución, el informe que encontrarán ustedes bajo el tema 40.1 se llama a la atención de esta honorable Conferencia. El documento de referencia hace un bosquejo no solo del papel de los Gobiernos en este Programa de Acción, sino también de las funciones de la OMS a nivel nacional, regional y global. Con respecto a las posibilidades regionales, la Conferencia podría considerar las formas más efectivas de promover este Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales en Estados Miembros y definir áreas de colaboración interpaíses.

El personal de la Oficina identificado en el documento con ciertas responsabilidades asegurará la cooperación técnica para la preparación e instrumentación de políticas nacionales de medicamentos así como para la realización de programas basados en el concepto de las drogas esenciales, la disseminación de información sobre la utilización de medicamentos, el establecimiento de mecanismos de cooperación técnica entre países en desarrollo para la adquisición de medicamentos y el control de calidad de los productos farmacéuticos. Podría desarrollar un poco más este punto, pero cuando se trate el tema 40.1 se darán más detalles al respecto.

La Resolución WHA35.28 de la Asamblea Mundial de la Salud se refiere a la asistencia sanitaria a las personas de edad. El Comité Ejecutivo en su 88a Reunión nos pidió que, junto con la resolución, les informáramos a ustedes brevemente acerca de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que se llevó a cabo en Viena del 26 de julio al 6 de agosto de 1982. Participaron 125 países, cinco agencias de las Naciones Unidas y más de 150 organizaciones no gubernamentales. Más de la mitad de los países participantes no enviaron representación del sector salud. La Delegación de la OMS estuvo presidida por el Director General y por el Director Regional de Europa. Esta fue la 14a de una serie de asambleas mundiales convocadas por las Naciones Unidas. Al igual que en las anteriores se adoptó un plan internacional de acción y se creó un fondo voluntario para colaborar en su instrumentación, que será administrado por el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas con sede en Viena. Es grato reconocer que los siguientes países de las Américas enviaron delegaciones: Argentina, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Nicaragua, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El Plan de Acción regional para las Américas fue presentado por la Comisión Económica para América Latina de acuerdo con las conclusiones de las reuniones que para este efecto se efectuaron en San José, Costa Rica, en 1980 y en 1981.

El componente de salud se preparó de acuerdo con el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para todos en el año 2000, documento que aprobó nuestro Consejo Directivo en 1981, particularmente dentro del conjunto programático del rubro "protección y promoción de la salud de grupos especiales". El Plan Internacional de Acción de la Asamblea orientado a asegurar el bienestar de las personas de edad avanzada contiene recomendaciones importantes en el campo de la salud y la nutrición. El borrador del documento correspondiente, así como otros documentos de trabajo de la Asamblea, están a disposición de las Delegaciones que lo soliciten. Una vez que haya sido editado en su versión definitiva, lo enviaremos a todos los Gobiernos de la Región por encargo del Director General.

Señor Presidente, señores Delegados, me quedan dos resoluciones de importancia: la primera trata de la planificación a largo plazo de la cooperación internacional en el sector del cáncer, Resolución WHA35.30 de la 35a Asamblea Mundial de la Salud, que en términos generales apoya las recomendaciones del Comité de Programa del Consejo Ejecutivo de la OMS y del Subcomité sobre Cáncer del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas. La Asamblea ha hecho una petición a los Estados Miembros para que mejoren el desarrollo de medidas de control del cáncer y que las integren dentro de sus planes nacionales de salud

con los recursos necesarios de tal manera que alcancen al mayor número posible de segmentos de población. Aún más, solicita a los Estados Miembros que consideren contribuciones voluntarias para apoyar las actividades de la OMS en el control, prevención e investigación sobre cáncer. La resolución igualmente solicita una promoción continuada para coordinar la acción en la prevención del cáncer, su control y estudio, especialmente en los campos de investigación de servicios de salud con expertos del exterior, etc. Nuestra Oficina Regional, la OSP, está ya iniciando actividades para alinear todo su programa dentro de esta resolución, de acuerdo con las disponibilidades de recursos y las necesidades y peticiones de los Gobiernos Miembros.

Por último, la Resolución WHA35.31 se refiere al PAI que ustedes ya han examinado en lo que respecta a las Américas. Esta resolución reconoce que el objeto del PAI, encaminado a proporcionar servicios de inmunización a todos los niños del mundo para el año 1990, es un elemento esencial de la estrategia de la OMS para alcanzar salud para todos en el año 2000 y advierte que el progreso tendrá que ser acelerado si se quiere alcanzar este objetivo. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: ¿Alguien quiere hacer uso de la palabra sobre este tema? No es necesario separar una resolución, ya que en el acta constará que la Conferencia tomó nota de las resoluciones de la OMS que tienen que ver con el Hemisferio.

- ITEM 29: CRITERIA AND GUIDELINES FOR THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE BIENNIUM 1984-1985, AND PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1984-1985 (continued)
- TEMA 29: CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PREPARACIÓN DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1984-1985, Y PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS PROVISIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1984-1985 (continuación)

El PRESIDENTE: Pasamos ahora al tema 29 que está en las carpetas de los delegados bajo el número 24.

Estábamos discutiendo el proyecto de resolución del tema 29 que tiene que ver con los criterios y pautas para la preparación del proyecto del programa y presupuesto de la OPS para el bienio 1984-1985. En la parte resolutive, deben tener ustedes en sus manos el Documento WP/4, Rev. 1, enmienda propuesta por los Delegados de los Estados Unidos de América y Panamá al proyecto de resolución presentado por el Comité Ejecutivo, Anexo E del Documento CSP21/24, que dice: Modifíquese el párrafo operativo 1 para que diga:

"1. Aceptar la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS contenidas en el Anexo C del Documento CSP21/24, incluyendo una nueva clasificación 2.6, Preparativos para Casos de Desastres, y con ciertas modificaciones en la descripción de las clasificaciones según las recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, como la estructura que deberá utilizarse en el documento de programa y presupuesto 1984-1985, autorizando al mismo tiempo que el Director continúe trabajando con la OMS para que se hagan los reajustes apropiados en la clasificación de la OMS o en la de la OPS a fin de que sean lo más idénticas posible, de manera que pueda someter los resultados de esas gestiones a la aprobación del Comité Ejecutivo".

"1. To accept the PAHO Classified List of Programs set forth in Annex C of Document CSP21/24, with the addition of Classification 2.6, Disaster Preparedness, and with modifications in some of the classification descriptions to take into account recommendations of the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming, as the structure to be used in the 1984-1985 program and budget document, while authorizing the

Director to continue to work with WHO to develop appropriate adjustments in either the WHO or PAHO classification systems to ensure that they are as identical as possible, and present the results of these discussions to the Executive Committee for its approval."

Pongo a discusión esta modificación al párrafo operativo 1. La Delegada de Francia tiene la palabra.

Dr. BROUELLE (France): Est-ce que le délégué des Etats-Unis a bien voulu dire "tout en autorisant le Directeur" ou bien "tout en demandant le Directeur" de continuer à travailler avec l'OMS. Je supposais que c'était plutôt une demande qu'une autorisation.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you Mr. President. I think perhaps the Delegate of France is correct. Changing the word "authorizing" to "requesting" would be an appropriate adjustment in that language. When I asked for the floor, I was simply trying to explain my intention concerning this amendment, which is that the Director of PAHO should work with the Director of WHO to discuss the differences in the classification systems that we discussed this morning, and to develop appropriate changes. My intention is that it be not only the PAHO classification system that changes but, if possible, that the WHO classification system also change to accommodate some of the distinct differences that we have within the PAHO Region. That is the reason for the revision of this amendment—to permit some flexibility for changes in the classification system on both sides.

The PRESIDENT: Are you then proposing the word "requesting"? (sigue en español) Sí, entonces someteremos a consideración de la sala esta enmienda. Si no hay objeciones o modificaciones a la enmienda la voy a dar por adoptada.

La próxima enmienda fue propuesta por el Gobierno de Canadá al inciso c) del párrafo 2 de la parte dispositiva del proyecto de resolución presentado por el Comité Ejecutivo en el Anexo E del Documento CSP21/24, para que diga:

c) Conceda atención especial a la asignación de recursos y la prestación de asistencia técnica a los Países Miembros que más lo necesitan.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. President. I accept the intentions that are behind the paragraph introduced by the Government of Canada. I have a little problem with some of the wording, which I do not think changes the meaning, and I wonder if the Delegate of Canada will accept this slight change: to delete the words in the second line "provision of technical assistance" and replace them with "cooperation with," so that the complete sentence would read "to pay special attention to the allocation of resources and cooperation with those Member Countries that are in greatest need."

The PRESIDENT: Mr. Careau, would you like to say something about that?

Mr. CAREAU (Canada): I just wanted to say that I agree with the proposed amendment to my amendment, which was discussed already with Mr. Boyer.

El PRESIDENTE: En español diría entonces "asignación de recursos y cooperación con los Países Miembros que más lo necesitan". Sigue en uso de la palabra el Director.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. En realidad, no quisiera yo quitarles más tiempo en esto, pero ustedes han adoptado numerosas resoluciones en los últimos años en donde han cambiado radicalmente y transformado la asistencia o la cooperación técnica que tiene un cierto carácter de donativo. Actualmente se usan más los términos "cooperación técnica" en lugar de "asistencia técnica", indicando un trato de igual a igual y no de donante a recipiente. Gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Canadá acepta la frase "technical cooperation", en lugar de "assistance". En español sería pues "cooperación técnica con los países". Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Obrigado, Senhor Presidente. Conforme eu havia expressado hoje pela manhã, quando tomamos conhecimento da emenda proposta pelo meu ilustre vizinho, eu manifestei que a linguagem proposta pela Delegação do Canadá, colocava alguns problemas para a Delegação do Brasil. Em primeiro lugar, porque acreditamos que esta idéia já está consignada de forma adequada no texto que nos veio do Comitê Executivo. Eu me permito ler o parágrafo 5, do item 2 e que diz, no texto em inglês que eu tenho pela frente: "To continue studying the question of the most equitable distribution of PAHO/WHO resources among the Member Governments, and to report on this subject to the 89th Meeting of the Executive Committee in 1983".

Senhor Presidente, este assunto, do menor desenvolvimento relativo como sabe Vossa Excelência e os Senhores Ministros, é um assunto extremamente controverso e é tratado em diversos foros internacionais nos quais a minha Delegação tem sempre defendido o ponto de vista de que é um conceito polêmico e por vezes divisionista. Não nos parece que este assunto devesse ser tratado de forma tão compromissória, de forma tão explícita num foro técnico. Isto é uma matéria que no nosso entender deve ser objeto de deliberação em foros políticos, preferencialmente. O tipo de redação que o Comitê Executivo apresenta no seu documento, e eu volto a me dirigir ao item C, me parece muito inteligente porque é uma redação equilibrada. Ela contempla um mínimo de idéias que satisfaçam as duas partes. A minha Delegação, em princípio, teria já uma certa dificuldade em aceitar o item C tal como ele está. Num foro político, por exemplo, nós seguramente nos oporíamos ao item C tal como ele está redigido. Aqui na OPAS, dadas as circunstâncias, nós poderíamos num grande esforço aceitar o texto como está. O texto proposto pelo Delegado canadense, agora modificado pelo Delegado dos Estados Unidos, este sim nos coloca problemas e eu teria extrema dificuldade em poder acompanhar o texto modificado. Não obstante, eu não creio que seria o caso de o Brasil solicitar um voto dessa resolução, porque na medida do possível devemos obter essas resoluções por consenso.

Em vista disso tudo, Senhor Presidente, eu volto a consultar o ilustre Delegado canadense e agora o Delegado norte-americano que propôs uma emenda se seria possível, em prol do consenso, manter a resolução, o parágrafo como está. Se a resposta dos colegas do Canadá e dos Estados Unidos e, eu creio, do Embaixador de Trinidad e Tobago, que também havia se manifestado a favor da emenda, for negativa, eu pediria à Presidência que me desse novamente uso da palavra. Antes de concluir, eu queria antecipar que, ao prevalecer o texto canadense com a emenda americana, sem nos opormos ao consenso, eu teria que me fazer uma reserva em relação ao item C. E eu lembro que em qualquer foro, em especial num foro técnico como este, onde se está tratando de um assunto tão fundamental quanto a saúde, é muito melhor que as resoluções saiam por consenso sem nenhum tipo de restrição. Acredito que haveria algum esforço da Delegação canadense de poder aceitar minha proposta e também da minha Delegação por aceitar algum tipo de consignação, tal como está no item C, de uma idéia que nos parece problemática, polêmica e divisionista. Muito obrigado.

Dr. GUZMAN (Chile): Gracias, señor Presidente. Desearía manifestar mi inquietud respecto a la propuesta del párrafo c) cuando se refiere a los Países Miembros que más lo necesitan. Pienso que la definición de cuáles son los países que más lo necesiten quizás nos lleve a crear un subcomité o a gastar más dinero del que se emplearía en la ayuda que necesitan esos países. Por eso participo de la inquietud del Delegado de Brasil y apoyo su moción de mantener el párrafo como estaba originalmente en la letra c). Gracias, señor Presidente.

M. CAREAU (Canada): Devant les inquiétudes exprimées par mes distingués collègues de gauche et de droite, et du fait que, en fin de matinée, j'avais demandé aux autres pays ici présents de bien vouloir exprimer leur accord ou leur désaccord avec la proposition que j'avais faite, et que je n'ai en fait reçu qu'un seul appui, celui des Etats-Unis,

suivi, en après, de celui de l'Ambassadeur de Trinité-et-Tobago, je me rends compte qu'effectivement je fais cavalier seul ou presque. Je suis tout à fait prêt à abandonner ce projet d'amendement. Comme un fruit qui n'est pas prêt à descendre d'un arbre, il faut le laisser mûrir; il est alors bien meilleur. Par conséquent, je suis prêt, M. le Président, à renoncer à mon amendement par esprit de coopération et devant les inquiétudes manifestées par mes distingués collègues.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): Mr. President, the distinguished Delegate of Canada is to be complimented on his crusading zeal. A crusade is never anything that one leaves easily, once one has embarked upon it, because it is a matter of faith; I know the distinguished Delegate of Canada has faith in this, and I know exactly what he means. This is why, this morning, I supported it, and I don't retract my views. What I particularly stressed this morning was the focusing of attention: when we said special attention, we meant just concentrating our gaze. There was no suggestion of any divisiveness at all as to the allocation of resources. It was only that special attention should be devoted to the distribution and allocation of funds. There was no attempt to regulate matters or have committees sit down to divide countries. That was not the suggestion at all. This is why I emphasized this morning, that what we expected was a focusing, a mere focusing of the camera on the issues, so to speak--if that will support the distinguished Delegate of Canada, and allow him to know that he is not alone in the field. I repeat that I must compliment him for his zeal: he should not abandon the crusade but maintain it.

Mr. MAYNARD (Dominica): Mr. President, this is obviously an arena that I would enter myself with a great deal of enthusiasm, and I think my colleague from Trinidad and Tobago and the Delegate of Canada should know that they would obviously have our support in this.

It seems to me that what this is saying is in itself a function of a number of things that we have come to recognize in our discussions here in the last few days and in other fora in the international community: there are areas with special needs. In our attempt to bring about some balance in the situation, and, in the context of what has already been said in the framework of the allocation of resources--and even when the Director-General was talking, one had the impression that his theme generally was the same: a continuing attempt on our part in these Organizations to respond and to adjust to needs and concerns as they arise. This would seem to be something that we should not have too much difficulty with in this kind of exercise.

I do not see much difference between using the term "cooperation" and leaving the resolution as it is. Its import, what it seeks to do, is quite clear, and is not unusual in the international community. Even within our situation in CARICOM, we often use the expression "having regard to" When the Caribbean Development Bank was established, one of its terms of reference was to provide funding, having regard to the special needs of the least developed countries. So, it seems to me that there is very little room for us to disagree about this measure. And I myself would like to indicate here that I am fully a part of that crusade.

El PRESIDENTE: La Presidencia comparte la inquietud del Delegado de Brasil. Estoy seguro de que hay justicia en los dos puntos de vista y que estamos hablando de la misma cosa ya que hasta ahora ha habido una cierta unidad de conceptos y consensos. La Presidencia se va a permitir nombrar una Comisión integrada por Canadá, Brasil, Chile y Trinidad y Tabago para que traten de buscar una redacción aceptable a todas las partes y que reúna los criterios de justicia buscados en la resolución. Voy a declarar un receso de quince minutos para tomar café.

The session was suspended at 4:00 p.m. and resumed at 4:35 p.m.
Se suspende la sesión a las 4:00 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.

ITEM 31: PROVISIONAL AGENDA OF THE SEVENTY-FIRST SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO:
ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE
TEMA 31: ORDEN DEL DIA PROVISIONAL DE LA 71a REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS:
TEMAS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

El PRESIDENTE: Vamos a continuar la sesión. Dejaremos de lado el tema 29 hasta tanto presente el informe la Comisión que está redactando el párrafo en discusión.

Pasamos entonces al tema 31 del programa de temas. El documento correspondiente es el CSP21/9. Ruego al Director que informe sobre el tema.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. Como ya tuve oportunidad de mencionar en la sesión privada de jefes de delegación, este es el orden del día provisional de la 71a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se celebrará en Ginebra en enero de 1983. Observando los puntos del orden del día provisional se encuentran algunos que no tienen relación con la Región de las Américas. Quizá para ustedes, señores Ministros, muchos de estos puntos no tengan interés, pero hay algunos que son especialmente importantes, por ejemplo el punto 22.4 (Asistencia sanitaria a los refugiados en Africa), que no guarda relación con la Región, salvo desde un punto de vista humanístico. Otros puntos de poco interés son la designación del Premio y la medalla de la Fundación Dr. A. T. Shousha, porque se adjudica solamente a funcionarios de los países del Mediterráneo Oriental.

Ahora bien, yo quisiera llamar la atención de ustedes sobre algunos temas de mucha importancia. Por ejemplo, el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1984-1985. Han estado ustedes discutiendo todo el día acerca de este asunto y de la parte que le corresponde del presupuesto de la OMS a la Región de las Américas. Si vamos a ser consecuentes con las decisiones y resoluciones que ustedes adopten en esta Conferencia, habrán de tener la misma actitud los seis miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS que representan a los países de las Américas.

De aquí la importancia que tiene el que ustedes, señores Ministros y Jefes de Delegación cuyos países están representados ahora en el Consejo Ejecutivo de la OMS, instruyan a sus representantes en esa reunión para que sigan la misma política adoptada por ustedes en nuestros Cuerpos Directivos.

Yo lo digo con mucho interés, porque desafortunadamente he visto resoluciones muy importantes de esta Conferencia o del Consejo Directivo que, al ser llevadas al Consejo Ejecutivo de la OMS, no tienen ningún eco. El Director Regional las presentó y los Representantes de la Región de las Américas ni siquiera sabían que habían sido adoptadas. Es lógico entonces que el Consejo las ignore y que ignore también las peticiones repetidas que se hacen en ese foro para que se le dé un trato más razonable a la proporción del presupuesto de la OMS para las Américas. Ese sería el caso del punto 7 del orden del día provisional del Consejo.

El punto 8 se refiere a un informe que el Director Regional tiene obligación de presentar al Consejo Ejecutivo acerca de las resoluciones que ustedes adopten aquí y de otros asuntos que ustedes hayan discutido aunque no adopten resoluciones. Desde ese punto de vista, es también importante que los miembros del Consejo que representan a la Región de las Américas estén informados e interesados en estos asuntos para que, a su vez, hagan aclaraciones o explicaciones adicionales si proceden.

El nombramiento del Director Regional para las Américas es un asunto de trámite; ustedes han elegido al Director y en virtud del Acuerdo OMS/OPS, el Director Electo es también designado por medio de una resolución del Consejo Ejecutivo como Director Regional de la OMS para las Américas. Asimismo, en el próximo Consejo Ejecutivo se designará al Director General. El Dr. Mahler llega al término de su mandato y el Consejo Ejecutivo

de la OMS debe volver a designarlo a él o a otra persona, designación que debe ser ratificada por la Asamblea Mundial de la Salud. Es indudable que también es de interés para ustedes, señores Ministros, el nombramiento del Director General de la OMS.

El punto 12 (Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000) es importante porque si al examinar la estrategia elaborada por la Secretaría, por el Comité del Programa y por el Consejo Ejecutivo, esta no entra dentro de las líneas generales de una estrategia que obviamente debe servir a África, América, Asia, Europa, etc., o si no coinciden otros elementos, como es el caso de la clasificación de los programas, nuestros representantes en el Consejo Ejecutivo deben hacerlo ver.

En cuanto al punto 13 (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna), así como nosotros les explicamos a ustedes el significado de las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, es importante también que sus representantes ante el Consejo Ejecutivo conozcan las acciones de los países de las Américas en este sentido. Para ello hemos elaborado un documento que ponemos a disposición de ellos y de ustedes en el que se han puesto al día las actividades que todos los Gobiernos Miembros de las Américas han realizado.

Según el punto 14 (Política en materia de patentes), el Director General debe informar al Consejo Ejecutivo sobre lo que se ha hecho. Se trata de algo más específico y el Director General informará, sobre todo dentro del Programa de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, de si se ha patentado algún procedimiento o alguna droga que haya podido ser elaborado o elaborada en el marco de ese programa de donativos para investigaciones.

El punto 15 (Medidas adoptadas en relación con los acuerdos internacionales sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas), es también un asunto de rutina.

El punto 16 se refiere al método de trabajo y la duración de la Asamblea Mundial de la Salud. Como les decía, en la Resolución WHA34.29, adoptada en mayo de 1981, se menciona que en 1983 se examinará el proyecto de presupuesto por programas, lo que llevará un tiempo considerable, por lo que se estima que la Asamblea de mayo de 1983 durará tres semanas, y no dos como la de 1982. Pero también hay que reconocer que en la resolución de la Asamblea que dio lugar a estas modificaciones se pide al Director General que siga estudiando este asunto con vistas, por un lado, a reducir el tiempo de las Asambleas y, por otro, a considerar la posibilidad de celebrarlas cada dos años en lugar de todos los años como ahora.

El punto 17 trata del tema de las Discusiones Técnicas y, en cuanto al punto 18 (Intervención del representante de las Asociaciones del Personal de la OMS), quisiera llamar la atención de ustedes al hecho de que nuestro Comité Ejecutivo escucha los puntos de vista de las Asociaciones del Personal de la OPS (de la Sede y de las de campo). Estas últimas, naturalmente, tienen siempre el recurso de acudir a la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en donde se exponen los puntos de vista de las Asociaciones de Personal de las diferentes Regiones, con objeto de que se puedan uniformar los criterios y los Estatutos y Reglamentos del Personal en todos los sentidos. También se tratará de la confirmación de las modificaciones del Reglamento del Personal, si las hubiere.

El tema del punto 20 (Contratación de personal internacional en la OMS) lo hemos tocado en alguna ocasión aquí. Se refiere al hecho de que muchos países piden estar representados en la Secretaría de la OMS, por lo que se ha establecido un sistema y una política obligatorios para todos los Directores Regionales en el sentido de que, por ejemplo, no podemos contratar más funcionarios de una cierta nacionalidad porque hay muchos en la OMS. Pero hay países que no están representados en la Secretaría y hay otros que están en una escala intermedia, donde se puede contratar, pero no mucho más. En este aspecto, el Director General tiene que seguir informando al Consejo Ejecutivo acerca de

las modificaciones que haya en la plantilla de personal de la OMS y de las diferentes nacionalidades.

El tema del punto 21 (Fondo para la gestión de bienes inmuebles, y locales en la Sede) es un asunto también rutinario. Se trata de un fondo especial que se utiliza para reparaciones de diferentes edificios de la OMS. Ahora tengo entendido que el problema ingente es el edificio principal de la OMS en Ginebra que parece que tiene goteras y habrá que desocupar la cafetería y posiblemente esto cueste--como cuesta cualquier reparación ahora--millones. Le corresponde al Consejo Ejecutivo examinar el asunto a fondo y hacer recomendaciones a la Asamblea al respecto.

Dentro del punto 22 (Colaboración con el sistema de las Naciones Unidas) hay también asuntos rutinarios: el informe de la Dependencia Común de Inspección, el informe de la Comisión de Administración Pública Internacional y el punto que he mencionado antes sobre la asistencia sanitaria a los refugiados en Africa. Ahora me imagino que se incluirá algún punto relacionado con la asistencia sanitaria a los refugiados en el Líbano.

En el marco del punto 23 (Coordinación con organizaciones no gubernamentales) se consideran las nuevas solicitudes y se examinan las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones con la OMS que, por una razón u otra, no parecen estar activas, por lo que se requiere tomar una decisión para eliminarlas de la lista si es que realmente no participan en los trabajos.

El punto 24 se refiere a la adjudicación de varios premios. El Premio Dr. Shousha, como señalé, se otorga solamente a personas de ciertas nacionalidades por lo que tiene poco interés para la Región de las Américas. Sin embargo, la beca de la Fundación Jacques Parisot ha cambiado su Reglamento hace dos o tres años y ahora sí se adjudica a todo el mundo, como lo demuestra el que un ilustre ciudadano de Jamaica la haya recibido; se trata del Profesor Kenneth L. Standard. La Medalla y Premio de la Fundación para la Salud del Niño, de reciente creación por un distinguido pediatra y estadista turco, también tiene ciertas restricciones.

Después figura la designación del Comité del Consejo Ejecutivo encargado de examinar ciertos asuntos financieros antes de la Asamblea Mundial de la Salud; se trata de cuestiones internas del Consejo Ejecutivo, que establece comités, etc. También se considera el orden del día provisional y la duración de la Asamblea Mundial de la Salud y se determinan la fecha y el lugar de la próxima reunión del Consejo Ejecutivo. Como ustedes ven, no son asuntos banales, hay algunos de suma importancia para esta Conferencia, por lo que sugerimos a ustedes la posibilidad de que nos autoricen en forma oficial para invitar a los miembros del Consejo Ejecutivo de la Región de las Américas a un "briefing" de un día o dos, aquí en Washington, para ponerles al tanto de las resoluciones de la Conferencia.

Esto es todo en relación con este tema. Señor Presidente, estoy a disposición de ustedes para cualquier aclaración adicional.

El PRESIDENTE: En discusión el tema 31. Si nadie quiere hacer uso de la palabra y nadie tiene objeción a que se autorice al Director para que invite a los Miembros de la Región, entonces mandaríamos a redactar la resolución para su consideración. Pero han pedido la palabra Francia y Colombia. Tiene la palabra Francia.

Dr. BROUELLE (France) Nous remarquons dans le programme, en quelque sorte en annexe en bas de la page 1, que le Comité du Programme pourra faire un rapport sur un certain nombre de sujets parmi lesquels l'évaluation du programme spécial de recherche et de formation dans les maladies tropicales. C'est une question dont on avait demandé l'adjonction à l'ordre du jour du prochain Conseil exécutif, ce qui avait été, je pense, adopté. Etant donné que la formulation est dubitative et hypothétique, elle laisse la

possibilité, mais non l'obligation, de présenter le sujet. Nous souhaitons vivement, étant donné l'importance du sujet, qu'il figure dans l'ordre du jour. C'est un programme des plus importants qui absorbe des fonds extrêmement élevés et pour lequel nous souhaitons avoir un certain nombre d'études et de précisions qui intéresseront, je pense, tous les pays.

Dra. FORERO (Colombia): Sí, en relación con el tema que se discute, señor Presidente, yo agradecería, si ustedes lo consideran pertinente, que en el punto 17, sobre el tema de las Discusiones Técnicas en la 37a Asamblea Mundial de la Salud, se incluyera si es posible la posibilidad de estudiar el cambio de estrategias en cuanto a la información para la salud. Se trata de establecer una canalización de dicha información dirigida al 99% de los pueblos, con el fin de educarlos en el cuidado de la salud a través de medios masivos de comunicación.

Yo creo que es una necesidad sentida, que los presupuestos gastados en información escrita que llena bibliotecas y nos sirve solamente a nosotros, los profesionales de la salud, que constituimos el 1% de los pueblos, deben cambiarse, para producir información educativa para el 99% de estas gentes y que esta información se haga en su lenguaje y en su ambiente, a fin de hacerlos partícipes del cuidado de su salud y de la imperiosa necesidad de que tomen conciencia del problema.

Considero que la OPS y la OMS deben cambiar y fortalecer sus oficinas de información, modernizándolas para que, a través de modelos, nos apoyen y nos enseñen a educar para prevenir, pues hasta ahora seguimos siendo ministros de la enfermedad y no ministros de la salud.

Yo estoy segura de que todo programa debe ir precedido de una gran divulgación educativa sobre los propósitos y las metas de la comunidad que los va a recibir, para lo que se requiere, naturalmente, preparar material adecuado para medios masivos de comunicación, con el fin de no excluir esta comunidad de los conocimientos sobre programas que les están destinados. Si esto es pertinente, yo agradecería que fuera incluido en ese punto. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias señor Presidente. En primer lugar, con respecto a la información proporcionada por la Dra. Broyelle, tengo entendido que su Gobierno ha hecho la solicitud al Director General de que incluya el tema del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) en el Orden del Día de la próxima reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

A este respecto, quisiera mencionar que el TDR es financiado enteramente por contribuciones voluntarias de Gobiernos y organismos y tiene una Junta Ejecutiva y diferentes mecanismos que examinan todos estos aspectos, inclusive la evaluación. Es indudable, sin embargo, que el Consejo Ejecutivo de la OMS tiene autoridad para analizar las actividades del TDR y evaluarlas. Seguramente el Director General estará de acuerdo con esto.

Con respecto a la propuesta de la Viceministro de Colombia, yo le rogaría que tenga en cuenta que nosotros registraremos su propuesta en las actas de esta sesión y se la transmitiremos a los delegados en ese "briefing" que organizaremos aquí sobre la Región de las Américas, para que la consideren dentro de la autoridad que ellos tienen para hacer propuestas de modificación al Orden del Día en el momento de su adopción.

Desafortunadamente, los Directores Regionales no tenemos esa autoridad, ni los Comités Regionales, a menos que adopten ustedes una resolución. Sin embargo, me temo que esto requeriría un documento de trabajo y analizar el tema en toda su amplitud para que ustedes pudieran llegar a una resolución. Les repito el procedimiento: ha quedado ya en acta y nosotros lo transmitiremos a los miembros del Consejo Ejecutivo de la Región de las Américas. Espero que esto satisfaga su deseo. Gracias.

El PRESIDENTE: Si no hay ninguna objeción, vamos a pedir al Relator que redacte una resolución autorizando al Director a convocar, antes de la reunión del Comité Ejecutivo de la OMS, a los delegados que representan a esta Región, en Washington, para una sesión previa de orientación. Dicha resolución será repartida y la consideraremos posteriormente.

ITEM 29: CRITERIA AND GUIDELINES FOR THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE BIENNIUM 1984-1985, AND PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1984-1985 (conclusion)

TEMA 29: CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PREPARACION DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1984-1985, Y PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS PROVISIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1984-1985 (conclusión)

El PRESIDENTE: Reanudamos la discusión sobre el tema 29. La Comisión que hemos nombrado nos ha traído un texto en español que, con la venia de ustedes, nos vamos a dispensar de repartirlo en los otros idiomas. El texto dice así: "Que en la adjudicación de recursos de cooperación técnica se apliquen criterios que sean los más equitativos en relación con las necesidades y las características de los países".

Pongo a discusión la enmienda que nos ha traído la Comisión. Tiene la palabra la Delegada de Nicaragua.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Muchas gracias señor Presidente. Realmente, quizá no haya escuchado muy bien, pero me parece que todavía queda un poco vago quién va a definir esos criterios, esto es, los más equitativos. Eso va a prestarse también a la formación de un subcomité para que defina cuáles son esos criterios. Es decir, quizá el Director pudiera aclararlo, pues me parece que está confuso todavía. Gracias.

Dr. ACUÑA (Director): Yo, como Director hasta enero próximo, lo único que puedo decirles es que no tengo una fórmula mágica para hacer esas asignaciones. El único método que podemos emplear es el que hemos seguido utilizando desde tiempo casi inmemorial dentro de la OPS. Si hay adiciones o modificaciones de importancia al presupuesto, por ejemplo, vamos a suponer que del 30% para los países pasamos al 35%; lo único que nosotros podemos hacer con ese 5% de diferencia es repartirlo uniformemente, 5% a cada país. Claro que hacemos pequeños ajustes, porque si el 5% del presupuesto significa US\$28.142 para un país y un cargo por seis meses cuesta US\$30.000, pues quizá redondeemos a US\$30.000 y será un poco menos del 5% (digamos 4,97) y a otro país le daremos un 5,11% o algo así. Eso es lo único que nosotros podemos hacer.

Ahora nos han dado otros criterios aquí, que son los establecidos como prioridades en el Plan de Acción. Eso sí, entendemos claramente que, si sus peticiones, señores Ministros, están dentro de las prioridades del Plan de Acción, tienen más valor que las peticiones de un gobierno que no entran en esas prioridades. Si usted nos pide para atención primaria de salud, que está dentro de las prioridades del Plan de Acción, y otro gobierno nos pide, digamos, para reumatismo, que también está dentro de las prioridades pero no de las más importantes, pues obviamente se aplicará un criterio menos amplio.

Sin embargo, esto le tocará a mi distinguido sucesor. Lo que nosotros haremos es tratar de poner estos criterios con instrucciones para nuestros representantes a fin de que sigan este proceso de consultas con sus gobiernos, con objeto de poder elaborar un poco el proceso antes de que venga el nuevo Director y proponga un documento definitivo a los Gobiernos y al Comité Ejecutivo. Gracias, señor Presidente.

Dr. PAGES (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Estamos prácticamente volviendo al punto que dio origen en las pasadas reuniones de los Cuerpos Directivos al

análisis de este asunto, que indiscutiblemente tiene una gran envergadura. La Delegación de Cuba, que en calidad de Observador asistió a la pasada reunión del Comité Ejecutivo, estuvo totalmente de acuerdo con la resolución que se nos presenta y particularmente con el párrafo c) donde, precisamente teniendo en cuenta los aspectos que acaba de señalar el Señor Director, nos pedía realizar un estudio sobre la forma de hacer una distribución lo más equitativa posible, sabiendo que precisamente ello no era una tarea fácil, como seguramente no resultaría una tarea fácil poder definir cuáles son los Países Miembros de la Organización que más necesidad tienen de los recursos de la Organización.

Por otra parte, en esa resolución elaborada o presentada al Comité Ejecutivo por el Subcomité de Programación y Planificación a Largo Plazo se pedía que la Secretaría presentara a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo, en junio de 1983, un informe sobre este asunto.

Creo que ese es un aspecto que debemos nosotros mantener en el cuerpo de la resolución, precisamente porque sería algo que nos daría las pautas para seguir trabajando y analizando este asunto de tanta importancia.

La Delegación de Cuba está de acuerdo con los planteamientos inicialmente formulados por el distinguido Delegado del Canadá, secundado por algunos colegas de los países del Caribe. Creemos que realmente este es un aspecto de importancia—repito—y que merece nuestra máxima atención.

Señor Presidente, en aras de lograr un consenso sobre este asunto, que como bien han expresado algunos colegas es uno de los aspectos que siempre tratamos de lograr en esta casa, nos permitiríamos proponer un texto que es muy breve, y después pasarlo por escrito, si usted lo tiene a bien, para tratar de aunar lo que está redactado en la resolución del Comité Ejecutivo con la propuesta que presentó el distinguido colega del Canadá. El párrafo c) diría así: "Continúe estudiando la forma de establecer una distribución más equitativa de los recursos de la OPS tratando de conceder la debida atención a los Países Miembros que más lo necesitan y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo en 1983". Esa es nuestra propuesta, señor Presidente. Muchas gracias.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): Mr. President, I appreciate what the distinguished Delegate of Cuba is attempting to do. I compliment him in his attempt to make even more equitable what the distinguished Delegates of Canada and Brazil have attempted to do. I was quite happy with their reconciliation; they recognized exactly what we have been stressing. They recognized the inevitable disparities which will always meet us and they felt this could be corrected only by equity; so, they agree with what the distinguished Delegate of Cuba is stressing. I concur with both texts because they recognize what we have been attempting to say. What we are discussing is the spirit of equity. We are not talking about hard rules which are to be laid down, but of minor measures of equity which correct imbalances and so forth. So I could agree with the distinguished Delegate of Cuba. I accept his submission, but at the same time I have to compliment the distinguished Delegate of Canada on his courage in introducing this matter, and the distinguished Delegate of Brazil for effecting the reconciliation of their views; I must also thank the Delegate of the United States of America for his gracious attitude toward equitable distribution. I agree with all the expressions of equity on this matter, and therefore it is a question of wondering which way to go. I was prepared to support the reconciliation, yet, at the same time, our good friend from Cuba has produced another text which is also concerned with equity. Therefore, what are we going to do about it? Would it be a matter of leaving the delegations just to work on the semantics and submit it to the Secretariat, because no real controversy is involved? There is complete agreement. We feel that what we have to do is vote for the resolution which we feel best meets our needs and our lives. I think they all say the same thing.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Senhor Presidente, eu acho que depois das discussões que nós tivemos sobre este tema, parece mais ou menos claro que já existe um mínimo de acordo

sobre a substância e talvez já não haja acordo sobre grau, porque houve concessões de parte a parte das delegações interessadas na redação canadense, e das delegações como a minha e a do Chile, que preferiam uma outra redação. Agora o nosso colega de Cuba nos traz uma sugestão que pelo menos do ponto de vista brasileiro representa um passo atrás no compromisso mui delicado que havia sido logrado entre as delegações. Talvez nós nos tenhamos equivocado não incluindo o nobre colega de Cuba no grupo, porque isso nos teria poupado um pouco de tempo. O que eu insisto Senhor Presidente, é que a minha delegação não pode acomodar, ou pelo menos tem muita dificuldade de acomodar, um conceito estratificado e "misleading" que é o de país mais necessitado ou menos necessitado. Obviamente nós sabemos quais são os mais ou quais são os menos, e a resposta que o Senhor Diretor deu à pergunta feita pela Ministra da Nicarágua, evidencia que na verdade as prioridades são dadas na medida em que os pedidos dos países se encaixam com as prioridades definidas. Talvez nós estejamos aqui, em volta de um problema mais semântico que real. Em busca de um novo consenso, eu perguntaria, através da Presidência ao meu colega de Cuba, se aceitaria algum tipo de fusão entre a redação que saiu do grupo e a sua própria, e a minha proposta seria a seguinte (eu vou ler devagar): "continue estudando a maneira de estabelecer uma forma mais equitativa de distribuição dos recursos da OPAS, tratando de conceder a devida atenção às necessidades e características dos países", ou seja, nós aproveitaríamos a primeira parte da redação cubana, e a parte final da redação do Grupo, apenas para evitar com essa minha sugestão, a dificuldade de uma caracterização de países que para mim é difícil aceitar. Se a presidência julgar conveniente, eu poderia conversar rapidamente com o Delegado cubano e apresentar de forma mais explícita a minha idéia, e depois voltaríamos ao assunto.

El PRESIDENTE: En realidad el tiempo nos apremia, ya que tenemos programado el tema 32 para esta tarde. Ya que este tema se ha convertido en un tema bastante controvertido, nos parece que efectivamente lo más correcto sería que se llevara a cabo lo que el Brasil propone. Yo voy a nombrar otra comisión, compuesta por Cuba, Canadá, Brasil, y Trinidad y Tabago, para que redacten un párrafo que reemplace al que propuso el Comité Ejecutivo. A ver si esto lo podemos repartir el lunes en la mañana y discutirlo el lunes en la tarde, porque hoy ya se ha agotado el tema y veo que tiene muchos matices y muchas sutilezas que es mejor discutir en un "petit comité" y no en una asamblea, pues vamos a perder mucho tiempo en ello.

Entonces voy a dejar el tema 29 para que sea discutido el lunes en la tarde, porque la resolución tiene que ser entregada en la mañana para que las delegaciones puedan estudiarla y así discutirla según el Reglamento Interno de la Conferencia. ¿El Delegado del Brasil quería hablar?

Sr. NASLAUSKY (Brasil): A minha Delegação teria dificuldade em deixar este assunto para segunda-feira por razões de organização interna da Delegação. Eu consultaria à Presidência se não poderíamos fazer um esforço adicional neste momento; eu pediria a benevolência do meu colega do Canadá e do meu colega de Cuba e dos outros que queiram participar e, rapidamente, fora da sala, redigiríamos um projeto. Eu acredito que o projeto que sair desse grupo, será um projeto que virá a ser aprovado rapidamente ainda na tarde de hoje.

El PRESIDENTE: El tema 32 está programado para ahora, y se trata del Premio que vamos a darle a un distinguido colega de Guatemala. Inmediatamente después hay una recepción. La ceremonia que vamos a desarrollar ahora va a demorar aproximadamente unos 20 a 30 minutos y son las 5:15 de la tarde. No tengo ninguna objeción a que usted se reúna con el Delegado de Cuba y nos deje una redacción que sea aceptable para todas las delegaciones interesadas inmediatamente después de que terminemos con el programa de hoy, pero me parece que vamos a demorar demasiado y no vamos a salir de aquí a una hora temprana. Si usted no tiene objeción, distinguido Delegado.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): E sempre difícil a um Delegado brasileiro dizer não a uma Presidência, sobretudo a uma Presidência panamenha, mas eu pediria que pelo menos

fizéssemos a tentativa rapidamente. Eu não acredito que haja muita dificuldade nesse texto, e a Presidência submeteria rapidamente este parágrafo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra si es para una cuestión de orden.

Dr. PAGES (Cuba): Sí, señor Presidente, y es muy breve. Realmente, la Delegación de Cuba en principio está totalmente de acuerdo con lo que ha leído el distinguido colega del Brasil. Pedimos disculpas por haber molestado tal vez el ánimo de alguno de los distinguidos colegas aquí reunidos. Lo que la Delegación de Cuba quiere agregar a ese texto es que se informe a la 90a reunión del Comité Ejecutivo en 1983. Con eso no habría ningún problema y quizá en unos segundos llegaríamos a un acuerdo. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Le voy a pedir al Delegado de San Vicente y Granadinas que espere un minuto antes de que le dé la palabra, para pedir al Delegado del Brasil que nos lea la resolución que recoge el punto que quiere el Delegado de Cuba, a ver si nos ponemos de acuerdo.

Sr. NASLAUSKY (Brasil): Em primeiro lugar, Senhor Presidente, eu quero agradecer ao Delegado de Cuba a cooperação e a boa vontade. Se eu bem recolhi a sugestão cubana a redação ficaria da seguinte maneira "2(e) Pedir ao Diretor que continue a estudar a questão de maneira a estabelecer uma forma mais equitativa de distribuição dos recursos da OPAS tratando de conceder a devida atenção às necessidades e características dos países e informe a respeito a 90a Reunião do Comitê Executivo"¹.

El PRESIDENTE: ¿Está de acuerdo la Delegación de Cuba?

Dr. PAGES (Cuba): Está de acuerdo, señor Presidente. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: ¿La Delegación del Canadá está de acuerdo? ¿La Delegación de Trinidad y Tabago está de acuerdo?

El PRESIDENTE: St. Vincent and the Grenadines are in agreement? Do you wish to speak? No, very good.

El PRESIDENTE: En vista de que hay consenso, voy a poner a consideración de la sala la última propuesta del Delegado del Brasil. Si no hay objeción o enmienda, la voy a dar por adoptada. Entonces pongo a consideración de la sala la Resolución XVII del Documento CSP21/24, Anexo E, con las dos modificaciones introducidas y que ya han sido leídas. Si no hay objeción o enmienda, voy a declararlas adoptadas.

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

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

¹Texto inglés: 2 c) To request the Director to make a study of the matter with a view to establishing a more equitable form of distributing PAHO resources, endeavoring to pay due attention to the needs and characteristics of the countries, and to report thereon to the 90th Meeting of the Executive Committee.

¹Texto español: 2 c) Pedir al Director que realice un estudio de la cuestión para establecer una forma más equitativa de distribución de los recursos de la OPS, tratando de conceder la debida atención a las necesidades y características de los países, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo.

ITEM 32: REPORT ON THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1982
TEMA 32: INFORME SOBRE EL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION, 1982

El PRESIDENTE: Pasamos entonces al tema 32: Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1982. El documento correspondiente es el CSP21/14. Le doy la palabra al Representante del Comité Ejecutivo.

Dr. GONZALEZ CARRIZO (Comité Ejecutivo): El Comité Ejecutivo, en su sesión plenaria del 25 de junio pasado, tomó nota de la decisión del Jurado que adjudicó el Premio OPS en Administración para 1982. El Jurado estuvo integrado por los Dres. Walter Chin, de Guyana, Ramón Álvarez Gutiérrez, de México, y José Rodríguez Soldevilla de la República Dominicana, que actuó como Presidente, asistido por el Dr. Manuel Bobenrieth, de la Secretaría.

El Jurado trabajó los días 23 y 24 de junio y consideró los méritos de cinco postulantes, tres de ellos considerados en segunda instancia. El Jurado decidió otorgar el Premio al Dr. Julio César Mérida de León, de Guatemala. Este Premio fue otorgado, como lo destaca el informe del Jurado, por su destacada labor en el campo de la organización y el funcionamiento de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles y su influencia en el reforzamiento y modernización de la administración de los servicios generales de salud.

El PRESIDENTE: Voy a pedirle al Relator que dé lectura al proyecto de resolución al respecto.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration and Resolution XII of the 88th Meeting of the Executive Committee (Document CSP21/14 and Annexes); and

Bearing in mind the regulations set forth in the procedure and guidelines governing the PAHO Award for Administration,

RESOLVES:

To declare Dr. Julio César Mérida de León of Guatemala winner of the PAHO Award for Administration, 1982.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vistos el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración y la Resolución XII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/14 y Anexos), y

Habida cuenta de las normas del Reglamento para la Adjudicación del Premio OPS en Administración,

RESUELVE:

Adjudicar al Dr. Julio César Mérida de León, de Guatemala, el Premio OPS en Administración, 1982.

El PRESIDENTE: Si no hay objeciones ni enmiendas, voy a declarar adoptada la resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Vamos a pedirle al Dr. Mérida de León que se acerque para hacerle entrega del Premio.

El certificado dice así: "Organización Panamericana de la Salud. La XXI Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud otorga el Premio OPS en Administración para 1982, al Dr. Julio César Mérida de León, en apreciación por su labor en la elaboración y ejecución de programas para la prevención y el control de enfermedades transmisibles y por su influencia en el fortalecimiento y la modernización de la administración de los servicios generales de salud".

Dr. MERIDA (Guatemala): Señor Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, señores Ministros de Estado y Jefes de Delegación, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, señor Director electo de la Oficina Sanitaria Panamericana, señoras y señores: Son mis palabras iniciales de profundo agradecimiento, primeramente, para el Jurado del Premio OPS en Administración para 1982 por haber decidido por unanimidad recomendar el otorgamiento de este importante Premio a un servidor de ustedes; en segundo término, para el Comité Ejecutivo, por tomar nota de la decisión del Jurado y recomendar su adjudicación y, por último, mi agradecimiento más profundo, en nombre de mi patria, de mi familia y de mi persona, a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana con el mismo motivo.

Cuando el Dr. Stuart Portner hizo la generosa donación para que la Oficina Sanitaria Panamericana instituyera un Premio en Administración para la Salud, indudablemente tanto la Oficina Sanitaria Panamericana como el Dr. Portner quisieron--y creo que lo han logrado--promover y estimular a los países de Latinoamérica para dedicar la mayor atención a uno de los capítulos más importantes en la mejor realización de los programas, como es el perfeccionamiento del componente administrativo de los mismos.

Un servidor principió a trabajar en la lucha contra la tuberculosis y en fisiología desde 1946, plenamente convencido de la necesidad del control de esta enfermedad en Guatemala. Antes de 1955 no hubo en mi patria sino actividades aisladas de tipo asistencial, en manos de instituciones del Estado y de la iniciativa privada. Como aspecto particular, puedo informar que la lucha antituberculosa en Guatemala comenzó por el combate contra la enfermedad en el niño. De 1955 a 1975, la lucha antituberculosa en Guatemala siguió los cánones tradicionales de campañas en masa, tanto de protección conferida por la vacuna BCG, como de localización de casos por medio de fotofluoroscopías en serie y tratamiento ambulatorio de los enfermos, no siempre bien supervisado.

En Guatemala se ha venido operando desde hace 12 años el desarrollo de su infraestructura en salud, la cual está siendo impulsada intensamente por nuestro actual Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, tanto en puestos y centros de salud, como en hospitales, laboratorios y farmacias estatales.

Con una infraestructura suficiente para horizontalizar un programa nacional de control de la tuberculosis que satisfaga la demanda explícita de nuestros pobladores y con servicios permanentes y muy cercanos al domicilio de los enfermos; con esa infraestructura --digo--desde 1977 se cuenta en Guatemala con el control de la tuberculosis integrado a la rutina de los servicios generales de salud. Esta integración ha sido la aspiración de todos nuestros países, como fue recomendado desde 1962, con ocasión del XIII Congreso de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Fisiología, celebrado precisamente en Guatemala.

Quiero expresar mis felicitaciones de un antiguo trabajador en salud pública a la OPS y a sus distinguidos dirigentes por la cooperación técnica, asesoría y ayuda que a lo largo de tantos años y con tan buenos resultados nos han venido ofreciendo.

En este momento vienen a mi mente los nombres de distinguidos colegas dedicados a la salud pública y a la lucha contra la tuberculosis en Latinoamérica, todos ellos eficientes colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud.

Casi en el ocaso de la vida, al recibir este Premio comprometo mis últimos años para poner mi experiencia en el fomento de la salud y en la protección contra las enfermedades en mi país.

Nos acercamos urgidos y presurosos a conformar la atención primaria en salud, buscando un concepto, una política y unas estrategias que permitan plasmar nuestras aspiraciones en este importante campo. No tengo la menor duda de que este reconocimiento a mi persona involucra el reconocimiento de la OPS a una legión de varios miles de funcionarios del sector salud de todos los países que, en forma silenciosa, abnegada, eficiente y leal, cumplen con su trabajo, día a día, en beneficio de la salud y del bienestar de los pueblos. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Gracias, señor Presidente: Me permití solicitar la palabra para referirme al honor conferido a nuestro colega, el Dr. Julio César Mérida de León. El Gobierno de Guatemala se siente muy satisfecho por el otorgamiento del Premio OPS en Administración al distinguido Dr. Julio César Mérida de León. Considero que es un honor muy merecido, ya que en esta forma se reconoce su calidad profesional y su preparación en salud pública, que ha sido de suma utilidad en el desarrollo de nuestros programas, muy beneficiosos para nuestro pueblo. Su calidad científica es indiscutible y el reconocimiento que se hace en este día es la ratificación de esta característica. Hacer mención de su currículum sería en esta ocasión poco conveniente, ya que el mismo es extenso en sus realizaciones y en él existen múltiples reconocimientos otorgados por los organismos internacionales e instituciones de carácter nacional. Deseo agradecer, en nombre del Gobierno de Guatemala y en mi calidad de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de mi país, a la OPS el haber expresado tan apreciado reconocimiento a un compatriota tan distinguido como es el Dr. Julio César Mérida de León. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Con la venia de la sala quiero pedirles disculpas porque el lunes por la mañana estaré ausente, debido a un compromiso familiar. Con mucho gusto el Vicepresidente pro tempore, el distinguido Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, Dr. Fernando Berríos Escobar, va a presidir la sesión del lunes por la mañana. Se levanta la sesión.

The session rose at 5:40 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:40 p.m.

NINTH PLENARY SESSION
NOVENA SESION PLENARIA

Monday, 27 September 1982, at 9:15 a.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 9:15 a.m.

Provisional President: Dr. Fernando Berríos Escobar El Salvador
Presidente Provisional:

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

ITEM 26: STUDY OF THE FUNCTIONS OF THE AREA OFFICES OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
(conclusion)
TEMA 26: ESTUDIO DE LAS FUNCIONES DE LAS OFICINAS DE AREA DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA (conclusión)

Dr. BERRIOS (Presidente Provisional): Quiero desearles un feliz día y hacer votos porque el trabajo de hoy sea muy fructífero. Tiene la palabra el Secretario.

El SECRETARIO: Tenemos dos proyectos de resolución pendientes. Primero se examinará la enmienda referente al del estudio de las funciones de las Oficinas de Area de la OSP, propuesta por el Delegado de los Estados Unidos de América, y que dice así:

Add the following after operative paragraph 1:

2. To request the Director to:
 - a) Continue the evaluation study initiated by Resolution XII of the XXVIII Meeting of the Directing Council;
 - b) Ensure that the study includes, inter alia, attention to the functions of the Area Offices, to the appropriateness of the distribution of countries served by each Office, and to the issue of the need for the Area Offices in the effective operation of the Organization;
 - c) Report on the results of this study to the 90th Meeting of the Executive Committee and to the XXIX Meeting of the Directing Council in 1983.

Renumber current paragraph 2. as 3.

Incorpórese lo siguiente a continuación del párrafo 1 de la parte dispositiva:

2. Pedir al Director que:
 - a) Lleve adelante el estudio de evaluación emprendido con arreglo a lo dispuesto en la Resolución XII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo;
 - b) Se asegure de que en el estudio se presta, entre otras cosas, la atención debida a las funciones de las Oficinas de Area, a la buena distribución de los países atendidos por cada Oficina y al problema de la necesidad de Oficinas de Area para el eficaz funcionamiento de la Organización;
 - c) Informe sobre los resultados del estudio en la 90a Reunión del Comité Ejecutivo y en la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983.

Asígnese el número 3. al anterior párrafo 2.

Mr. BOYER (United States of America): I would simply like to explain the purpose of this amendment. The Delegates will recall that Resolution XII of last year's XXVIII Meeting of the Directing Council asks only that the evaluation be initiated and that a progress report be submitted to the Pan American Sanitary Conference. It does not ask for anything else, and so if we do not request the Secretariat to continue the study, there is no standing request because the action initiated by the last resolution has now been completed. The purpose of this amendment in paragraph 2.a) is to ask the Director to continue the study that was initiated. Paragraph 2.c) asks him to report on the results of the study to the 90th Executive Committee which meets in June 1983, and to next year's XXIX Directing Council, and in paragraph 2.b) I have enumerated a number of issues that we think would be useful for the Secretariat to address in carrying out this study. This, I think, conforms with the discussion that we had the other day.

Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo): Considero que la enmienda propuesta por el Delegado de los Estados Unidos de América se ajusta plenamente a las discusiones que sobre el tema hemos tenido el Comité Ejecutivo y en las cuales creo que él también participó como Observador. En mi opinión, refleja las inquietudes y la necesidad de darle un término al estudio para adoptar las providencias necesarias en beneficio de nuestros pueblos.

Dr. KEY (United Kingdom): My Delegation would like to support the amendment to the resolution put forward by the Delegate of the United States of America. My Delegation unfortunately was not able to participate in the discussion on this particular subject, but we do feel this is a matter of great importance, and would support particularly the amended paragraph 2.b) and the subjects it covers.

Dr. PAGES (Cuba): La Delegación de Cuba quiere también dejar sentado su pleno acuerdo con la enmienda propuesta por el distinguido Delegado de los Estados Unidos de América, ya que está en plena concordancia con el espíritu que dio origen a la Resolución XII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): I too would like to support the amendment proposed by the United States Delegation. While reports are normally comprehensive, it is a very good idea to ensure that specific items are included. This amendment would, I think, satisfy all of us that the report will contain certain details we would like to see.

Dr. ACUÑA (Director): Al Director saliente le place mucho el texto de la resolución que ustedes están a punto de adoptar. Sin embargo, para que las actas queden completas, quisiera mencionar que la resolución del Consejo Directivo del año pasado, a que se refiere esta resolución, dice precisamente dos cosas que el Director se ha preocupado de completar. Una, preparar un informe de progreso para la Conferencia y, segunda, presentar el informe de evaluación a la próxima reunión del Consejo Directivo. En otras palabras, el informe de progreso presentado aquí de ninguna manera es el final de dicha evaluación. Esa evaluación, con las muy valiosas contribuciones y directivas que ustedes han formulado en este proyecto de resolución, será mucho más fácil de cumplir para el Director electo. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Si no hay más comentarios, se aprueba la resolución.

Decisión: The proposed resolution as amended was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 27: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS (conclusion)

TEMA 27: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS (conclusión)

El SECRETARIO: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP21/19 and ADD. I); and

Considering the importance of prompt and full payment of quota contributions in ensuring the financing of the authorized program and budget and maintaining the Organization in a sound financial position,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP21/19 and ADD. I).

2. To thank the Governments that have already made payments in 1982 and to urge the other Governments whose legal circumstances so permit to pay their current quotas as early as possible in the year in which they are due, so that the work of the Organization may continue and the financial burden of its program be shared among all Members.

3. To request the Director to continue to inform the Governments of any balance due.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CSP21/19 y ADD. I), y

Considerando la importancia del pago puntual y completo de las cuotas para garantizar el financiamiento del programa y presupuesto autorizados y mantener a la Organización en una buena situación financiera,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CSP21/19 y ADD. I).

2. Dar las gracias a los Gobiernos que ya han efectuado pagos en 1982 y encarecer a los demás Gobiernos cuyas circunstancias jurídicas se lo permitan la conveniencia de que abonen las cuotas del ejercicio lo antes posible en el año en que se consideran vencidas y pagaderas, a fin de que puedan continuar los trabajos de la Organización y que la carga financiera de su programa se reparta equitativamente entre todos los Miembros.

3. Pedir al Director que siga informando a los Gobiernos sobre cualquier saldo adeudado.

Dr. ACUÑA (Director): Es preciso aclarar que en realidad lo que se presentó fue el ADD II (romano). Habrá que hacer las correspondientes aclaraciones en el primer párrafo de la resolución, así como en la parte resolutive. Donde aparece ADD I debe decir ADDS. I y II.

Mr. MAYNARD (Dominica): In operative paragraph 2, I wonder whether the term should be "financial circumstances," and not "legal circumstances" as it reads there: "to thank the Governments that have already made payments in 1982 and to urge the other Governments whose legal circumstances so permit." I am not too sure whether this is financial or legal. I do not know in what context the term "legal" is being used.

Dr. ACUÑA (Director): Quisiera mencionar que en la Constitución de la OPS, de la cual todos los países son signatarios, así como la de la OMS, se establece una obligación

y esta es la de abonar las cuotas puntual y efectivamente el 1 de enero del año fiscal en curso.

Es indudable que hay otras circunstancias, aparte de esta obligación que tienen los Países Miembros para con su Organización. Pero a lo que la Conferencia se ha referido casi invariablemente, así como el Consejo Directivo, es al hecho de que hay circunstancias legales, internas de cada país, que no le permiten hacer el pago de sus cuotas pronta y puntualmente. Si se consideran las condiciones financieras, prácticamente todos los Países Miembros estarían atrasados en el pago de sus cuotas. Por lo tanto, no creo que se trate de aprobar una resolución reconociendo que la situación financiera en el Continente es mala, por lo que los países podrían estar atrasados en el pago de sus cuotas. Estimo que lo que se trata de decir aquí es que hay circunstancias legales internas de cada país que no le permiten hacer el pago efectivo de las cuotas. Muchos países principian su año fiscal precisamente el 1 de enero, fecha a partir de la cual cada Gobierno inicia sus trámites. Por lo general pasan semanas, y aun meses, antes de que cada Gobierno pueda hacer ese pago, repito, desde el punto de vista legal, de cada país. Opino que si se amplía este proyecto de resolución para incluir la situación financiera, prácticamente le estarían dando carta blanca a todos los países para que se atrasen en el pago de sus cuotas. Por lo tanto, muy atentamente suplicaría a ustedes consideraran las implicaciones de esta acción.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 28: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR THE BIENNIUM 1980-1981

TEMA 28: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES AL BIENIO 1980-1981

Mr. McMOIL (Chief, Department of Budget and Finance): I will introduce Official Document 182, Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1980-1981. This document contains the Director's report on the financial transactions and statements of PAHO for the financial period 1 January 1980 to 31 December 1981, as well as the report of the External Auditor of PAHO for this same financial period. It also contains financial statements for CAREC, CFNI, and INCAP. Financial statements and the Auditor's report for the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF), are also contained in this document. In addition, in compliance with Resolution XV of the 82nd Meeting of the Executive Committee, a special addendum to this document includes the schedule of extrabudgetary funded projects initiated in 1981 on which program support costs have been waived or a lower rate applied. This annex can be found at the end of Official Document 182.

I would now like to introduce Mr. Dobson, of the Office of the Comptroller and Auditor General of the United Kingdom, who will present his remarks on the external audit for the financial period 1980-1981.

Mr. DOBSON (External Auditor): It is my pleasure to present the report of the External Auditor for the biennium 1980-1981. In doing so, I should like to reaffirm that as well as carrying out a full financial audit in accordance with best commercial practice, we also endeavor to ensure that the Organization is both economic and efficient in the way in which it puts the approved program and budget into effect. The work required to satisfy these two audit objectives is covered by our routine opening paragraph.

The body of the report breaks down into two parts. The first is information related to misappropriation or fraud which we are required to include by the Financial Regulations governing our audit. Although our report contains two such references, I

would stress that remedial action has been taken by the Organization in both cases. It is always a matter of judgement as to how tightly to control an organization's financial arrangements. If the control is too tight, it is both costly and may slow down or frustrate the functioning of the office. In neither of these cases on which we have reported is it expected that any lasting loss will result to the Organization's funds. This would indicate to me that the Organization's judgement was not very far out in these cases, although, as I would stress, remedial action has been taken to try to make certain that such matters do not happen again.

The second part of the report includes those additional items which we consider are of interest to you, the Member Countries, that is, the progress toward the introduction of a new computerized accounting system and the financial position of INCAP. With reference to the introduction of a new computerized accounting system, we have reported on this for some years past and on this occasion I would like to stress that good progress is being made. It is too early yet for us to pass a final judgement on how successful it will be, but great efforts are being made.

Mr. McMOIL (Chief, Department of Budget and Finance): Thank you, Mr. Dobson. I appreciate, and I know the Secretariat appreciates, your kind remarks with respect to the progress being made in establishing an effective computerized financial management system for PAHO. I can assure the Delegates that no effort will be spared to bring this system into full operation as early as possible within the resources available.

I will now briefly review the financial reports for PAHO and its Centers, CAREC, CFNI, and INCAP.

This final financial report for the biennium 1980-1981 contains a review of the financial position of the Organization and reflects the key financial aspects of the Organization as of 31 December 1981. On page 13 you will find the Organization's Certificate indicating that the financial statements as shown are correct and also the Certificate of the External Auditor indicating that he is satisfied with the correctness of the statements.

Pages 3 through 4 contain general comments of the Director concerning PAHO's financial position. Although these comments are self-explanatory, I would like to bring to your attention the comments and financial highlights on the PAHO Regular Budget income which appear near the bottom of page 3 and at the top of page 4. Although the collection of prior year quota contributions had improved significantly in 1981, US\$5,774,465 of assessed contributions due in 1981 remained unpaid as of 31 December 1981. This shortfall in collections caused a cash deficit of US\$367,749 which was met by a withdrawal from the Working Capital Fund. In order to keep the Organization financially sound, it is essential that quota contributions be received in the year they are due.

The Organization continued to benefit from higher interest rates in 1981 with interest income earnings increasing from US\$1,058,771 at the end of 1980 to US\$3,263,124 at the close of 1981.

Table A on page 5 shows a summary of expenditures for the ten-year period 1972 to 1981. Total expenditures for 1980-1981 were US\$179,878,666 as compared to US\$149,752,684 during 1978-1979, an increase of US\$30,125,982 or approximately 20 per cent.

On page 18 is the Consolidated Statement of Income and Expenditure for the years 1980-1981, which indicates the status of the various funds during the year with the balances of each fund at the end of the year.

On page 19 is a comparative statement of income and expenditure for the 1978-1979 and 1980-1981 Regular Budgets. Although 1978 and 1979 were separate financial periods, they have been combined to facilitate comparison with 1980-1981.

On pages 20 and 21, you will see the Organization's balance sheet, its statement of assets and liabilities as of 31 December 1981. Explanatory notes to the balance sheet appear on pages 22 through 30. Supporting financial schedules are shown on pages 31 through 51.

On page 24, explanatory note 6 provides details on the Organization's equity in the Governor Shepherd Building and details on the Organization's use of net rental income for 1980-1981 from these apartments. Equity in the building totals US\$1,337,315. Net rental income totalled US\$285,788, of which US\$189,594 was used to repay the Working Capital Fund; US\$44,131 was used to meet installments on the outstanding mortgage; US\$13,652 was paid out for building improvements; and US\$38,411 was transferred to the Building Fund to help defray the costs of redeveloping the Governor Shepherd property. Note 9 on page 25 shows that the original mortgage of US\$437,766 on the Governor Shepherd has been reduced to US\$229,969 as of 31 December 1981.

On page 30, Note 23 gives the position of the Organization's Working Capital Fund as of the end of 1981. You will note that from the net total available of US\$11,301,028, funds totalling US\$1,135,754 have been used to finance the deficits which occurred in 1979 and 1980-1981; US\$648,330 has been advanced to the EPI Revolving Fund and US\$161,110 has been transferred to the Building Fund to meet expenses of the redevelopment of the Governor Shepherd property. The net amount available in the Working Capital Fund was therefore US\$9,355,834 as of 31 December 1981.

On pages 32 to 34 is the Statement of Quota Contributions as of 31 December 1981. Collections during 1980-1981 totalled US\$76,793,607, of which US\$72,092,458 relate to 1980-1981 assessed contributions and US\$4,701,149 to prior year assessments. Quota amounts outstanding as of 31 December totalled US\$6,405,990 of which US\$6,019,305 relate to 1980-1981 assessments and the balance, US\$386,685, to prior years.

On page 35 is the statement of approved supplementary budget for the financing of the Pan American Zoonoses and Foot-and-Mouth Disease Centers for 1980-1981. This supplementary budget was approved by Resolution XXVIII of the XXVI Meeting of the Directing Council in 1979 to be utilized in 1980 for these two Centers. As of 31 December 1981, US\$344,302 of US\$1,042,173 in total assessments had not been collected.

Next, on page 36, we have a statement showing the status of our procurement services for the health ministries and health institutions of Member Countries. Expenditures during 1980-1981 totalled US\$12,120,026. Procurement activities showed a dramatic increase in 1981 with expenditures totalling US\$8,178,282 as opposed to US\$3,941,744 in 1980. At year's end we had US\$2,898,684 in unliquidated procurement orders or in orders awaiting procurement action in 1982.

The status of the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization is shown on page 38. The capitalization of the Fund was US\$2,319,805 as of 31 December 1981. Resolution XX of the XXVIII Meeting of the Directing Council authorized the Director to use the Working Capital Fund in order to assure the smooth operation of the EPI Revolving Fund until such time as the Fund is fully capitalized at US\$4 million. Under this authority, Working Capital funds totalling US\$648,330 had been advanced to the EPI as of 31 December.

On page 39 to 49 is the statement of PAHO Trust Funds as of the close of the 1980-1981 financial period. In the last column of this statement the amount not shown in brackets indicates that we have received advance payments from donors. Amounts shown in brackets indicate that we are awaiting reimbursement from the donors for expenditures incurred in connection with projects. As of 31 December, total receipts exceeded project expenditures by US\$624,411. Amounts awaiting reimbursement, US\$2,342,888, reflected a slight improvement over previous closing totals (US\$2,585,007 as of 31 December 1980 and US\$2,877,815 as of 31 December 1979).

Starting on page 55, we have the statements for the Caribbean Epidemiology Center (CAREC). As shown on page 55, total expenditures relating to CAREC for 1980-1981 amount to US\$3,442,922. On page 56 is the statement of income and expenditures for CAREC. The net result from operations indicates a deficit of US\$214,041 which was met by a withdrawal of US\$65,032 from CAREC's Working Capital Fund and an advance of US\$149,009 from PAHO. As CAREC had an operating deficit of US\$370,754 at the end of 1980, there was an overall improvement in the Center's finances during 1981.

Statements on regular and supplementary quota contributions for CAREC are shown on pages 58 to 60. With the exception of a known shortfall in the contributions of a major contributor, collections improved over prior year receipts.

Next, on page 61, is the statement of CAREC Trust Funds. Project costs funded by donors totalled US\$967,713 during 1980-1981. Project expenditures exceeded receipts from donors by US\$157,413 indicating a need to improve billing actions or to secure more funds in advance of expenditures.

On pages 65 to 70, we have the statements of the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). On page 65 it is shown that CFNI expenditures totalled US\$2,344,784 during 1980-1981 against all sources of funds. The status of CFNI's regular budget for the financial period is shown in the Income and Expenditure Statement on page 66. Net results from operations show a deficit of US\$1,433 as opposed to a modest surplus for the financial years 1978-1979. This deficit was caused by the late payment of quota contributions which were due in 1980 and 1981.

On pages 68 and 69 is a statement of quota contributions for those Caribbean countries supporting the Center. As of 31 December 1981 there was a balance due of US\$129,825. Member Governments are urged to make their contributions on a timely basis.

On page 70 we have a statement of Trust Funds held by the Organization to fund projects at CFNI. Projects totalling US\$927,814 were funded in 1980-1981 from Trust Funds.

On pages 73 through 80, you will find the financial statements of the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP). You may wish to also refer to page 11 which contains the External Auditor's comments with respect to INCAP's financial position. The External Auditor points out that the Institute's financial position at the end of 1981 showed an improvement over the previous year, but that the balance of the Institute's Working Capital Fund had decreased from US\$234,000 to US\$168,000. The Auditor recommends that consideration be given to increasing this balance to a higher, more realistic level.

You will note on page 75 that INCAP had an operating deficit of US\$81,231 in 1981, slightly less than the 1980 deficit of US\$90,631. This deficit was again funded by INCAP's Working Capital Fund.

On page 77 you will find the statement of quota contributions due from member governments for 1981 and prior years. Although contributions collected in 1981 showed a slight improvement over 1980, the balance due totalled US\$1,048,190 as of 31 December 1981.

Next, on pages 78 to 80, is the statement of INCAP Trust Funds. You will note on page 80 that projects totalling US\$2,496,234 were funded in 1981. This compares to US\$3,691,838 in 1980.

It should be noted that there was considerable improvement in the billing and collection of project costs in 1981 with unreimbursed project expenditures decreasing from US\$1,328,114 as of 31 December 1980 to US\$572,359 as of 31 December 1981.

Starting on page 83 and continuing through page 101, we have the statements and schedules of the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF). The Auditor's Report is shown on page 102 and the audit opinion is rendered without reservation.

This concludes this presentation. We shall be glad to answer any questions.

El PRESIDENTE: Sr. McMill, le damos las más apreciadas gracias por ese informe tan completo y ajustado a la realidad. Está bien detallado y siguiendo los números se ve que es completo y minucioso, lo cual nos satisface plenamente. Quisiéramos oír algunos comentarios de la División, pero antes vamos a escuchar al distinguido Delegado del Canadá.

Mr. CAREAU (Canada): The Financial Report of the Director and Report of the External Auditor were reviewed in detail at the last meeting of the Executive Committee. There are, however, a few observations which the Canadian Delegation would like to make this morning.

My Delegation is pleased to note that there has been a considerable improvement in the collection of quota contributions, and that contributions owing from previous years have showed a marked reduction. However, we note that 17 countries still had not paid their full 1981 contributions by 31 December 1981, and we note elsewhere in the Auditor's report that the Director had to borrow almost US\$368,000 from the Working Capital Fund to cover deficits in the regular budget. Granted that the Working Capital Fund was established for just such a purpose; however, we understand that the penalty for this is the loss of the interest that this money could have earned. This would not occur if Member Governments were more prompt in making their payments. We also note that while the XX Pan American Sanitary Conference set the level of the Working Capital Fund at US\$11 million, it stood at only US\$9.36 million at the end of 1981. As the External Auditor points out, the difference of about US\$1.64 million will have to be replaced from future years' excess of income over expenditure.

There are a few items of concern in the External Auditor's Report that we feel should be brought to the attention of the Delegates. The first concerns the use of imprest accounts and the problem experienced at one of the field offices. My Delegation's concern is with the controls in effect at Headquarters that allow three consecutive months to pass without monthly imprest reports and supporting vouchers being received. We should like the Director to assure us that the controls have been strengthened to avoid a recurrence of this situation. My Delegation also wonders whether an imprest account, other than for petty cash, is the best way of financing field offices, or whether there is not a better way this could be accomplished.

Regarding computerized systems, my Delegation is concerned over the various experiments that have gone on with the computerized accounting system and the reservations expressed by the External Auditor over some of the arguments and assumptions aired. We are also concerned over the efficacy of the controls needed for the various systems development, installations, and applications. Computer fraud, misuse, and abuse are today's most prevalent white-collar crime, and it is often too easy for outsiders to gain access to and manipulate an organization's computer installations. We trust that the controls in place in PAHO are adequate to prevent such an occurrence.

Lastly, we are concerned over the large amount spent on "Settlements under agreed termination" to ex-staff members following tribunal appeals against dismissal. We note that a sum of over US\$256,000 was spent on compensation payments and that a further US\$20,121 payment is included under "Personnel Costs." In view of these large awards, one must seriously question whether the Staff Rules for personnel termination for cause are adequate. It is also interesting to note that while the Constitution makes provision for the appointment of personnel, it is silent on the matter of termination of appointments.

Mr. McMOIL (Chief, Department of Budget and Finance): With respect to the Delegate's comments on controls now in effect on the imprest system: we have circulated to all field offices a report of the problems encountered, in what I would call a "do's and don't's" list of how to manage imprest accounts in a more uniform and secure manner. Recognizing that these problems will arise from time to time, we have also requested our internal auditors to increase the number of field visits they make every year. We did a full review of these visits to all field offices and found that certain field offices had not been visited for as much as three years. We have now made an arrangement with the internal auditors that every field office will be visited at least once every two years. We think this will be very helpful. We have also, most recently, done a synopsis of the findings and recommendations that have been appearing in the internal reports and are distributing these to all field offices for their attention. With respect to the utility of the imprest system, we have over the years looked very carefully at the methods by which we finance our field operations and we have found that the imprest system is the most reliable in view of the transportation delays in remitting checks and receiving reports. We are making a very great effort to improve the system by doing more detailed and more up-to-date reconciliations of the imprest accounts here at Headquarters. You may be aware that only a minor amount of funds is maintained at the field office in the form of cash. Most funds at the field level are maintained in regular bank accounts requiring two signatures for withdrawal. With respect to the Delegate's comments on a computerized financial management system, I should like to provide a brief account of where the system stands at this time.

The XXVIII Meeting of the Directing Council approved Resolution XVIII in which it requested the Director to give due priority to the final establishment of an efficient financial management system. In October 1981, at a meeting with the project management team in charge of the development of the PAHO financial management system, the Director approved the additional resources which they recommended as necessary for speedy development. This included a temporary programmer in charge of maintenance, that is, detailing an in-house senior programmer analyst to participate in the development of the new system, and hiring another temporary computer programmer to help in developing the new systems reports. In addition, three video terminals were purchased for the budget office and are just now being delivered. We are pleased to report that the initial phase of the budget operations and control subsystem is being implemented. This initial phase consists of the control of the PAHO and WHO appropriations—regular budget funds—and will be followed shortly by the allocations to the operating budget and the allotment control system. These will involve regular funds projects as well as projects financed from extrabudgetary sources. The update of the new system is on-line, which means that revisions or changes to existing information take effect immediately, adding an on-line query capability to existing information. The new system has been developed, using the new program classification structure with clear cross-references to the old PAHO programs and other UN agency allotment designations. The new system is totally compatible with the Geneva system from which many of its features have been borrowed. The cost of developing the new system has been kept to a minimum by using in-house talent instead of hiring outside consultants. We expect to continue in the future at a much faster pace, as the general parameters and methodology have now been developed. We expect to have the expenditure accounting and the general ledger subsystems in operation at the beginning of the 1984-1985 biennium.

Mr. CAREAU (Canada): I am very pleased at the comments received and I want to thank the Secretariat for these useful remarks.

El PRESIDENTE: Me complace mucho este resultado tan feliz, ya que todos comprendemos la responsabilidad que sobre el máximo dirigente, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, recae en este asunto. El informe nos deja sumamente complacidos por su clara presentación, por lo que lo felicitamos y pedimos un caluroso aplauso de apoyo para el Sr. McMoil.

Applause.
Aplausos.

Mr. BOYER (United States of America): I would like to say that we appreciate very much the detail that has been presented by the Secretariat in its financial report and the frankness of the External Auditor in his report. I think it is important that all of us who are interested in reducing the costs of PAHO and maximizing its efficiency pay great attention to these reports. I would just like to commend these documents to all the Delegations for careful perusal and as an aid to discovering areas that could be improved.

At the 88th Executive Committee Meeting in June, my Delegation commented in some detail on the computerized accounting system, on the question of support costs of programs that are funded by voluntary contributions, on financial questions related to the Governor Shepherd building, on the possibility of misappropriation of funds and on the termination and repatriation entitlements question. I will not review those matters at this time because our comments are essentially the same. I would only like to raise just one more question about the continuing problem of the computerized accounting systems. We did note that this is the third occasion on which the issue has been raised by the External Auditor, and in his report he has already expressed reservations about the new system, so I was glad to hear this morning that he is pleased with the progress that is being made. I am also pleased to hear Mr. McMoil's comments about recent events. There is just one further question I will raise on this: the External Auditor mentioned in his report that there was to have been a reassessment of the first module of the new system back in June. We asked at the Executive Committee Meeting if the Secretariat could report to us on the outcome of that reassessment and since I don't think I heard anything about it this morning, I wonder if some comment might be made about the assessment of the first module of the new system.

Mr. McMOIL (Chief, Department of Budget and Finance). We had hoped that we would have the entire budget subsystem in operation by this time, to facilitate a full assessment of the module in its entirety. Unfortunately, we fell behind schedule and did not complete the final two elements of the subsystem. Our current plans are to invite the External Auditor's representative, Mr. Skeen, to visit Washington some time in the next month to two months to participate in an impartial assessment of the first computerized financial systems module. Internally we have looked at what we have accomplished and what we had planned. We frankly admit that we are behind schedule. We missed our deadlines by approximately four to five months. These are growing pains in the system's development. We now think we can move in accordance with our revised time schedule without too much difficulty. We have also looked at our projection of the cost of developing the system internally as compared with going outside. We have not exceeded it—in fact, we are probably slightly under our cost projection. These are two internal assessments we have made and frankly, as I said, we are on the one hand delayed, but, on the other hand we are within the cost parameters available to PAHO within its allocation resources.

Dr. BROYELLE (France): Nous sommes également heureux des améliorations qui ont été apportées dans quelques domaines et nos préoccupations portaient sur deux points. L'un d'eux a été déjà souligné par la délégation du Canada; c'était l'efficacité du contrôle qui est soulevée à plusieurs reprises, je crois, depuis plusieurs années et pour lesquels chaque année, on obtient des affirmations disant qu'il est amélioré, mais chaque année il se reproduit tout de même quelques anomalies dans l'utilisation des fonds et nous souhaitons qu'il soit amélioré d'une façon plus parfaite.

La deuxième préoccupation portait sur les déficits des Centres panaméricains et je venais de souligner qu'on en avait eu connaissance à plusieurs reprises au moment des évaluations des Centres et au moment de l'examen de ces budgets: il me semble très important qu'on arrive à équilibrer les budgets de ces Centres et à éviter que les dépenses chaque année ne soient supérieures aux sommes qui sont allouées. La question se pose

d'une façon très aiguë au niveau de l'INCAP et on aimerait obtenir des explications sur les mesures qui ont été prises jusqu'à présent.

Dr. ACUÑA (Director): Tengo la impresión de que no hicimos completa justicia al Señor Delegado del Canadá cuando mencionó alguno de los puntos que son de especial importancia para la Delegación de su país. Se refirió a un asunto extraordinariamente importante, al menos yo en lo personal lo considero así. Habló, por ejemplo, de la Constitución de la OPS. Esta no habla de terminaciones de personal, pero sí de nombramientos. Este es un asunto de extraordinaria importancia que, desde luego, no le compete al Director más que en el sentido de cumplir con las instrucciones que la Conferencia tenga a bien darle.

El tema está en discusión, puesto que el Comité Ejecutivo ha adoptado una resolución de hecho posponiendo una definición sobre terminaciones que adoptó la OMS, pero que al Comité Ejecutivo, por alguna razón, no le pareció conveniente adoptar. Este es un ejemplo del intrincado y complejo mecanismo que enfrenta la Oficina Sanitaria Panamericana cuando hay resoluciones de sus Cuerpos Directivos en las que se le dice claramente que debe de conformar todos sus Reglamentos y Estatutos, sobre todo lo que se refiere a personal, con aquellos de la OMS y por supuesto, con los del Sistema de las Naciones Unidas.

La OMS, en este caso, ha adoptado un estatuto que nuestro Comité Ejecutivo no adoptará hasta que tenga una explicación más clara y precisa de, por ejemplo, qué significa terminación por ausencia del trabajo. Como dice muy bien el Sr. Careau, no tenemos en realidad en los Estatutos del Personal una clara definición de lo que significa terminar a una persona; citaré otro ejemplo: dos o tres funcionarios han sido terminados antes de cumplir cinco años de servicios continuos con la Organización, de acuerdo con las reglas que rigen para la no renovación de contratos. Estos funcionarios, o ex funcionarios, han apelado al procedimiento que mi distinguido antecesor decidía no auspiciar, pero que yo he considerado muy importante. En lo que a mí atañe, es de justicia escuchar a un trabajador. Pues bien, ellos han apelado sobre la base de que se les ha terminado bajo reglas que no son las que deberían ser.

Hablo de funcionarios pagados con fondos extrapresupuestarios y no del presupuesto ordinario, cuyos contratos se dieron por terminados, dándoles el debido aviso. Al acudir a nuestras juntas de apelación, encontraron que la Administración había actuado de acuerdo con las reglas. Pero, de acuerdo también con los procedimientos, tenían derecho a recurrir al Tribunal Internacional de la Organización Internacional del Trabajo, y aquí es donde entra la contradicción. El Tribunal falló en favor de estos funcionarios, bajo la justificación de que después de cuatro años de servicios se habrían creado expectativas de continuación en estos funcionarios. Por lo tanto, nos obligaron a pagar de acuerdo con otras reglas que se aplican cuando se despide a un funcionario por alguna otra razón, a mayor costo, desde luego, para la Organización, con cargos adicionales significativos. Nos encontramos en un conflicto que yo en lo personal no sé cómo resolver. Por un lado no nos queda más que cumplir con las obligaciones impuestas por el Tribunal Internacional de la OIT. Por el otro lado, nos encontramos con que el reglamento que ustedes, los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS también han aprobado, el Tribunal Internacional de la OIT lo ha ignorado. Entonces, me pregunto: ¿qué es lo que debe hacer el Director General de la OMS, a quien le hemos pasado esta información, para que él estudie el asunto? Deberá el Director General llevarlo a los Cuerpos Directivos de la OMS con el objeto de conformar el Reglamento del Personal de acuerdo con la interpretación que le da el Tribunal de la OIT; o deberá pensar en la conveniencia de apelar a esta interpretación.

He traído esto a cuenta, porque considero que ustedes están dejando a mi distinguido sucesor un problema enorme. Hemos escuchado aquí ya ciertas indicaciones de que el próximo presupuesto de la Organización podría no ser incrementado aun para hacer frente al problema inflacionario y costos adicionales. Le corresponde al Consejo Directivo

decidir este asunto, pero si fuera así, si el presupuesto de la OPS continúa al mismo nivel que el del bienio 1982-1983, ya aprobado por ustedes, el Director no tendrá más remedio que proponerles recortes de personal. ¿Qué reglas serán utilizadas? Obviamente, hay reglas que para nosotros parecían muy claras y precisas, por ejemplo, cuando el cese ocurre por una causa mayor. Esto significa que se termina al funcionario y se le indemniza de acuerdo con estas reglas. Supongamos que se trata de otra causa, digamos, por poner un ejemplo, que es porque el Director no simpatiza con un funcionario, como alguna vez se ha insinuado injustamente. En ese caso, ¿se aplicarían otras reglas que le darían una indemnización mayor al funcionario? ¿Cuáles vamos a utilizar si de hecho el Tribunal Internacional no reconoce una de las reglas de la Organización para el cese?

El problema realmente es muy complejo, como puede verse por los detalles que me he permitido mencionar, y también será muy complejo para mi distinguido sucesor a menos que esta honorable Conferencia y los otros Cuerpos Directivos de la Organización apoyen al Director en forma decidida.

Por último, quisiera hacer referencia a los altos costos que se han señalado en relación a la terminación de funcionarios. En realidad, los procedimientos que se siguen para evaluar la labor de los funcionarios son procedimientos de rutina, prácticamente inservibles. Yo no puedo decir con certeza que haya un expediente de un solo funcionario en toda la Organización que tenga alguna nota que pudiera propiciar el que la Administración tomase una acción de tipo punitivo contra aquel individuo. No hay un solo procedimiento, pues si vamos a tomar en cuenta los procedimientos de evaluación de la labor de los funcionarios de la Organización, resultará que la gran mayoría son excelentes, aunque haya una minoría que no lo son. Sin embargo, tanto los funcionarios de la Oficina, como ustedes señores Ministros y Delegados que están en contacto con los funcionarios nuestros, saben que hay diferentes grados de competencia, como lo hay en toda función humana. Naturalmente, ese grado de competencia es imposible medirlo en forma objetiva de acuerdo con los procedimientos actuales, de manera que hay una serie de asuntos que requieren ser examinados a fondo, pero con criterio muy justo, y muy amplio, y contando con todo el apoyo de los Cuerpos Directivos. Si esto no se hace, el Director tendrá frente a sí una tarea enorme.

Hace ocho años, en caso de surgir cualquier problema de injusticia, el funcionario que tenía los medios y encontraba el camino apropiado tenía que ir hasta Ginebra para poder hacer su apelación. Obviamente, esto hacía prácticamente imposible el ejercicio de ese derecho de apelar frente a una injusticia de tipo administrativo. Es indudable el hecho de que ahora funciona plenamente el sistema de apelación dentro de la OPS y, como les he dicho, de que se haya abusado del mismo, pero creo yo que más que los abusos han sido las injusticias corregidas y, desafortunadamente, estas injusticias cuestan dinero a la Organización.

Estoy de acuerdo con que es función del Director hacer lo posible para que no existan estos gastos. Pero creo que también el Director tiene una función dual aquí: o impide estos gastos y crea un clima en donde no haya una función de cooperación técnica eficiente, eficaz y productiva, como lo ha sido a pesar de estos gastos, que en lo personal considero plenamente justificados para crear este clima, o sencillamente no se permite al personal ejercer derechos establecidos por ustedes mismos, o se les buscan formas de evitar el ejercicio de estos derechos con menores gastos para la Organización pero, al mismo tiempo, con menos productividad, con menos sentido de la responsabilidad que tienen para servir a los países.

Espero que estos comentarios que espontáneamente ha hecho el Sr. Delegado del Canadá y a los cuales me he permitido agregar algunos puntos de vista, no sean olvidados. Mi deseo es que lo piensen ustedes detenidamente, para beneficio de su Organización y de sus propios países. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Todos hemos escuchado con atención y gran preocupación los comentarios del distinguido Director de la OSP. Ocho años es mucha experiencia y le da autoridad a él para orientarnos con sus conocimientos y su experiencia para que en el futuro, los que tengamos la fortuna de continuar en la lucha por la Organización, pensemos que debemos profundizar más los conocimientos de su funcionamiento, y solicitar a nuestros Gobiernos más preocupación para que sus beneficios lleguen a todos nuestros pueblos.

Sabemos que no hay nada perfecto y, sin embargo, siempre hay remedio para resolver los problemas; ahí está la ciencia. Que sepamos afrontar las dificultades y darle todo nuestro apoyo a las futuras autoridades de la Organización, y con fe en Dios y en las buenas intenciones de todos los países que integran las Américas, saldremos adelante.

Muchas gracias, Señor Director, y señores encargados de las finanzas. Como dijimos, se trata de problemas difíciles, muy engorrosos, de gran responsabilidad y que despiertan susceptibilidades, pero ellos han sabido enfocarlos con acierto.

Agradecemos también al Señor Delegado del Canadá sus acertados criterios y sus observaciones, tan justas que han despertado también en nosotros inquietudes. Más que todo, creo yo, debemos sentirnos satisfechos porque estos asuntos se ventilan en presencia de todos los treinta y tantos países de las Américas. Esto nos agrada y complace, ya que regresaremos a nuestros países con la impresión de que hemos venido a hacer algo bueno por la Organización. Nuestros comentarios, estoy seguro, no solo los haremos llegar a los máximos dirigentes de nuestros Gobiernos, sino también a nuestros congresos, que son la voz del pueblo. Si no hay otro Delegado que desee expresar algún comentario, pediré al Relator que dé lectura al proyecto de resolución correspondiente.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1980-1981 (Official Document 182); and

Recognizing that the Organization continues to be in a sound financial situation,

RESOLVES:

1. To take note of the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1980-1981 (Official Document 182).

2. To commend the Director for having maintained a sound financial situation and to thank the External Auditor for the report presented.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al bienio 1980-1981 (Documento Oficial 182, y

Reconociendo que la Organización sigue encontrándose en una situación financiera satisfactoria,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo correspondientes al bienio 1980-1981 (Documento Oficial 182).

2. Felicitar al Director por haber mantenido una situación financiera satisfactoria y dar las gracias al Auditor Externo por el informe presentado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The session was suspended at 10:50 a.m. and resumed at 11:10 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:50 a.m. y se reanuda a las 11:10 a.m.

El PRESIDENTE: Para reanudar la sesión, corresponde ahora examinar el tema 24.

ITEM 24: REPORT OF THE PAHO ADVISORY COMMITTEE ON MEDICAL RESEARCH

TEMA 24: INFORME DEL COMITE ASESOR DE LA OPS SOBRE INVESTIGACIONES MEDICAS

Dr. GROOT (Presidente, Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas): Es un placer para el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas (CAIM) presentar un saludo muy cordial a la Conferencia Sanitaria Panamericana encabezada por su Presidente, y al Director de la OPS. El CAIM, considerado como un órgano asesor de la OPS, ha desempeñado un papel importante ayudando a la OPS a definir políticas de investigación.

Como es bien sabido, el Comité está integrado por representantes de la comunidad científica de las Américas, tanto del norte como del centro o del sur, que tienen la obligación de reunirse periódicamente para debatir sobre los grandes problemas de la investigación en materias biomédicas y similares relacionadas con el progreso de la salud en la Región. El Comité es totalmente independiente y tiene libertad absoluta para emitir sus conceptos y sus recomendaciones y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha querido que presente su informe ante los Cuerpos Directivos de la Organización, y en este caso ante la Conferencia Sanitaria Panamericana, para que, sin limitaciones de ninguna naturaleza, pueda expresar sus opiniones. Yo diría que este es un acto casi de auditoría científica, que celebramos positivamente, porque permite al Comité realizar sus tareas, que no son pocas, con la máxima independencia y al mismo tiempo con el máximo sentido de responsabilidad. De igual manera, el Comité, al dirigirse al máximo Cuerpo Directivo de la Organización, desearía recibir sus sugerencias para que se establezca un intercambio en ambos sentidos y que como resultado de esa conjunción de intereses se produzcan proyectos de investigación que permitan cumplir de una manera más satisfactoria el objetivo de la investigación como elemento insustituible para el desarrollo de la salud en las Américas.

Cobra mucha más importancia esta actividad investigadora cuando se piensa en la salud para todos en el año 2000 y vemos que hay algunas lagunas indispensables que llenar, no solamente en cuanto a los nuevos conocimientos que es necesario adquirir para resolver los problemas, sino también para encontrar mecanismos mucho más eficientes y eficaces para que se aplique lo que ya sabemos, que no es poco, pero que por razones evidentes dista mucho de aplicarse, particularmente en los lugares remotos de nuestro Continente, donde el ideal de una medicina simplificada, de una atención primaria de salud plantea todavía problemas que no han sido resueltos.

En el Documento CSP21/17 se trata con claridad y en forma resumida de las actividades desarrolladas por el CAIM en 1981, que corresponden no solamente a la reunión formal que celebró el Comité, sino también a las misiones de varios subcomités establecidos especialmente para tratar determinados puntos.

El Comité revisó las actividades que está desarrollando directamente la Organización en relación con la investigación y que son muy meritorias tanto más cuando el presupuesto que se le asigna es exiguo. Sin embargo, estas actividades vienen a llenar una necesidad inaplazable en la Región porque les dan a muchas organizaciones de nuestros

países, débiles todavía en materia de investigación, el respaldo y la seriedad que tiene la OPS.

La Organización ha propiciado también la creación de centros diferentes en materia de investigación y particularmente de referencia, siguiendo las líneas señaladas por la Organización Mundial de la Salud. Cada vez hay más centros de esta naturaleza, que están promoviendo acciones directas de investigación, y que por ello vienen a convertirse o deben convertirse en centros de excelencia. No se puede ser un centro de referencia, por ejemplo en influenza, o en enfermedades de otro tipo, si no se tienen las condiciones de excelencia para cumplir su misión y entre ellas tiene que estar el de la investigación de los problemas locales. El Comité se ocupó con especial interés, como en años anteriores, de la investigación en servicios de salud. Tradicionalmente, la investigación en materia de salud se hacía, con poca o ninguna participación de los servicios de salud, o bien en institutos especiales dedicados a ese objeto o bien en universidades. La Organización está tratando de cambiar esto y lo ha logrado en gran parte, integrando la investigación en los propios servicios de salud, los cuales no pueden renunciar a realizarla como parte integral de sus actividades, no solamente en materia de epidemiología, sino la investigación operativa para determinar cómo realizar mejor sus servicios.

El Comité se ha ocupado también de algunas enfermedades infecciosas y en años pasados recomendó la realización de investigaciones sobre las seis enfermedades de que se ocupa el Programa Especial de la OPS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Asimismo, en cuanto al problema de las diarreas, sustenta la posición de que la investigación en este campo debe continuar.

En sus últimas actividades, el Comité resolvió estudiar el problema de la investigación de las infecciones respiratorias agudas, que como ustedes saben, constituyen en algunas partes de las Américas, especialmente hacia el sur, un problema sumamente serio. Las posibilidades de un niño de morir por enfermedad respiratoria aguda son 30 veces superiores en América del Sur que en la América del Norte. Es preciso que se haga una investigación exhaustiva sobre los distintos factores que determinan esta elevada incidencia de las infecciones del aparato respiratorio en la población infantil. Sería necesario aplicar un plan que permita la identificación de los agentes causales del problema que pueden ser los mismos que en el Hemisferio norte, aunque probablemente también haya otros diferentes, como las causas sociales que agravan esta enfermedad, las causas económicas y los factores nutricionales. Sin el conocimiento de estos elementos, no podrán aplicarse las medidas adecuadas de control ni tampoco el tratamiento pertinente.

De acuerdo con lo solicitado por el Consejo Directivo de la OPS, y ampliando su campo de acción, el Comité ha venido ocupándose también, en forma sistemática, del estudio de los factores sociales, económicos y de otra naturaleza que inciden sobre algunas enfermedades transmisibles. Hacía falta una recomendación específica para que se tomara una enfermedad como modelo en el cual se estudiaran de un modo exhaustivo estos factores sociales y económicos. Se ha escogido el estudio de la malaria, enfermedad respecto de la cual desde los tiempos de los romanos se sabía que era afectada por ciertos factores económicos y sociales; en el siglo XX es necesario colocar esos factores en un contexto lógico y completo para poder tener una respuesta adecuada y ver en qué forma pueden ser más aceptables las medidas de control o si conocemos mejor la epidemiología de la enfermedad.

En cuanto a salud mental, se ha manifestado también un interés especial, pero debemos decir que el Comité todavía no tiene a su alcance las herramientas necesarias para sugerir líneas de acción; solo sabemos que es un problema muy grave, especialmente en algunos países.

Respecto de la salud de la tercera edad, de acuerdo con la OMS, prosiguieron las investigaciones para poder adquirir la información básica tanto de los factores sociales y

emocionales, que son quizás los que más afectan a los ancianos, como de las enfermedades físicas.

En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, el Comité encontró muy satisfactorias las actividades realizadas para conocer mejor la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y determinar en qué forma las modificaciones de la dieta pueden disminuir por lo menos la prevalencia de la enfermedad hipertensiva.

La nutrición ha sido un campo de investigación en el cual se ha trabajado activamente en el Continente bajo la inspiración de la OPS, en especial en los últimos años, mediante los programas de investigación orientada hacia la acción, y el Comité ha recomendado que se continúen.

Por otra parte, se han evaluado las labores de varios centros de investigación de la Organización, como las del CAREC, en Puerto España, y las del CEPIS, cuyas actividades encontró muy satisfactorias y bien encaminadas a la identificación de mecanismos sencillos para proporcionar agua limpia y pura para nuestras comunidades, especialmente las rurales.

Con respecto a las actividades futuras, el CAIM recomendó que se iniciara un programa de investigación tendiente a reducir la morbilidad y la mortalidad en los niños menores de cinco años en un período definido de tiempo, para ver si se podría así en verdad cumplir nuestro propósito de llegar a la meta de salud para todos en el año 2000. Igualmente, se recomendó que se dé apoyo vigorosamente a aquellos centros que investiguen en el campo la forma de adiestrar al personal de control de enfermedades tropicales. Los que vivimos en países del trópico no podemos rehuir la responsabilidad de conocer nuestros problemas y utilizar los datos sobre los casos de malaria, esquistosomiasis, dengue y fiebre amarilla y otras enfermedades respecto de las cuales nuestra información es todavía deficiente, lo cual impide la adopción de medidas más adecuadas de control.

El Comité dio su firme apoyo a la Declaración de la Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud recientemente celebrada en Caracas, en la cual los representantes de los gobiernos e instituciones se comprometieron en forma solemne a promover la adopción de esas políticas y a poner en marcha las acciones que de ellas emanen. Se trata de un compromiso muy serio, porque conlleva una vez más el convencimiento en todas nuestras naciones de que la investigación es indispensable para la solución de problemas. Esta Declaración de Caracas es extraordinariamente positiva, y en ella se señala claramente que para definir las políticas de investigación en salud es necesario definir previa y conjuntamente políticas de planificación de la investigación para proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación en los institutos que deben hacerse cargo de esas labores y asimismo para adiestrar al personal que sea capaz de llevarlas a cabo.

El Comité presenta a la consideración de la Conferencia su informe, en el cual se realizan las actividades relacionadas con la promoción de investigaciones en 1981, destacándose la investigación en los servicios de salud, que debe continuarse y la investigación en materia de enfermedades respiratorias agudas. Es indispensable que cada país defina su política en investigación en salud y se comprometa a desarrollar los objetivos que de ella resulten. Agradezco el privilegio de haber podido presentar esta contribución del grupo de investigadores que constituyen el CAIM.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Groot, por haber puesto de manifiesto un panorama sumamente alentador, a través de sus sabios comentarios. Apreciamos el esfuerzo que en los países de América se está haciendo para provecho de todos.

Mr. CAREAU (Canada): My Delegation wishes first of all to thank and congratulate Dr. Hernando Groot and the other members of the Advisory Committee on Medical Research (ACMR) for the excellent report presented, and Dr. Groot, for the comments made this

morning. The Canadian Delegation has reviewed the report of the ACMR and has noted that PAHO provided direct research support in the Region for 131 projects during the 1980-1981 biennium. We also note that the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases funded 213 projects in the Region during 1980, for a total of US\$6 million, and 215 projects in 1981, for a total of US\$5.8 million.

With respect to the study on health research in 11 Latin American countries, which was done in 1978, we note there was an uneven distribution of scholarly research in the medical science community in these countries, with 10 per cent of these researchers accounting for about 50 per cent of scientific publications, while 90 per cent contributed 10 per cent of reported health science literature. It is also interesting to note that 43 per cent of the research was on basic science, 39 per cent on clinical research, 16 per cent on public health community medicine, while the remaining 2 per cent was a combination of these.

Concerning the Advisory Committee's recommendation for a review of acute respiratory diseases, the sociology of malaria, nutrition and health of the elderly, research on chronic cardiovascular disease and on environmental location, my Delegation agrees that these are very important research topics. We would also propose that the subject of primary health care be included as a priority research item. This might take the form of a demonstration with an operational primary health care system as a model. Cost benefits and other components could be analyzed and the program evaluated. We feel that this health systems research topic would be of value to the application of the Region's Plan of Action for the implementation of its strategies for health for all by the year 2000.

We would also like to suggest that PAHO participate in the joint UNICEF/WHO study on the implementation of the decisions of the International Conference on Primary Health Care at Alma-Ata, and that consideration be given to the possibility of requesting that a country from this Region be selected for a case study.

Dr. FAICH (United States of America): The Delegation of the United States of America would like to thank Dr. Groot and the entire Committee for a very fine report. As we pursue the goal of health for all by the year 2000, the Committee's recommendations on priority research areas for the Region will be extremely important in determining the best utilization of research resources to complement other health activities.

We are particularly pleased to note in the report that the Committee members were asked to detail specific priority areas for future consideration and to propose specific action and recommendations for steps to be taken for review by the Director of PAHO. We believe this is entirely consistent with the request by PAHO's Governing Bodies to focus more sharply on the role of research and particularly on PAHO's role in promoting and supporting research as a component of our Plan of Action for the Region.

From a reading of the report it is also clear that many of the points of information requested by the Committee would also be of considerable interest to the Governing Bodies of PAHO. For example, the Committee has recommended that a review be made of PAHO's research policies in terms of the studies it supports. This is much like what the Canadian Delegate was mentioning a minute ago. We need to know which studies are supported, what has been done in research, and some attempt should be made to evaluate the quality of such research.

In connection with such a review, we should like to note two shortcomings mentioned at the bottom of page 6 of the report that should be addressed in any such review. One is the difficulty in documenting precisely the amount of funding of research done under the aegis of PAHO. We need to know how much money has been spent and will be spent. Secondly, there has been a reluctance on the part of some researchers to publish their

results; it is either a reluctance or a difficulty. It obviously depends on the quality of the research and the channels available for publishing it. In any case, we feel that these are at least two areas that should be reviewed and examined closely.

My Delegation was also very interested in the information presented on page 11 of the report regarding WHO collaborating centers. We should like to note, however, that some of the conclusions of the Committee regarding such centers may be premature. That is, the Committee has recommended expanding the number of collaborating centers, yet at the same time it noted that a third of the centers have had no contact with WHO for over ten years. The Committee asked that a report be prepared setting out guidelines to be followed in establishing centers, the review procedures for their periodic appraisal, and the results of these reviews. We are inclined to feel that such preliminary information should be at hand before a recommendation is made to expand the number of collaborating centers, given the present difficulties with the existing centers.

Finally, the report of the Committee makes many recommendations worthy of support, such as those we have heard on respiratory diseases and health services research. These recommendations are made for the Director's consideration (as they should be) and they are summarized on pages 40 to 48 of the report. As we all know, the Committee is an advisory group to the Director, who has the prerogative of accepting or rejecting its recommendations. We would ask the Director if there is any mechanism by which PAHO's Governing Bodies could receive some follow-up report on the decisions he has taken regarding the recommendations of the Committee. One might envision, for example, a short written summary of some sort appended to the annual report of the ACMR. Obviously, if the Committee is to truly play the role identified—and I quote the Deputy Director's comments at the beginning of the Committee's Meeting, in which he urged that "the Committee adopt as a priority the matter of research policies for the Organization and the Region"—we need to have clarified how the Committee's recommendations will be reviewed and implemented within the Secretariat and the Governing Bodies.

El PRESIDENTE: Hay tres puntos sobre los que agradecería se extendiera un poco el Dr. Groot: el relativo a los centros cooperativos, el de la inquietud económica y el de la renuencia en dar a conocer ciertos trabajos científicos.

Dr. ACUÑA (Director): Creo que los comentarios formulados no tienen que ver con la excelente labor desempeñada por el CAIM, sino más bien van dirigidos al Director. Por eso quisiera referirme a algunos aspectos señalados tanto por el Delegado del Canadá como por el Delegado de los Estados Unidos de América. El Dr. Alleyne, que es el encargado de la promoción y coordinación de investigaciones ofrecerá más detalles posteriormente.

En primer lugar, con respecto a la recomendación del Delegado del Canadá de que la OPS se haga representar ante el Comité UNICEF/OMS sobre atención primaria de salud, quiero hacerle ver que este Comité fue establecido por decisión de las dos organizaciones y que desde el momento en que la OMS está representada, la OPS lo está también, puesto que esta es la Oficina Regional de la OMS para las Américas. Respecto a la sugerencia de que se seleccione a un país de las Américas para que lleve a cabo este tipo de trabajos, el Sr. Careau sabrá también que el Comité se establece precisamente para seleccionar a algún país. Me place informarle al Sr. Careau y a los demás Delegados en esta Conferencia que el Comité UNICEF/OMS se reunió recientemente en Alemania, y según información extraoficial, seleccionó a Jamaica para llevar a cabo esta actividad. Es una información preliminar no confirmada, pues habrá que esperar a que el Director General confirme oficialmente cuál fue la decisión tomada al conocer el informe del mencionado Comité.

Respecto a la necesidad de llevar a cabo investigaciones sobre atención primaria de salud, quisiera también hacer un breve comentario, aunque este es un tema que me gustaría discutir con más detalle. No hay país en las Américas donde en los últimos 40 años no se haya realizado algún programa piloto o proyecto de atención primaria de salud, quizá con

otra denominación, como por ejemplo "programa de medicina simplificada". Casi todos los países de la América Latina y el Caribe tienen, por lo tanto, experiencia en atención primaria de salud y sería duplicar actividades el que la Organización se encargara de una investigación en la cual los propios países tienen más experiencia que la OPS. Sin embargo, como la atención primaria de salud se encuentra entre las estrategias prioritarias de la Organización, es indudable que le corresponde a la OPS acopiar la información y utilizarla en beneficio de todos los países.

Pero yo no concibo cómo podemos proponerle a un país establecer un proyecto de investigación en atención primaria cuando todos los países ya la han llevado a cabo y la seguirán realizando seguramente. Por otra parte, se recordará cuántas veces el CAIM ha insistido en la necesidad de llevar a cabo investigaciones operativas y a ese respecto cabe preguntarse cómo es posible concebir un servicio de salud que no investigue continuamente la manera de mejorar sus métodos para ampliar la cobertura y ser más eficiente y productivo. Esto es lo que estimulamos, promovemos y llevamos a cabo y es precisamente en atención primaria de salud donde más se requiere de investigación operativa.

En el informe presentado se menciona que es difícil para la OPS, como para cualquier país, el ponerle un signo de dólar a la investigación operativa. Esto resulta imposible en muchos casos. Si tenemos, por ejemplo, un proyecto de inmunizaciones, no hay duda de que comprenderá actividades de investigación, y en toda labor de inmunización, si se tiene el deseo de mejorar la efectividad, no hay duda que habrá un componente de investigación. Sin embargo, es muy difícil determinar cuánto exactamente se asignó a investigaciones en cada caso, aunque en ocasiones no resulte así, cuando se reciban instrucciones específicas de que las asignaciones recibidas se inviertan en vacunas, en métodos para mejorar la cadena de frío, etc. De todos modos, lo que importa es el deseo de investigar y cada uno debe preguntarse cuánta investigación lleva a cabo y cuánto gasta en investigación, cuando en realidad de lo que se trata es de identificar la mejor manera de prestar un servicio.

La función de la Organización ha sido la promoción del desarrollo de la investigación operativa como parte de las actividades de prestación de servicios que cada servicio de salud debe realizar.

El Delegado de los Estados Unidos de América se refería a lo señalado en el informe con respecto a la dificultad de especificar los fondos destinados a investigaciones que se realizan bajo el patrocinio de la Organización. Esa pregunta lleva la misma respuesta que se ha dado anteriormente. Seguirá habiendo dificultad y va a ser imposible que no la haya. Lo más que podría hacerse es ofrecer estimaciones lo más exactas posible, pero que seguirían siendo estimaciones. El CAIM decidió precisamente que eso no valía la pena, y por ello formuló el comentario señalado. Con respecto a la necesidad de establecer mecanismos para promover la investigación, que también ha mencionado el Delegado de los Estados Unidos de América, debe recordarse que gracias a la colaboración recibida del Gobierno de Venezuela, la Organización celebró una reunión de gran importancia en Caracas, previa a la reunión del CAIM, a la que ya se ha referido el Dr. Groot. De dicha reunión emanó la Declaración de Caracas en uno de cuyos párrafos más importantes se señala precisamente la necesidad de que haya mecanismos nacionales para identificar qué investigaciones se hacen, para promover las investigaciones en salud y para encontrar la forma en que todos los investigadores de los diferentes países puedan beneficiarse de lo que se investiga en cada país para beneficio de los demás. El Dr. Alleyne podrá ofrecer más información sobre este tema.

El Dr. BORGOÑO (Presidente, Comité Ejecutivo): Quisiera insistir en la importancia que el Comité Ejecutivo le dio al tema que se está examinando, a pesar de que no estaba incluido en el programa de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo. Entre otros asuntos, el Comité solicitó de la Secretaría alguna información con respecto a la reunión de Caracas, dada la importancia que se concede a la investigación como base fundamental para las

políticas y los programas de salud. Quizá debería considerarse la posibilidad de que en cada reunión del Comité Ejecutivo se incluya en el programa el tema de la investigación, a fin de conocer los progresos que se van alcanzando en un campo que resulta esencial para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

Las investigaciones señaladas como prioritarias por el CAIM, como las relativas a las infecciones respiratorias, serán imprescindibles para llevar adelante los programas de control que permitirán una reducción de la morbilidad y mortalidad por esas causas. También serán indispensables las investigaciones que faciliten, desde un punto de vista tecnoadministrativo, la atención primaria de salud. Es de esperar que las propuestas formuladas sean recogidas por la sala y se tengan en cuenta al preparar el proyecto de resolución sobre el tema.

Dr. ACUÑA (Director): Encuentro que la sugerencia del Presidente del Comité Ejecutivo es muy razonable pero, lamentablemente, hay que tener en cuenta el factor tiempo. Como los miembros del CAIM desempeñan sus funciones en el Comité Asesor en forma honoraria, han de ser consultados en relación con la fecha de la reunión de este que más le convenga a la mayoría de ellos. Por regla general, la fecha escogida cae en el verano y coincide con la de la reunión del Comité Ejecutivo. Este año hubo la oportunidad de convencer a los miembros del CAIM de que sería conveniente aprovechar la reunión de Caracas, a la que algunos de ellos tenían interés en asistir. Pero no es de esperar que esto pueda repetirse en el futuro, por lo que no debería comprometerse al Director a que convoque la reunión del CAIM en un momento propicio para que el Comité Ejecutivo pueda conocer el informe de esa reunión. En todo caso, no debería aprobarse una resolución en ese sentido que representara un mandato a esos efectos.

Dr. ALLEYNE (PASB): Thank you very much for the comments that have been made. The Director has already dealt extensively with many of the comments, but there are a couple of specific points I would like to make and I will start backwards by commenting on what was said by the Delegate of the United States of America, because this will, in a sense, allow me to demonstrate how the Committee's advice to the Director is translated into action.

The Committee advises the Director and then, of course, it is left to the Secretariat or to a member of the ACMR Subcommittee to try to translate some of those recommendations into a form of specific action. The practice in the last couple of years has been that, at every Committee Meeting, the Committee looks at the recommendations it made the year before and tries to determine which of these have been put into practice, the extent to which they have been fulfilled, what the gaps have been, and what are the future prospects for fulfilling these recommendations.

Section 13 on page 30 of the English version of the Committee's report contains the recommendations of the Twentieth Meeting of the ACMR, which give some idea of what has happened during the past year to fulfill the recommendations of the year before.

We welcome the positive comments of the Delegate of Canada because for many years the ACMR itself has been concerned with how to translate the primary health care process into a reality and with discovering the research components that might accelerate the process. The Advisory Committee has in fact agonized for many years over what would be the important entry point for research into this process. At the last meeting of the ACMR, another step forward was taken in this direction when the Committee recommended to the Director that the Organization look into the possibility of starting with a specific group and a few specific places, as Dr. Groot mentioned. Already, Dr. Acuña and the Secretariat have been holding discussions with one particular country on how to carry out research into the problems connected with reducing mortality and morbidity in children under five, because we feel that is perhaps one of the areas of the primary health care system in which measurable results can be achieved within a definite time span. You can

introduce the kinds of things that can work, demonstrate that they can work, and try to give this demonstration wider application. Therefore, in a sense, the Committee has been seized with the necessity for doing exactly what you have said, and I have tried to find a specific method of doing just that.

As far as a model demonstration project is concerned, this has been discussed before in the Committee which thought that rather than having a model in a single country, it might be better to look at a country itself, or at a specific area of the country as a model, to do exactly what you requested.

With respect to the other comment made by the Delegate of the United States of America, I think the Director referred to the difficulty of documenting the amount spent in research at PAHO, so I will not go into that. The reluctance to publish is a perennial problem, and as to a review of the collaborating centers, the Secretariat accepts and agrees that it is a matter of urgent necessity to determine what role the collaborating centers play in the network; for the first time last year, the PAHO Secretariat put together documentation on what the collaborating centers do, how they function, and what their terms of reference are. This would be an ongoing process and so we think that we do have in place the kind of mechanism in progress that would allow us to establish the network--pull it together and allow it to carry out what was in fact its pristine function--to improve research in a general sense in our Region. This is in fact in progress.

The comment on what research is being done in PAHO has relevance to one of the publications which was put out by the Secretariat last year: "Research in Progress." This series of publications used to be produced by the Secretariat every two years. After a lapse it has been restarted, and we hope that every two years we shall have an up-to-date account in narrative as well as tabular form of the kinds of research that the Organization is trying to support (both directly and indirectly) with all the limitations of funding and of the discrete application of so many dollars for specific research projects. We hope that this kind of publication will give the Directing Council the kind of information it is asking for on the type of research PAHO is undertaking and on what kinds of publications have emerged from this research. Only when one knows this can one get to the root cause of the reluctance to publish what appear at first sight to be worthwhile results.

As to the final point, at every meeting of the ACMR there is a session devoted to the things that have been done that ought not to have been done, and those that have not been done that ought to have been done.

Dr. GUEDEZ LIMA (Venezuela): Quería referirme al informe tan importante que se ha presentado sobre el tema y a la Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud, convocada por la Organización y el CAIM en Caracas en abril de 1982. En la Declaración resultante de esa Conferencia se resumen las opiniones en ella vertidas por los ministros de salud y los representantes de numerosos centros de investigación médica y de salud de diversos países. Tal como señaló el Dr. Acuña, en la Declaración se destaca que en materia de financiamiento para investigaciones, no se disponía de un concepto suficientemente sólido que permitiera determinar el monto del presupuesto general de salud que podría asignarse a la investigación. En el debate que se celebró al respecto no fue posible conocer con exactitud cuánto en realidad se asignaba para esos fines y por eso se estimó necesario llamar la atención sobre este aspecto tan importante de la investigación en salud.

El propio nombre del Comité Asesor pareciera que tiene un sentido restrictivo si se le considera en el ámbito general de la salud. En los países, cuando se hicieron las primeras consultas para ver quiénes participarían en la Conferencia, los investigadores tradicionales médicos creyeron que la reunión se dedicaría a investigaciones básicas o clínicas y hubo que aclarar que se referirían a políticas de investigación en salud.

Resulta realmente difícil determinar desde el punto de vista financiero cuál será la asignación que tendrá que poner cada país, e incluso la propia Organización, para estos fines.

En la página 39 del Documento CSP21/17, merece la pena llamar la atención sobre el párrafo que dice así:

"Estamos conscientes de la larga tradición de las investigaciones clínicas y de laboratorio en nuestros países, y quisiéramos en el momento actual que se dedicara mayor atención al reforzamiento de las actividades en los campos de investigación epidemiológica, del comportamiento humano, saneamiento ambiental y de los servicios de salud".

Lo anterior indica que se reconoció que no era suficiente lo que tradicionalmente se había venido haciendo, las investigaciones básicas y clínicas, sino que había que incorporar aquellos aspectos en que está inmerso todo lo que se refiere al campo de la salud.

Y en otro párrafo, al final de la página 40, se dice lo siguiente:

"Afirmamos que el financiamiento de las investigaciones reviste importancia crítica en todo el proceso y que debe crearse un mecanismo nacional y regional que garantice la continuidad del apoyo financiero a la investigación y a la formación de investigadores".

Con esto se destaca cuán importante es el asunto y cuán delicado es en el momento en que se vaya a determinar qué cuota de participación deben tener la OPS o los Gobiernos en la asignación de recursos para la investigación. Para ello es imprescindible el señalamiento previo de las políticas de investigación en salud.

Para terminar deseo indicar que, como se advierte en el informe, nos complació que en la Conferencia de Caracas se señalase la importancia no solo de la investigación básica, la clínica aplicada, sino también de la epidemiológica, la del comportamiento humano, la del saneamiento ambiental, y la de investigación de los servicios, o sea la investigación de la administración de los servicios de salud. Creo que este debe ser un punto que el Comité Ejecutivo debe conocer y en el momento oportuno, esta Conferencia podría transmitírsele para la acción correspondiente. Se trata de uno de los problemas que confrontan nuestros países, puesto que tenemos programas en acción, e incluso se evalúan los programas; pero en estos casos la investigación no es menos importante ya que después no existe una definición clara de qué son las investigaciones relativas a la administración y funcionamiento de los servicios de salud, en otras palabras, la investigación del resultado de lo que estamos haciendo.

Dr. CROOT (Presidente, CAIM): Quiero dar las gracias a los Delegados de Canadá, de los Estados Unidos de América y de Venezuela, así como al Presidente del Comité Ejecutivo, por sus comentarios. Es el tipo de reacción que esperábamos y que ha de ser muy constructiva para el CAIM.

Quisiera solamente añadir algo a lo expresado por el Dr. Acuña y por el Dr. Alleyne. El Comité Asesor ha visto con preocupación la distribución irregular de las publicaciones y de las contribuciones científicas en la América Latina. No vamos a ser tan faltos de honestidad como para no decir que esto es parte del subdesarrollo científico; dispénsenme si uso una palabra dura, pero la uso con el deseo de estimular a nuestros colegas de América Latina. Esto es apenas natural que ocurra porque, con contadísimas excepciones, en la América Latina no se ha alcanzado un desarrollo suficiente de la investigación; está también ligado con la falta de productividad y la no publicación de muchos resultados, en lo cual, hay que advertir, militan factores de distinta naturaleza, que no vamos a discutir ahora. Pero uno de ellos es el deseo de que aparezcan las publicaciones solamente en revistas de gran renombre; otro es la falta de comunicación.

El Comité Asesor ha recomendado que se auspicien actividades como la del centro de documentación de BIREME, en São Paulo, para resolver este problema, y la creación de nuevos centros colaboradores. Es verdad que hay dificultades para algunos de los existentes pero la función de la OPS es auspiciar nuevos centros de colaboración siempre que se demuestre más allá de toda duda razonable que se trata de centros con las condiciones y los recursos necesarios para cumplir su papel. A esos efectos resulta un estímulo muy positivo el que la Organización sea considerada como un organismo de prestigio internacional que si auspicia una de estas actividades da la garantía de que se trata de un empeño que merece el auspicio de una entidad internacional. En la revisión que hace cada año el CAIM de las recomendaciones del año anterior, hemos visto con satisfacción que generalmente se han cumplido y, en caso contrario, ha sido por falta de recursos o tal vez porque las recomendaciones del subgrupo pertinente no eran suficientemente claras o satisfactorias. Como seres humanos, a veces nos equivocamos también.

El PRESIDENTE: Agradezco al Dr. Groot sus comentarios y lo felicito por el informe tan importante que presentó anteriormente sobre el tema. Solicito al Relator que prepare un proyecto de resolución en el que se extienda una felicitación al Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas y se tome nota de las recomendaciones que ha formulado en cuanto a los temas prioritarios en el campo de la investigación, de las cuales se han hecho eco las Delegaciones del Canadá, los Estados Unidos de América y Venezuela, así como otros oradores. Asimismo, se debe felicitar a la Organización, y al Director, por haber tomado esa iniciativa. Por otra parte, debe destacarse la importancia de dar amplia difusión a los informes de la Conferencia de Caracas en la que se trató de las políticas de investigación en salud. Para terminar, deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas Delegaciones que con su asistencia han animado nuestras sesiones, que a veces han comenzado hasta con un 80% de presencia.

El SECRETARIO: La Comisión General celebrará una sesión en la Sala C, tan pronto termine la presente sesión plenaria.

M. CAREAU (Canada): Sans vouloir préjuger ce que la Commission générale décidera dans quelques minutes--est-ce que nous pourrions avoir au moins une petite idée de ce que sera le premier point de l'ordre du jour de cette après-midi?--parce que nous aimerions quand même apporter les documents nécessaires. Il est vrai que c'est à la Commission à décider, je le sais, mais je voudrais si possible avoir une idée sur la question.

Dr. ACUÑA (Director): Aunque ha de ser la Comisión General la que decidirá al respecto, se propondrá que la Comisión A solo sesione para ocuparse de los proyectos de resolución pendientes o de algún tema que no haya terminado de tratar. Seguidamente la Comisión se integrará a la sesión plenaria para seguir con el examen de los asuntos en un solo grupo. Quedan pendientes para la sesión plenaria de la tarde de hoy los temas 38 y 39.

El PRESIDENTE: Quiero agradecer a todos el honor que se me ha otorgado de presidir esta sesión, así como a la Delegación de Panamá por su deferencia.

The session rose at 12:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.

TENTH PLENARY SESSION
DECIMA SESION PLENARIA

Monday, 27 September 1982, at 2:30 p.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

El PRESIDENTE: Voy a pedirles a los Delegados que tomen sus asientos. Hay quórum y vamos a dar inicio a la sesión. El primer punto a considerar es el tercer informe de la Comisión General.

THIRD REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
TERCER INFORME DE LA COMISION GENERAL

El SECRETARIO: La Comisión General celebró su tercera sesión el 27 de septiembre de 1982 a las 12:45 de la tarde. Asistieron a la misma el Presidente de la Conferencia, el Vicepresidente pro tempore, el Relator, el Presidente pro tempore de la Comisión A, el Delegado de los Estados Unidos de América y el Director de la Oficina, Secretario ex officio.

Como resultado de sus debates, la Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Fijar el siguiente orden del día para la sesión plenaria de esta tarde:
 - a) informe de la Comisión General;
 - b) proyecto de resolución pendiente de aprobación (PR/10);
 - c) segundo informe de la Comisión A;
 - d) tema 38;
 - e) tema 39, y de haber tiempo, los temas 40.1, 40.3 y 40.4.
2. Para la sesión de la Comisión A, también a celebrarse esta tarde, la Comisión General decidió que se consideren todos los proyectos de resolución que estén pendientes de aprobación, de modo que puedan ser enviados a la consideración del plenario el martes por la mañana.
3. El orden del día para la sesión plenaria del día de mañana será el siguiente:
 - a) proyectos de resolución pendientes de aprobación;
 - b) informe de la Comisión A (si estuviese listo);
 - c) tema 17;
 - d) tema 20;
 - e) tema 40.2.
4. La sesión de clausura de la Conferencia se fijó para el miércoles 29 de septiembre a las 9:00 a.m.
5. La Comisión decidió otorgar el derecho del uso de la palabra al Sr. Louis S. Belicsky, Observador de la Federación Internacional de Trabajadores de la Química, de la Energía e Industrias Diversas.

El PRESIDENTE: Está en consideración el informe de la Comisión General. Si no hay ninguna observación u objeción, lo daremos por aprobado.

It was so agreed.
Así se acuerda.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTION PENDING ADOPTION
CONSIDERACION DEL PROYECTO DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

ITEM 31: PROVISIONAL AGENDA OF THE SEVENTY-FIRST SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO;
ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE (conclusion)
TEMA 31: ORDEN DEL DIA PROVISIONAL DE LA 71a REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS:
TEMAS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL (conclusion)

El PRESIDENTE: Vamos a pasar a la consideración del proyecto de resolución pendiente de aprobación (PR/10), sobre el orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional. Pido al Relator que le dé lectura al proyecto de resolución:

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the tentative provisional agenda of the Seventy-first Session of the Executive Board of the World Health Organization (Document EB71/1, annexed to Document CSP21/9),

RESOLVES:

1. To take note of the tentative provisional agenda of the Seventy-first Session of the Executive Board of WHO (Document EB71/1, annexed to Document CSP21/9).
2. To urge the Member Governments to review carefully the issues to be considered by the WHO Executive Board, and to make their views known to the Director and to the members of the Executive Board from the Region of the Americas, in order to ensure that the Region's views are fully reflected at the Board's session.
3. To request the Director to call an orientation meeting of the Members of the Executive Board who are from the Region of the Americas, to be held at PAHO Headquarters in Washington, D.C., immediately prior to the meeting of the Executive Board of WHO.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (Documento EB71/1, anexo al Documento CSP21/9),

RESUELVE:

1. Tomar nota del orden del día provisional de la 71a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Documento EB71/1, anexo al Documento CSP21/9).
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que examinen detenidamente los asuntos que ha de examinar el Consejo Ejecutivo de la OMS y a que hagan saber sus opiniones al respecto al Director y a los miembros del Consejo Ejecutivo que sean de la Región de las Américas para asegurarse de que las opiniones regionales se reflejen plenamente en la reunión del Consejo.
3. Pedir al Director que convoque una reunión previa de orientación de los Miembros del Consejo Ejecutivo que sean de la Región de las Américas, a celebrarse en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., inmediatamente antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

M. CAREAU (Canada): Je voudrais seulement poser une question, peut-être à M. le Directeur. Combien de temps croit-il que cette réunion qui aura lieu avant celle de Genève durera? Est-ce qu'elle durera une journée, deux journées; est-ce qu'il peut nous donner une première indication à ce sujet afin que nous puissions aviser les membres du Comité, et en particulier Mme le Dr. Law?

El PRESIDENTE: Está en discusión el proyecto de resolución PR/10.

Mr. BOYER (United States of America): I would like to speak in support of this resolution, which I think contains a number of very useful ideas, and I would like to suggest one specific instance in which it might be implemented quickly. Last week, we adopted a resolution regarding the classification systems of the budgets of WHO and PAHO asking the Director to discuss with WHO means by which the two classification systems could be brought together. My understanding is that the WHO budget will go to the printer at the end of October, and I hope that the Director can undertake his discussions with WHO before the WHO budget is put into print. However, if there are still issues pending, it seems to me these are ideal issues for the members of the WHO Executive Board from this Region to raise at the Executive Board Meeting in January, as proposed by this resolution. I hope that, if the Director is not successful in bringing about a compatible classification system, the members of the Executive Board will feel free to raise that question in January.

Dr. ACUÑA (Director): Señor Presidente, yo tengo la impresión de que va a ser difícil hacer esta reunión de más de un día, y las razones son las siguientes: En primer lugar, tengo entendido que el Presidente del Comité del Consejo Ejecutivo es la Dra. Law, del Canadá, y ella tendrá que llegar a Ginebra con alguna anticipación por razones obvias, entre ellas el hecho de que habrá de presidir algunos subcomités del Consejo Ejecutivo. Tendré que hablar con la Dra. Law y sugerirle si es posible el último viernes, si es que no coincide con el primero de enero, naturalmente. Creo que la reunión del Consejo Ejecutivo está convocada para la segunda semana de enero, a partir del miércoles. El lunes y el martes, por lo regular, el Consejo Ejecutivo tiene reuniones de subcomités, pero no estoy seguro de si el viernes anterior podrían estar aquí en Washington todo el día y partir, ya sea el viernes en la noche o el sábado, con rumbo a Ginebra. Me imagino que esto sería lo más probable, pero tendríamos que examinar estos detalles antes de decidir la fecha más indicada. Creo que, de momento, un día sería suficiente.

Ahora, con respecto a lo que ha propuesto el Delegado de los Estados Unidos de América, señor Boyer, nosotros ya hemos hecho saber al Director General el problema de la clasificación y la decisión de nuestro Comité Ejecutivo. El Director General está al tanto de que hemos ampliado la clasificación y de que hay uno o dos asuntos que no entran dentro de la clasificación de la OMS. Es indudable que le haremos saber al Director General, al término de esta Conferencia, el contenido de la resolución, y enviaremos al Director General, si están listas, las copias de las versiones taquigráficas de las discusiones habidas sobre este asunto, encareciéndole que haga también un esfuerzo por tratar de hacer compatibles las dos clasificaciones. No sé, señor Boyer, si esto adelantará un milímetro este acercamiento, esta identificación entre las dos clasificaciones, pero indudablemente es lo único que podemos hacer de aquí a la fecha en que se envíe este documento a la imprenta por la OMS. Usted está al tanto de que el Comité del Programa del Consejo Ejecutivo se reúne también en Ginebra a fines de octubre, e indudablemente esa es una oportunidad más para que los miembros del Consejo Ejecutivo que estén incluidos en el Comité del Programa puedan hacer un intento más. Yo no tengo muchas esperanzas en esta gestión a estas alturas porque, naturalmente, esto requeriría una decisión del Consejo Ejecutivo pero, como usted ha dicho muy bien, el Consejo Ejecutivo o los representantes de los países de las Américas sí podrían hacer una gestión ante el Consejo Ejecutivo en forma directa.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra observación sobre este tema? ¿Hay alguna objeción o modificación al proyecto de resolución? Si no la hay, la voy a dar por aprobada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Dicisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

CONSIDERATION OF THE SECOND REPORT OF COMMITTEE A
CONSIDERACION DEL SEGUNDO INFORME DE LA COMISION A

El PRESIDENTE: El próximo punto en la agenda del orden del día es la consideración del segundo informe de la Comisión A, Documento CSP21/33.

El RELATOR: Segundo Informe de la Comisión A. En su quinta sesión, celebrada en la mañana del día 23 de septiembre de 1982, la Comisión A adoptó los dos proyectos de resolución siguientes, cuya aprobación se propone al pleno de la Conferencia Sanitaria Panamericana:

El proyecto de resolución sobre "Repercusiones financieras y presupuestarias a nivel nacional e internacional de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción de salud para todos en el año 2000" dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the document prepared for the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee (Document CSP21/21), which describes the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action;

Bearing in mind Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council, which adopted the Regional Plan of Action for health for all by the year 2000, and Resolution WHA35.23, in which the World Health Assembly adopted the Global Plan of Action for implementing the global strategy for health for all by the year 2000;

Noting the revisions and recommendations made by the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming and by the 88th Meeting of the Executive Committee; and

Considering that health is a basic human right that must be safeguarded by the State,

RESOLVES:

1. To express appreciation to the Director for the study on the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action.

2. To request the Member Governments to make studies of the financial machinery in their countries and to adjust their national financial resources to their health needs, while implementing a policy of rationalization of current expenditures, austerity in personnel costs, and optimization of management functions in the health field and resorting to international financial assistance for clear and well-defined purposes in order to avoid needless indebtedness.

3. To request the Director to:

- a) Pay special attention to the allocation of resources and provision of technical assistance to those Member Countries that are in greatest need;
- b) Continue to examine the international economic environment and national and international resource allocations to the health and related sectors and to

inform the 92nd Meeting of the Executive Committee in 1984 of any significant changes affecting the attainment of health for all by the year 2000;

- c) Advise those Member Governments which may request it on ways to implement the outcome of these studies.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento preparado para el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/21), que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción;

Habida cuenta de la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, que adoptó el Plan de Acción Regional de salud para todos en el año 2000, y la Resolución WHA35.23, en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción mundial para llevar a cabo la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000;

Observando los cambios introducidos y las recomendaciones hechas por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Considerando que la salud es un derecho humano fundamental cuyo cuidado es obligación del Estado,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director el estudio sobre las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción.

2. Pedir a los Gobiernos Miembros que hagan estudios sobre los medios de financiación en sus países y que adecúen los recursos financieros nacionales a sus necesidades de salud, llevando a cabo una política de racionalización del gasto corriente, austeridad en el gasto de personal y optimización de las funciones gerenciales de salud, haciendo un uso claro y definido de las ayudas financieras internacionales para evitar endeudamientos innecesarios.

3. Pedir al Director que:

- a) Conceda especial atención a la asignación de recursos y a la prestación de asistencia técnica a aquellos Países Miembros que más lo necesiten;
- b) Continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional y que informe a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo en 1984 sobre cambios significativos que afecten la posibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000;
- c) Dé asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios.

El PRESIDENTE: Está en consideración el proyecto de resolución correspondiente al tema 13 b).

Dr. CABRERA (México): Mi Delegación tiene alguna objeción que hacer a una parte del párrafo resolutivo 2, donde dice: "haciendo un uso claro y definido de las ayudas financieras internacionales para evitar endeudamientos innecesarios". Mi Delegación

considera que, por un lado, esta última parte del párrafo resulta relativamente innecesaria, y por otro, su redacción va más allá de lo que se pretende. Dado el contexto del párrafo, nos parece que es un aspecto muy sensible y delicado, que podría indicar insistencia excesiva de la Organización ante los gobiernos, sobre todo en estos aspectos tan delicados. La mayoría de los países, entre ellos el mío, reconocen que en todos estos aspectos financieros, se debe dejar a los países cierta autonomía, una discreción muy amplia, y creemos que no sería muy apropiado ni oportuno emplear una redacción que quizás sea innecesaria. Por ejemplo, me atrevo a sugerir que, en el párrafo 2 donde dice: "Pedir a los Gobiernos Miembros que hagan estudios sobre los medios de financiación en sus países y que adecúen los recursos financieros nacionales," se agregue "e internacionales a sus necesidades de salud, llevando a cabo una política de racionalización del gasto corriente, austeridad en el gasto de personal y optimización de las funciones gerenciales de salud". Creo que la expresión quedaría muy completa y haría relativamente innecesaria la continuación del párrafo, que mi Delegación considera inapropiada en la forma como aparece ahí.

El PRESIDENTE: ¿Alguien más quiere secundar esa modificación? Si nadie objeta a la modificación presentada por México, la voy a dar por adoptada en la resolución. Pongo en consideración de la sala, la resolución entera, tal como ha sido modificada. Si nadie solicita la palabra para hacer una enmienda u objeción la voy a dar por aprobada.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

Dr. ACUÑA (Director): Antes de que Uds. continúen con la otra resolución, quisiera traer a colación ante esta honorable asamblea el hecho de que hay en la OMS un Grupo de Recursos de Salud que tiene íntima relación con los recursos internacionales disponibles para los países. La semana pasada se distribuyó en la sala el Documento WP/2, en español y en inglés. El documento dice así:

"The Thirty-fourth World Health Assembly (May 1981) in Resolution WHA34.37 urged all Member States to allocate adequate resources for health for all, and in particular for primary health care.

As a consequence of this resolution, a WHO Health Resources Group (HRG) was established with representation from developing countries, multilateral, bilateral, and non-governmental agencies, including members of the UN system. The Group meets once or twice a year in Geneva for a period of one or two days to review progress in resource mobilization on a global scale. Currently these activities are restricted to review of financial resource utilization in a limited number of countries.

The Executive Board approved HRG representation, which includes one developing country to be nominated from each WHO Region, with the exception of two countries from Africa and South-East Asia.

In 1980 the Regional Committee for the Americas nominated Chile to represent this Region. After a period of two years, the Regional Committee should nominate another representative on a rotational basis of two years."

"Por su Resolución WHA34.37, la 34a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 1981) instó a todos los Estados Miembros a que asignaran recursos adecuados al logro de la salud para todos y, en particular, a la atención primaria de salud.

Habida cuenta de esa resolución se estableció un Grupo OMS de Recursos sobre Salud (GRS) integrado por representantes de países en desarrollo, organismos multilaterales y bilaterales, y organizaciones no gubernamentales, inclusive pertenecientes al sistema de

las Naciones Unidas. El Grupo se reúne una o dos veces al año en Ginebra durante un día o dos para examinar los progresos realizados a escala mundial en la movilización de recursos. De momento, el examen solo se refiere a la utilización de recursos financieros en un número limitado de países.

El Consejo Ejecutivo ha aprobado la composición representativa del GRS, que comprende un país en desarrollo propuesto por cada Región de la OMS, a excepción de dos países pertenecientes a África y al Asia Sudoriental.

En 1980, el Comité Regional para las Américas propuso a Chile como representante de esta Región. Cada dos años, el Comité Regional habrá de designar un nuevo representante, conforme a un sistema de rotación".

A este respecto yo quisiera invitar a ustedes a proponer un representante para la próxima reunión, que sería posiblemente en el mes de diciembre, en Ginebra. Repito que Chile ha servido estos dos años pasados. El primer año, ante la imposibilidad de consultar con ustedes, designamos al Paraguay, que asistió una sola vez.

Dr. GUZMAN (Chile): Sobre el tema que acaba de presentarnos el Dr. Acuña, mi Delegación desea proponer que Costa Rica sea el país que defina las personas que se integren en este Grupo OMS de Recursos sobre Salud, para representar al Comité Regional de las Américas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra nominación para representar a la Región en este grupo? ¿Costa Rica aceptaría?

Dr. ALFARO (Costa Rica): Agradezco al distinguido Delegado de Chile la propuesta de nuestro país que acepta gustoso y honrado la designación y espera cumplir cabalmente su cometido.

El PRESIDENTE: Si no hay ninguna otra nominación, voy a declarar electo por esta Conferencia al Gobierno de Costa Rica para representar a la Región en el Grupo de Recursos de Salud.

It was so decided.

Así se acuerda.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre "Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente" dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report on the evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) (Document CSP21/11);

Considering the provisions of Resolutions XXXI of the XX Pan American Sanitary Conference and XXXI of the XXVI Meeting of the Directing Council; and

Mindful of the significant requirements of the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade,

RESOLVES:

1. To take note of the report on the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences, and to thank the Member Governments which have actively participated in the evaluation process.

2. To thank the Director for making available the evaluation report and the recommendations of the Evaluation Team of CEPIS.

3. To request the Director to:

- a) Support and implement, as appropriate and with due caution in regard to direct technical assistance to the countries and to research projects for which CEPIS is responsible, the findings and recommendations of the Evaluation Team;
- b) Continue to seek extrabudgetary resources to further CEPIS' collaboration with Governments in implementing their programs.

4. To request the Governments to:

- a) Contribute financial and other support for activities carried out by CEPIS in the countries, for training programs which require national support, for the reproduction of materials initially prepared by CEPIS, and for the general costs of those programs;
- b) Identify and support national institutions that would join CEPIS as part of a network of collaborating centers to further training, information exchange, and applied research programs.

5. To thank the Government of Peru for its unflagging support to CEPIS and for generously supplying to the Center all resources needed for the performance of its functions.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe sobre la evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) (Documento CSP21/11);

Considerando lo dispuesto en las Resoluciones XXXI de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana y XXXI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo, y

Consciente de las considerables necesidades en relación con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, y dar las gracias a los Gobiernos Miembros que han participado activamente en el proceso de evaluación.

2. Dar las gracias al Director por haber facilitado el informe de evaluación y las recomendaciones del Grupo de Evaluación del CEPIS.

3. Pedir al Director:

- a) Que apoye y aplique, según proceda y con la debida caución en el caso de asistencia técnica directa a los países y en el de los proyectos de investigación de responsabilidad del CEPIS, los resultados y las recomendaciones del Grupo de Evaluación;
- b) Que siga recabando recursos extrapresupuestarios para intensificar la colaboración del CEPIS con los gobiernos en la ejecución de los programas de estos.

4. Pedir a los Gobiernos:

- a) Que presten apoyo financiero, entre otras cosas, a las actividades que desarrolle el CEPIS en los países, a los programas de adiestramiento que requieran ayuda nacional, a la reproducción de materiales inicialmente preparados por el CEPIS y a los gastos generales de esos programas;
- b) Que identifiquen y apoyen instituciones nacionales que se sumarian al CEPIS para integrar una red de centros colaboradores en el fomento del adiestramiento, el intercambio de información y los programas de investigación aplicada.

5. Dar las gracias al Gobierno del Perú por el apoyo constante que ha dado al CEPIS poniendo generosamente a su disposición los medios necesarios para el desempeño de sus funciones.

El PRESIDENTE: Está en discusión el proyecto de resolución sobre el tema 21. Si no hay objeción o enmienda lo daré por aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Está en consideración todo el informe de la Comisión A. Si no hay objeción ni enmienda, queda aprobado.

It was so decided.

Así se acuerda.

ITEM 38: REQUESTS FROM INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS FOR THE ESTABLISHMENT OF OFFICIAL RELATIONS WITH THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN

TEMA 38: SOLICITUDES DE ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES OFICIALES CON LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: COMISION INTER-AMERICANA DE MUJERES

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Representante del Comité Ejecutivo.

Dr. CHIN (Executive Committee): The 88th Meeting of the Executive Committee, held in June, considered a request submitted by the Director of the Inter-American Commission of Women for the establishment of official relations with PAHO. The Inter-American Commission of Women, as you will see from Document CSP21/28, Annex II, was established in 1928 at the Sixth International Conference of American States (Habana, Cuba), and given permanent status in 1938 by the Eighth International Conference of American States (Lima, Peru). It was created specifically to ensure recognition of the civil and political rights of women and enjoys full technical autonomy, with its own statute and governing organs. Member States of the OAS have the right to representation on the Commission. For more than 50 years, it has been concerned with the civil, political, economic, social, and cultural rights of women in the Americas, studying their problems, proposing solutions for them, and encouraging their participation in the community.

The Commission has asked for observer status with the Governing Bodies of PAHO, particularly as PAHO has approved and is now implementing with the Member Countries the Five-Year Regional Plan of Action of Women in Health and Development.

The Inter-American Commission of Women feels that it has an important part to play in this Plan and in this process. After considering the basic data and background of the

Commission and the legal basis, including Article 26 of the Constitution of PAHO, which refers to relations with other organizations, and Resolution XXVIII of the XIV Pan American Sanitary Conference, which sets forth the criteria to be observed in establishing official relations with international and inter-American organizations, the Executive Committee at its June meeting unanimously gave interim ad hoc observer status to the Inter-American Commission of Women and also unanimously approved Resolution XXI, which is in Document CSP21/28, Annex I, recommending the adoption of a resolution approving the establishment of official relations between PAHO and the Commission.

It should be observed that, under Resolution XXXVIII of the XXVII Meeting of the Directing Council the approval of two-thirds of the Directing Council or Pan American Sanitary Conference is required for the establishment of official relations.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra la Presidenta de la Comisión Interamericana de Mujeres, Dra. Julieta Jardí de Morales Macedo.

Dra. JARDI DE MORALES MACEDO (Presidenta, Comisión Interamericana de Mujeres): La Comisión Interamericana de Mujeres, organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos, fue creada en 1928 con el objetivo específico de lograr el reconocimiento de los derechos políticos y civiles de la mujer del Continente, pero, a medida que se va logrando la igualdad jurídica, se reconoce que ello no es suficiente. Se va tomando conciencia de la complejidad de la problemática de la mujer y la Comisión va extendiendo progresivamente su acción a otras áreas: educación, condiciones de trabajo, salud, vivienda, capacitación para el liderazgo, participación social, participación en la toma de decisiones, etc. Todas estas áreas están contempladas en el Plan Regional de Acción para el Decenio de la Mujer en las Américas, que la Comisión elaboró y puso en ejecución en 1976.

A partir de ese momento, todas las actividades de la Comisión se enmarcan dentro de dicho plan, pero la incorporación de nuevos Estados Miembros, la multiplicación de las solicitudes de asistencia técnica o financiera por parte de los países y la multiplicación también de los montos de la asistencia financiera solicitada para la ejecución de proyectos hacen más difícil para la Comisión cumplir con la inmensa tarea que tiene entre manos. De ahí que, entre otras medidas, busque la colaboración de órganos y organismos internacionales, dentro y fuera del sistema interamericano, para realizar actividades compartidas en áreas de interés común. La adopción por parte de la OPS del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo reviste especial importancia para la Comisión, pues nuestro Plan Regional de Acción en su parte quinta, sobre participación de la mujer en el desarrollo, reconoce como uno de sus objetivos el superar las carencias y deficiencias que, en materia de salud, presenta la mujer de la Región.

Por ello es muy importante para nosotros mantener una estrecha relación con la OPS y por eso hemos realizado gestiones para que la Comisión asista en calidad de observadora a las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, gestiones que dieron como resultado la adopción por parte del Comité Ejecutivo de la OPS, en su 88a Reunión, de la Resolución XXI a la que se ha hecho referencia. En esa Resolución se recomienda a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe el reconocimiento de relaciones oficiales entre la Comisión y la OPS, concediéndole la condición de observador en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo de la OPS cuando examinen el tema de la mujer en la salud y el desarrollo, por entender que ello ofrece el mayor interés para la OPS y para las mujeres del Hemisferio Occidental. La aprobación de tal resolución fue muy satisfactoria para la Comisión y esperamos también su aprobación aquí.

Paralelamente, la Comisión ha realizado también gestiones para la celebración de un acuerdo de cooperación con la OPS. A tal efecto, envió un proyecto de acuerdo que fue encontrado satisfactorio, salvo ligeras modificaciones, por la Dirección de la OPS. El

proyecto, con las modificaciones introducidas, fue aprobado en la segunda reunión extraordinaria del Comité Directivo de la Comisión y está pronto para ser suscrito.

La participación de la Comisión en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, cuando se examine el tema de la mujer en la salud y el desarrollo, y la suscripción del acuerdo de cooperación con la OPS tienen por finalidad establecer una vinculación estable y estrecha entre ambos organismos especializados del sistema interamericano, en los asuntos relativos a la mujer, lo que permitirá un mejor aprovechamiento de los recursos de que disponen y evitará la duplicación de acciones, redundando en beneficio de la mujer del Hemisferio. Con satisfacción debo señalar que, dentro del marco de esta proyectada cooperación entre la Comisión y la OPS, se han integrado dos representantes de la OPS en el grupo "Año Interamericano de la Familia", que viene funcionando en la sede de la Comisión para planear las actividades que deben realizarse durante 1983. Ese año, a instancias de la Comisión, ha sido declarado Año Interamericano de la Familia en el undécimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Esperamos asimismo que representantes de la OPS se integren a otros grupos de trabajo que vienen reuniéndose en la sede de la Comisión, y estamos seguros que esta cooperación entre la Comisión y la OPS dará fructíferos resultados.

Dr. PAGES (Cuba): Si bien la Delegación de Cuba no se va a oponer en absoluto al consenso en cuanto al establecimiento de relaciones oficiales entre la OPS y la Comisión Interamericana de Mujeres, sí desea que conste en acta su posición al respecto, por ser esta Comisión un organismo especializado de la OEA, órgano intergubernamental que expulsó ilegal, injusta y arbitrariamente a la República de Cuba hace ya más de dos decenios. Ello nos impide que pasemos por alto la solicitud de la Comisión Interamericana de Mujeres sin hacer esta observación.

Dr. CONNELL (Trinidad and Tobago): My Delegation will support the request of the Inter-American Commission of Women for the establishment of relations with PAHO. I have come to know the heads of the Commission who are very dynamic women. They possess a certain momentum in the affairs of their organization. The address which the distinguished representative gave today was a very interesting and moving address. In Trinidad and Tobago, despite the fact that our women have the same opportunities as men and there is absolutely no difference in their rights, we find it necessary to maintain a watch over women's rights to protect their rights, because there has been a tendency in Latin America, and even in the Caribbean, to push what has been called a "macho" image, on which so many men pride themselves. So it has become necessary to establish a sort of watchdog over the affairs of women.

We would support the request because we have come to realize that what the Americans call "affirmative action" is necessary to maintain the rights of women. In Latin America, their rights have not been subscribed to everywhere. They still suffer so many disabilities. PAHO in particular should be sensitive to the position of women, having regard for their position in the nation, as the nurseries of the nation, so to speak; they look after the nation and their health should be looked after. Any action or activity to attempt to improve their lot should be one we should always support. There is still very much work to be done with respect to women in the Hemisphere, so that whenever they make any move or take any action to have their rights protected or to struggle for any privileges, I think it should be the duty of our establishment and our organizations to further their cause. These are some of the reasons I feel that my Delegation should support the request of the Commission for closer relations with PAHO.

El PRESIDENTE: Vamos a pedirle al Relator que dé lectura al proyecto de resolución correspondiente.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that the Inter-American Commission of Women is an inter-American specialized organization devoted to the development of civil and political rights of women in the Hemisphere;

Considering that the Inter-American Commission of Women, through its President, has requested the establishment of official relations with PAHO by according to it the status of Observer to meetings of the Pan American Sanitary Conference, PAHO Directing Council, and PAHO Executive Committee, with regard to the issue of women in health and development; and

Acting pursuant to Article 26 of the PAHO Constitution, and in accordance with Resolution XXVIII of the XIV Pan American Sanitary Conference and Resolution XXXVIII of the XXVII Meeting of the PAHO Directing Council,

RESOLVES:

1. To express its satisfaction that the Inter-American Commission of Women has indicated its desire to enter into official relations with PAHO.
2. To declare that cooperation with the Inter-American Commission of Women will serve the best interests of PAHO and of the women in the Western Hemisphere.
3. To welcome the Inter-American Commission of Women into official relations with PAHO and thereby to accord it the status of Observer to PAHO, without vote, but with rights of participation (with the permission of the Chairman), in discussions of the issue of women in health and development, in meetings of the Pan American Sanitary Conference, the PAHO Directing Council, and the PAHO Executive Committee.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la Comisión Interamericana de Mujeres es un organismo especializado interamericano que tiene por objeto promover los derechos civiles y políticos de la mujer en el Hemisferio;

Considerando que la Comisión Interamericana de Mujeres, por conducto de su Presidenta, ha presentado una solicitud de relaciones oficiales con la OPS, consistente en concederle la condición de observador en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo de la OPS cuando examinen el tema de la mujer en la salud y el desarrollo, y

Procediendo de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 26 de la Constitución de la OPS, en la Resolución XXVIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y en la Resolución XXXVIII de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción ante el deseo manifiesto de la Comisión Interamericana de Mujeres de entablar relaciones oficiales con la OPS.
2. Declarar que la cooperación con la Comisión Interamericana de Mujeres ofrecerá el mayor interés para la OPS y para las mujeres del Hemisferio Occidental.
3. Acoger con agrado a la Comisión Interamericana de Mujeres en calidad de organismo mantenedor de relaciones oficiales con la OPS, concediéndole como tal la

condición de observador, sin voto pero con derecho de participación (con permiso del Presidente), en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo de la OPS cuando examinen el tema de la mujer en la salud y el desarrollo.

El PRESIDENTE: Está en discusión la resolución. Quiero que sepan que para poder aprobar esta resolución según lo establecido por el Consejo Directivo en su XXVII Reunión, se requieren las dos terceras partes de los miembros presentes. Por lo tanto haremos una votación alzando la mano. Si nadie más quiere hacer uso de la palabra, voy a poner la resolución a votación. Los que estén de acuerdo con dar status de observador a la Comisión Interamericana de Mujeres, que alcen la mano por favor. Veintidós a favor. Los que estén en desacuerdo que alcen la mano, por favor. Cero. Hay una abstención. Ha sido aprobado entonces con una abstención.

Decision: The proposed resolution was adopted by 22 votes in favor, 0 against, and 1 abstention.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por 22 votos a favor, 0 en contra y 1 abstención.

ITEM 39: INSTITUTE OF NUTRITION OF CENTRAL AMERICA AND PANAMA
TEMA 39: INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

Dra. KHANNA (Jefe, División de Servicios Integrados de Salud): Tengo el agrado de referirme a los Documentos CSP21/25 y ADD. I, en los cuales se da cuenta de las actividades desarrolladas dentro del proceso de reestructuración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). En la Resolución XXX de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de 1981, se aprobó, en principio, la transferencia definitiva del INCAP a su nueva dirección política y administrativa, como entidad de Centro América y Panamá, independiente del sistema orgánico y administrativo de la OPS. Quiero llamar la atención sobre un error contenido en la primera página del documento 21/25, en el resumen, en el tercer párrafo, tercera línea, donde dice "26-30 de julio de 1980", debe decir 1982.

Como hecho destacado, cabe señalar la firma del nuevo Convenio Básico del INCAP por los representantes de sus Países Miembros y del Director de la OSP, que tuvo lugar a finales de 1981 y, asimismo, la ratificación del citado convenio por parte de dos Gobiernos Miembros hasta la fecha. Posteriormente, el Director de la OSP convocó un grupo de trabajo, integrado por los representantes de los seis Países Miembros del INCAP, el cual se reunió en Washington, D.C., en julio de 1982, y revisó en forma exhaustiva una serie de documentos de tipo técnico y administrativo que son fundamentales para la futura operación del Instituto.

Durante la XXXIII Reunión del Consejo del INCAP celebrada en San José, Costa Rica, el 27 de agosto de 1982 se dio consideración al informe del grupo de trabajo anterior y se aprobaron las resoluciones pertinentes, incluido el Reglamento Interno del Consejo Directivo del INCAP, el Reglamento del Comité Técnico Consultivo, el Reglamento Financiero, el Reglamento del Personal y el Fondo de Trabajo del INCAP. Las resoluciones aprobadas por este Consejo del INCAP se encuentran como anexos al Documento CSP21/25, ADD I. Finalmente, por la Resolución VIII del Consejo del INCAP se solicitó al Director de la OSP que la Organización continúe administrando al Instituto y que el nombramiento del Director del INCAP corresponda al Director de la OSP, hasta que el nuevo Convenio Básico sea ratificado por todos los Gobiernos Miembros o se tome una decisión de transferir, en una fecha más temprana, la responsabilidad de la OPS de administrar el Instituto.

Otro elemento importante del proceso de reestructuración del INCAP se refiere a la Resolución VI, en virtud de la cual el Consejo del INCAP, en ejercicio de las facultades que le confiere el Artículo IV, literal a) del Convenio Básico del INCAP de 1955, vigente,

aprueba el nuevo Reglamento de Personal del Instituto y los procedimientos que conduzcan a condiciones de trabajo acordes con la realidad económica de la institución. Solicita asimismo al Director de la OSP que se realicen los arreglos necesarios para lograr ese fin. Teniendo en cuenta que la Organización continuará siendo miembro del INCAP y facilitando cooperación técnica y apoyo financiero a su programa, de acuerdo con las instrucciones que reciba de sus Cuerpos Directivos, el Director de la OSP solicita autorización de la Conferencia Sanitaria Panamericana para ratificar el nuevo Convenio Básico del INCAP en nombre de la Organización.

El PRESIDENTE: Está en discusión el informe sobre el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Ms. MORSE (United States of America): My Delegation would like to congratulate the INCAP Working Group and INCAP Directing Council for the excellent progress they have made in developing the necessary instruments leading to the restructuring of INCAP as a scientific agency of Central America and Panama, outside the organic and administrative system of PAHO. My Delegation is pleased that the Members of PAHO have the opportunity at this Conference to review the contents of the Basic Agreement and the resolutions of the INCAP Directing Council approved at its meeting in August 1982. We do, however, have several questions related to the financial implications for PAHO and to the Basic Agreement and the five basic administrative documents mentioned by the Secretariat in its presentation. Perhaps a review of these five documents would obviate the need to ask these questions, but since they have not been provided to us and since we are being asked to authorize the Director to ratify this Basic Agreement in the name of PAHO, my Delegation feels it important to ask the following questions.

First, will appropriate PAHO Governing Bodies have an opportunity to review the documents approved by the INCAP Council consistent with the responsibilities those documents place on PAHO? It appears these documents place financial responsibilities on the Organization. Two examples are noted in Resolution 7 of the INCAP Council: paragraph 5 requests that the savings expected from the application of the new salary scale for professional staff be paid by PAHO into the INCAP Working Capital Fund, and paragraph 7 calls for the Director to consider the possibility of assigning to INCAP's Working Capital Fund, monies that may be available to defray support costs of INCAP's extrabudgetary projects. The Basic Agreement also calls for PAHO to maintain and expand its contribution to INCAP; I believe that is Article 27 of the Basic Agreement. Article 29 says that all quotas will be paid annually in advance during the month of January. We respectfully ask when and how the decision will be made regarding PAHO's financial contribution to INCAP. The cover page of Document CSP21/25 in the last paragraph states: "PAHO/WHO will continue as a member of INCAP and will provide technical cooperation and financial assistance to its program, in accordance with the directives established by PAHO/WHO Governing Bodies." Since this new agreement goes into effect tentatively on 1 January 1983, when will PAHO's Governing Bodies have an opportunity to formulate such directives?

Continuing with some specific questions, we would like to know whether INCAP is the first institution with which PAHO will be affiliated to which it is required to pay an assessment set by that institution's Directing Council, or do we have a precedent to follow? In addition, does PAHO normally pay its contribution to other centers in advance in the month of January of each calendar year? Could this potentially have a negative effect in terms of regular PAHO programs by requiring that PAHO draw down the level of the Working Capital Fund?

Finally, related to the future stability of INCAP, we understand there has been a significant reduction in personnel, both professional and administrative, due to the changes in the salary and benefit packages. Is this reduction expected to continue and is it expected to affect INCAP's ability to attract external support? As a final point of clarification, we know that, in Document CSP21/25, ADD. I, this Conference is being asked

to authorize the Director to ratify the INCAP Basic Agreement on behalf of PAHO. Is there no resolution proposed to that effect? We ask if, and when, such a resolution is anticipated. My Delegation feels that it does not have sufficient information regarding PAHO's proposed financial and other responsibilities to INCAP to make an informed decision on this matter at this time.

Dr. BROUELLE (France): Notre délégation s'est posé des questions qui vont un peu dans le sens de celles qui ont été énoncées par la délégation des Etats-Unis, à propos de la participation de l'OPS à la gestion de l'INCAP et notamment à propos des implications financières de cette participation. En effet, bien qu'il soit dit que le Conseil Directeur serait consulté, on ne voit pas très bien dans la chronologie, et même dans les statuts, comment le Conseil Directeur pourrait être consulté valablement, étant donné que les quotas sont fixés par le Conseil Directeur et étant donné également la date à laquelle vont prendre effet les statuts qui sont envisagés. Nous aussi, d'ailleurs, nous aurions voulu avoir les documents qui ne nous ont pas été communiqués, et c'est pourquoi nous n'avons pas une vision très claire de ce sujet.

Dr. ACUÑA (Director): Estoy un poco extrañado de esta aparente confusión que existe tanto en la Delegación de los Estados Unidos de América como en la de Francia. Yo tenía la impresión de que los documentos eran claros, por lo menos en dos sentidos: primero, en el de que en ningún caso la participación de la OPS está comprometida más allá de lo que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana decidan desde el punto de vista presupuestario, e inclusive desde el punto de vista programático; y segundo, contestando en parte también lo que mencionaba la Dra. Broyelle, si el proyecto o anteproyecto de programa y presupuesto para el bienio de 1984 y 1985 se presenta el año próximo al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, indudablemente incluirá, para ese mismo bienio, las proyecciones o la participación de la OPS, que se someterán a la consideración tanto del Comité Ejecutivo como del Consejo Directivo. Por lo tanto, no veo la posibilidad de interpretar mal una propuesta en este sentido.

El Director tendrá la obligación de informar a ustedes, y ustedes decidirán oportunamente si a partir del año fiscal 1984, es decir, a partir del primero de enero se le da la oportunidad de esa aportación al INCAP. Ahora bien, ¿por qué se hace hincapié en el 1 de enero? Porque el INCAP no tiene capital de trabajo. El INCAP prácticamente tendría que suspender sus operaciones si no se le paga oportunamente. Sin embargo, entre las propuestas que ha hecho el Consejo del INCAP, que aparecen claramente explícitas en estos documentos, está la de que, si a partir del 1 de enero de 1983 el INCAP puede someter a su personal a un nuevo régimen, inclusive de salarios y prestaciones, se sometería el año próximo a la consideración del Consejo Directivo la posibilidad de utilizar los ahorros que podrían resultar de la reducción de gastos, para que formaran parte del capital inicial de trabajo del INCAP.

Eso es todo lo que se está proponiendo desde el punto de vista presupuestario o financiero, como se darán cuenta ustedes si leen detenidamente los documentos. Ahora bien, ¿por qué no presentamos a ustedes estos documentos? El Reglamento Financiero, el Reglamento Interno de Trabajo del Consejo del INCAP y otros a que se hace referencia, indudablemente, no son propiedad de nosotros, sino que pertenecen a los países de Centro América y Panamá. Si el Consejo quiere darlos a conocer a petición de la Conferencia o del Consejo Directivo, no creo que haya ningún inconveniente, pero son documentos bastante voluminosos. No obstante, estoy seguro de que si la petición es secundada, sin esperar más, el Director de la OSP tendrá mucho gusto en instruir al Director del INCAP para que envíe estos documentos a todos los Gobiernos que lo soliciten, puesto que no tienen nada de secreto. Si ustedes prefieren conocer la escala de salarios, pueden pedirla también; si quieren conocer cuáles son las reglas de funcionamiento del Consejo del INCAP, también están a su disposición. A este respecto, quizá podría haber un interés general por parte de los Cuerpos Directivos de la OPS por enterarse de la forma en que actuaría, junto con los Ministros de Salud de Centro América y Panamá, el Director de la OSP. Ahora bien,

¿qué objeto tiene conocer el Reglamento Financiero del INCAP, si no es con un propósito directo? Quizá alguno de los Gobiernos aquí presentes quisiera hacer una donación al INCAP e interesarse en cómo se van a manejar esos fondos. Naturalmente, ese reglamento está disponible, pero hacer un obsequio gratuito, sin ningún objeto, de numerosos documentos no creo que sea el propósito de esta honorable Conferencia. Se ha presentado a ustedes el Convenio Básico, sujeto a ratificación por cada Gobierno, según sus propios conductos para ello. Se trata de un convenio básico que, a nuestro juicio, no compromete a la Organización más que en un aspecto: el de seguir colaborando con el INCAP a solicitud de los seis Gobiernos que lo componen, en la medida claramente expresada en el propio convenio y que determinen los Cuerpos Directivos de la OPS. Por lo tanto, comparto la opinión de nuestra asesora legal, de nuestro departamento administrativo, y de otros expertos de dentro y fuera de la OPS que lo han examinado, de que esto no puede comprometer a la Organización más allá de lo que la misma Conferencia o el Consejo Directivo o el Comité Ejecutivo se quieran comprometer. Espero que estas explicaciones aclaren las dudas que hubieran podido tener algunos de ustedes respecto al compromiso de la OPS.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Nosotros queremos intervenir, por un lado, para ratificar nuestra posición como Gobierno de apoyo al nuevo Convenio Básico que, como decía bien el Sr. Director, está en proceso de ratificación a través de las cancillerías de los diversos Gobiernos de Centro América. Por otro lado, yo creo que conviene aclarar, como ya lo ha hecho el Director, que la OPS es miembro, como cualquier país de Centro América, del Consejo del INCAP, es decir, de un organismo centroamericano pero en el cual tiene voz y voto. Otro punto que también requiere mayor aclaración es que la cuota fija que se le asigna al INCAP es propuesta y ratificada no por el Director sino por los organismos de gobierno de la OPS.

El PRESIDENTE: Si nadie más quiere hacer uso de la palabra sobre el tema, vamos a pedir al Relator que redacte un proyecto de resolución ratificando el Convenio Básico y tomando nota del mismo, para distribuirlo lo más pronto posible.

ITEM 40: OTHER MATTERS
TEMA 40: OTROS ASUNTOS

40.1 Action Program on Essential Drugs
40.1 Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Litvak, para informar acerca del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales.

Dr. LITVAK (Jefe, División de Prevención y Control de Enfermedades): Me referiré muy brevemente a este programa, porque el Sr. Director ya informó a propósito del tema cuando se examinaron las resoluciones de la Asamblea General de la OMS. El Director General de la OMS ha solicitado que todos los Comités Regionales tomen conocimiento del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales que fue aprobado en la reciente 35a Asamblea Mundial de la Salud y, tal como lo expresó el Dr. Acuña, la resolución correspondiente solicita a los Estados Miembros que desarrollen políticas en relación con el programa de drogas y medicamentos. De conformidad con la resolución, el informe a que he hecho mención se ha presentado a consideración de este Comité Regional. Como señaló el Director, el documento destaca no solo el papel de los Gobiernos en el Programa de Acción, sino también la función que la OMS debe desempeñar a nivel de los países, a nivel regional y a nivel mundial. En relación con las responsabilidades de la Región, se solicita a este Comité Regional que defina específicamente áreas a nivel de país y en particular la colaboración interpaíses.

El PRESIDENTE: ¿Desea algún Delegado hacer uso de la palabra con respecto al Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales? ¿Se considera la sala debidamente

informada sobre el particular? ¿Nadie desea formular alguna pregunta al Dr. Litvak o al Director? De ser así, pasaremos al próximo tema, el 40.3, Estadísticas del personal de la OSP/OMS, Documento CSP21/INF/1. El Licenciado Barahona nos va a informar sobre el particular, cuando reanudemos la sesión.

The session was suspended at 3:50 p.m. and resumed at 4:30 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:50 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.

40.3 Statistics on PASB/WHO Staff

40.3 Estadísticas del personal de la OSP/OMS

Lic. BARAHONA (OSP): En la parte informativa de los documentos de la Conferencia se encuentran los anexos sobre información del personal. En el Anexo I se detalla la composición general del personal de la OSP de la categoría profesional, por nacionalidad, en cifras absolutas y en porcentajes, junto con el porcentaje de contribución de cada país al presupuesto ordinario de la OPS para el bienio 1982-1983. Se ha incluido en este cuadro a todo el personal, a excepción de aquellos que ocupan puestos financiados por la OMS.

En el Anexo II se presenta la distribución del personal de la OSP de la categoría profesional por nacionalidad y grado. Estos cuadros presentan cierta división interna. El primero se refiere exclusivamente al personal de la Sede, el segundo al de las oficinas de campo, el tercero a ambos, y el cuarto al personal de la Sede y las oficinas de campo, incluyendo también al personal financiado por la OMS.

En el Anexo III se analiza el número y la clase de contratos del actual personal de la OSP, así como del de la OMS, y se indica el tiempo de servicio de los funcionarios de acuerdo con los distintos tipos de nombramiento.

En el Anexo IV se presenta la composición del personal de la OSP de la categoría profesional, por grado y edad y, finalmente, en el Anexo V se resume la composición del personal de la OSP y de la OMS, incluyendo tanto el de categoría de servicios generales y temporero como el de categoría profesional.

En una subdivisión de este anexo se presenta el número de funcionarios por ubicación en la Oficina, tipo de empleo y procedencia de los fondos, es decir, de la OPS o la OMS, y en la segunda parte del anexo aparece la distribución del personal por nacionalidad, indicando el tipo de empleo y la fuente de los fondos.

El PRESIDENTE: ¿Alguien quiere hacer alguna pregunta u observación sobre el asunto del personal de la Oficina? Si no hay ninguna, nos daremos por informados y pasaremos al próximo punto que se refiere a la situación de los programas de malaria en las Américas. El XXX informe sobre la situación de la malaria figura también en la parte de información. El Dr. Ayalde nos va a informar sobre el particular.

40.4 Status of Malaria Programs in the Americas: XXX Report

40.4 Situación de los programas de malaria en las Américas: XXX Informe

Dr. AYALDE (OSP): Tengo el honor de presentar el Documento CSP21/INF/2 titulado "Situación de los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, XXX Informe". Este informe consta de varios capítulos sobre la situación de la malaria, problemas que dificultan el progreso del programa, investigaciones, capacitación de personal, cooperación internacional y coordinación.

Siguiendo la práctica de años precedentes, todos los países de la Región han informado acerca de la situación de esos programas, clasificando las áreas maláricas según la fase del programa en que se encuentran. Dentro de esta clasificación, se ha presentado el informe que aquí acompañamos.

La situación se analizó en 1979, en una reunión de Directores de Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria celebrada en México. Hemos recibido una invitación del Gobierno del Brasil para celebrar una nueva reunión a fines de mayo o principios de junio de 1983, con el propósito de analizar la situación de los programas y los problemas que dificultan su progreso. Creo que el informe es bastante completo, contiene una serie de cuadros con detalles epidemiológicos, que no consideramos necesario repetir en esta exposición.

El PRESIDENTE: Está en discusión el informe.

Dr. AYALDE (OSP): Quisiera aclarar, a título informativo, que el documento se refiere a 1981 pero debo comunicar a ustedes, que a principios de este mes, se celebró aquí en la Sede de la OPS, una reunión con el propósito de estudiar el programa de capacitación de personal. Participaron en ella expertos de distintos países, tanto del programa de malaria como de instituciones docentes, y estamos ahora en el proceso de completar el informe para distribuirlo a los países y proceder a la aplicación de sus recomendaciones. Por otra parte, estamos preparando una reunión que se celebrará el próximo mes de octubre en la ciudad de Albuquerque en Nuevo México, para estudiar el problema de la epidemiología y el control de Plasmodium falciparum. Esta reunión de Albuquerque ha recibido apoyo del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (OMS) y también de la AID, además del de la OPS y otro apoyo de la OMS.

El PRESIDENTE: Si no hay más observaciones sobre el programa de erradicación de la malaria, vamos a dar por concluido el examen del tema. Quiero anunciarles que a las 5:00 p.m. vamos a hacer entrega del Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana que otorga la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), y que este año ha correspondido a la Dra. Inés Durana, de Colombia. Esperamos que todos puedan estar presentes para que oigan la charla que ella nos va a ofrecer. Este Premio se otorga en honor al Dr. Horwitz, Director Emérito de la OSP. Vamos a declarar clausurada nuestra sesión pero antes anunciaremos los temas que se examinarán mañana.

El SECRETARIO: Como primer punto, se examinarán los proyectos de resolución pendientes, tanto los discutidos como los que se presentarán, el tercer informe de la Comisión A y los proyectos de resolución correspondientes. Además, se considerarán el tema informativo 40.2, que será presentado inmediatamente después, y los temas 17 y 20.

El PRESIDENTE: Si no hay ninguna observación sobre los temas de mañana voy a clausurar la reunión.

The session rose at 4:45 p.m.
Se levanta la sesión a las 4:45 p.m.

ELEVENTH PLENARY SESSION
UNDECIMA SESION PLENARIA

Tuesday, 28 September 1982, at 9:15 a.m.
Martes, 28 de septiembre de 1982, a las 9:15 a.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

El PRESIDENTE: Dado que hay quórum, vamos a dar inicio a la sesión. Si no hay ninguna observación que hacer sobre el orden del día, procederemos entonces con el primer tema, a saber, consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación, el PR/11 y el PR/12, que están en sus carpetas. Señor Relator, por favor dé lectura al proyecto de resolución PR/11.

ITEM 24: REPORT OF THE PAHO ADVISORY COMMITTEE ON MEDICAL RESEARCH (conclusion)
TEMA 24: INFORME DEL COMITE ASESOR DE LA OPS SOBRE INVESTIGACIONES MEDICAS (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/11 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the report of the PAHO Advisory Committee on Medical Research to the Director for 1982 (Document CSP21/17);

Having heard the presentation on the activities of the Advisory Committee as given by the Chairman, Dr. H. Groot;

Aware of the emphasis placed on research and the development of appropriate technology as integral parts of the Plan of Action for implementing the Regional Strategies for health for all by the year 2000; and

Taking note of the emphasis being placed on such priority areas as health services research, socioepidemiologic research, and, particularly, acute respiratory infections in children,

RESOLVES:

1. To commend the PAHO Advisory Committee on Medical Research for its report to the Director (Document CSP21/17).

2. To recommend that the Director strengthen the capacity of the Organization to deliver technical cooperation in the countries in the area of health research and to give high priority to those research issues addressed by the Advisory Committee, particularly the area of acute respiratory infections in children.

3. To commend the Director for the initiative taken with respect to the recommendations made by the Advisory Committee on Medical Research.

4. To request the Director to arrange for the wide dissemination throughout the Region of the proceedings of that Conference and the Declaration on Research Policies which emanated therefrom.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas presentado al Director para 1982 (Documento CSP21/17);

Oída la presentación de las actividades del Comité Asesor hecha por el Presidente de este, el Dr. H. Groot;

Consciente de la importancia concedida a las investigaciones y al desarrollo de tecnología apropiada en el Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales de salud para todos en el año 2000, y

Enterado de la importancia concedida a sectores prioritarios como son las investigaciones sobre servicios de salud, la investigación socioepidemiológica y, en particular, las infecciones respiratorias agudas de la infancia,

RESUELVE:

1. Felicitar al Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas por el informe presentado al Director (Documento CSP21/17).

2. Recomendar que el Director refuerce la capacidad de la Organización para dispensar a los países cooperación técnica en materia de investigaciones de salud y para conceder alta prioridad a los temas de investigación señalados por el Comité Asesor, particularmente los referentes a infecciones respiratorias agudas de la infancia.

3. Felicitar al Director por la iniciativa tomada en relación con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas.

4. Pedir al Director que se ocupe de que se difundan ampliamente en toda la Región los documentos de la Conferencia y la Declaración sobre Políticas de Investigación de ella emanada.

El PRESIDENTE: Se pone a discusión el proyecto de resolución PR/11.

Ms. KEFAUVER (United States of America): Mr. President, two questions, please, regarding the resolution. In operative paragraph 2, we clearly support the strengthening of the capacity of the Organization in giving technical cooperation to the countries in the area of research. We would only like to indicate that we presume that such strengthening of the capacity does not mean an increase in the regular budget of the Organization. Paragraph 4, I believe, refers to the health, or the research, policy conference that was held in Caracas in April 1982. I believe that should be so stated (instead of just saying "that Conference") because it appears that it is not identified elsewhere in the resolution; just the two words in the second line really do not clearly identify the Conference in question.

The PRESIDENT: I gather that you are proposing an amendment to paragraph 4 and making a statement on paragraph 2, and that the amendment you wish to propose is that the conference at Caracas be specified. Am I right? I think that is a very logical proposal, and believe there will be no objection.

El PRESIDENTE: Alguien tiene alguna objeción a que se diga: "Los documentos de la Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud (Caracas, abril de 1982)" que es donde se reunió el Comité Asesor? Si no, voy a declarar adoptada esa modificación. Tiene la palabra el Director.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente, en relación con el párrafo resolutivo 2 y el comentario hecho por la señora Delegada de los Estados Unidos de América, yo

quisiera decirles que tengo reservas acerca de lo mencionado. Reforzar la capacidad de la Organización para dar este tipo de cooperación requiere gastos adicionales. Yo no puedo hablar de reforzar ninguna actividad si no se hace sobre la base de un presupuesto adicional. Creemos que será muy difícil mantener el mismo tipo de servicio dentro de los límites impuestos por el presupuesto actual. Si este presupuesto continúa siendo exactamente igual para el bienio 1984-1985, no será posible reforzar la capacidad existente. Tenemos la impresión de que el Director electo se va a encontrar con dificultades para poder mantener el mismo tipo de actividad, y mucho menos podrá reforzar esta capacidad. El incremento por razones inflacionarias hará disminuir, por ejemplo, la capacidad de viajes, reuniones y otras actividades que lleva a cabo el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas.

De hecho, lo que ustedes nos están proponiendo con respecto al párrafo resolutivo 2, incluye necesariamente un pequeño incremento de presupuesto que en este momento yo no podría decir de cuánto debería ser. Ya que estoy hablando sobre esto, señor Presidente, deberían ustedes reconocer que el Director contempla cada una de estas actividades y funciones adicionales que se le imponen desde el punto de vista del costo adicional que representan. Muchas gracias, señor Presidente.

Ms. KEFAUVER (United States of America): I appreciate the Director's clarification on this issue. I was speaking of the total amount of the regular budget, as evidently was he. However, I believe that such resolutions in the past have perhaps also been meant to indicate a shift of emphasis within the existing amount of the budget, or perhaps even to encourage the various countries interested in strengthening their research basis or policy building to rearrange their priorities with respect to their countries' programming funds. Clearly, also, we have on many occasions looked to the possibility of extrabudgetary funds for this kind of expanded activity in one area or another. However, as a result of the Director's intervention, I would like to propose the insertion in operative paragraph 2 of three words, to recommend that "within available resources" the Director strengthen the capacity, and so on.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más en lista para hablar sobre el proyecto de resolución PR/11. Si no hay objeción o enmienda adicional, la voy a declarar adoptada por la Conferencia.

Ms. KEFAUVER (United States of America): I am sorry, Mr. President, but are you suggesting we approve the resolution as presented or with the amendments I proposed?

The PRESIDENT: The amendment to paragraph 4 was adopted. You presented no amendment to paragraph 2. Would you specify what you would like to amend in paragraph 2?

Ms. KEFAUVER (United States of America): The amendment to paragraph 2, Mr. President, is to insert three words: to recommend that "within available resources," the Director strengthen, and so on.

El PRESIDENTE: ¿Alguien quiere hacer algún comentario sobre la segunda enmienda presentada por la Delegación de los Estados Unidos? El Director de la OSP.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. Aunque me estoy arriesgando a que se me considere obstinado en relación con este asunto, quiero que quede bien claro que al aprobarse la resolución con esta enmienda "dentro de los recursos disponibles", dicha resolución pierde toda la fuerza que tiene. En otras palabras, no podrá haber un incremento de la actividad en este campo importantísimo que ustedes reconocieron. La señora Delegada de los Estados Unidos mencionó, sin embargo, la posibilidad de que los Gobiernos mismos, dentro de los recursos asignados por la Organización a sus propias actividades de cooperación técnica, hagan un esfuerzo por reconocer este componente de investigación. Esto podría hacerse, naturalmente, si ustedes así lo decidieran y recomendaran a los

Gobiernos que dentro de los recursos asignados por la Organización identifiquen este componente y lo promuevan de la manera más amplia posible. Pero también hay que reconocer este hecho: a menos que ustedes le pidan al Director claramente que incremente algo y que le dé prioridad, el Director no podrá hacerlo. Ustedes ya han dicho claramente cuáles son los componentes de la cooperación de la Organización que deben recibir carácter prioritario. Al aceptar esta enmienda, toda la fuerza de esta resolución se pierde. Por otra parte, ustedes podrían incluir alguna referencia recomendando que el Director haga esfuerzos, como los viene haciendo ya desde tiempo casi inmemorial, pero sobre todo en los últimos cinco años, para obtener fondos extrapresupuestarios que pudieran ser dedicados a esta actividad. En ese caso, el Director tendría que dedicarse a la búsqueda de recursos que no incidan sobre el presupuesto ordinario de la Organización a fin de incrementar esta actividad. Ante la incertidumbre que advierto entre ustedes acerca de esta disyuntiva, me permitiría recomendar que no le dejemos un problema tan serio al Director electo sino que le digamos claramente qué recursos disponibles va a haber. Ya que se está pensando en reducir el presupuesto en muchos aspectos, sugiero que por lo menos no digamos "dentro de los recursos disponibles" sino que usemos otro término, señalando al Director que busque recursos extrapresupuestarios para poder incrementar estas actividades. De este modo se dejaría la puerta abierta al Director para que haga algo y no para que no le quede más remedio que decir que no hay recursos disponibles y que no se puede hacer nada más. Gracias, señor Presidente.

Ms. KEFAUVER (United States of America): Perhaps it would be more acceptable to the Director if we changed the wording of the amendment to paragraph 2 to something to the effect that "within available resources, including newly acquired extrabudgetary funds." Something on that order would be quite acceptable to my Delegation.

The PRESIDENT: Would you like to make a concrete proposal to that effect so that we can register it?

Ms. KEFAUVER (United States of America): My Delegation would propose an amendment to paragraph 2 reading "to recommend that within available resources, including newly acquired extrabudgetary funds, the Director strengthen, etc...".

The PRESIDENT: Would you prefer "with available resources and additional extrabudgetary funds"?

Dr. ACUÑA (Director): I understand that the new text reads as follows: "to recommend that within available resources, including new available extrabudgetary funds, the Director, etc. etc." I repeat "to recommend that within available resources including new available extrabudgetary funds, etc., etc." I think the Director will have a much better opportunity then to follow up and implement this resolution.

El PRESIDENTE: Está en discusión la nueva modificación al segundo párrafo de la parte resolutive. Si nadie más quiere hacer uso de la palabra sobre este tema, voy a declarar esa enmienda adoptada. Pongo ahora en consideración de las delegaciones el proyecto de resolución PR/11 con las modificaciones al segundo y al cuarto párrafos de la parte resolutive ya adoptada y que fueron presentadas por los Estados Unidos de América. Si no hay objeción, enmienda u observación que hacer a la misma la voy a declarar aprobada.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 39: INSTITUTE OF NUTRITION OF CENTRAL AMERICA AND PANAMA (conclusion)
TEMA 39: INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA (conclusión)

El PRESIDENTE: Pasamos ahora a considerar el proyecto de resolución PR/12. El Relator, por favor.

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/12 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that Resolution XXX of the XXVIII Meeting of the Directing Council of PAHO approved in principle the final transfer of INCAP to a new political and administrative status as an agency of Central America and Panama, and the participation of PAHO/WHO as a member of INCAP;

Considering that Resolution XXX also requested the Director to continue supporting the restructuring of INCAP until it is finally completed;

Having reviewed the new Basic Agreement on INCAP signed on 25 September 1981 by the six member countries of INCAP and by the Director of PASB (Annex to Document CSP21/25);

Having seen the resolutions approved by the XXXIII Meeting of the INCAP Directing Council on the further restructuring of the Institute, including new instruments (Rules of Procedure for the Directing Council and the Technical Advisory Committee, Financial Rules, and Staff Rules) and the Working Capital Fund; and

Bearing in mind that, in approving the new INCAP Staff Rules to become effective 1 January 1983, the XXXIII INCAP Directing Council in Resolution VI requested the Director of PASB to ensure that the arrangements for PAHO staff currently assigned to INCAP are in keeping with the practical economic realities of the Institute,

RESOLVES:

1. To ratify the new Basic Agreement on INCAP signed in Washington, D.C., on 25 September 1981 (Annex to Document CSP21/25).

2. To urge all the member countries of INCAP to ratify the new Basic Agreement as soon as possible.

3. To take note of the resolutions of the XXXIII Meeting of the INCAP Directing Council and to request the Director to continue supporting the restructuring of INCAP until it is finally completed, in consonance with the decisions of the INCAP Directing Council.

4. To request the Director to keep the PAHO Directing Council informed of the progress of these important measures.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que, por la Resolución XXX, la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS aprobó en principio la transferencia definitiva del INCAP a una nueva dirección política y administrativa como entidad de Centro América y Panamá, y la participación de la OPS/OMS como miembro del INCAP;

Considerando que en la Resolución XXX se ha pedido también al Director que siga apoyando el proceso de reestructuración del INCAP hasta su culminación definitiva;

Habiendo examinado el nuevo Convenio Básico del INCAP suscrito el 25 de septiembre de 1981 por los seis países miembros del Instituto y por el Director de la OPS (Documento CSP21/25, Anexo);

Vistas las resoluciones aprobadas por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo del INCAP sobre las medidas adicionales de reestructuración del Instituto, inclusive sus

nuevos instrumentos (Reglamento Interno del Consejo Directivo, Reglamento Interno del Comité Técnico Asesor, Reglamento Financiero y Reglamento del Personal) y el Fondo de Trabajo, y

Habida cuenta de que, al aprobar por su Resolución VI el nuevo Reglamento del Personal del INCAP que entrará en vigor el 1 de enero de 1983, la XXXIII Reunión del Consejo Directivo del INCAP ha pedido al Director de la OPS que las disposiciones aplicables al personal de la OPS actualmente asignado al INCAP concuerden prácticamente con la realidad económica del Instituto,

RESUELVE:

1. Ratificar el nuevo Convenio Básico del INCAP firmado en Washington, D.C., el 25 de septiembre de 1981 (Documento CSP21/25, Anexo).
2. Instar a todos los países miembros del INCAP a que ratifiquen lo antes posible el nuevo Convenio Básico.
3. Tomar nota de las resoluciones de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo del INCAP y pedir al Director que siga apoyando la reestructuración del INCAP hasta su culminación definitiva, en consonancia con las decisiones del Consejo Directivo del Instituto.
4. Pedir al Director que mantenga informado al Consejo Directivo de la OPS sobre los progresos en la aplicación de esas importantes medidas.

Dr. KEY (United Kingdom): My Delegation would like to propose an amendment to the proposed resolution, consisting of the addition of the following words after the fourth preambular paragraph: "Recognizing that the new Basic Agreement of INCAP does not establish a quota assessment for PAHO and that the PAHO contribution to INCAP is subject to the approval of the PAHO Governing Bodies." That is my amendment, Mr. President.

El PRESIDENTE: Está en discusión la enmienda propuesta por la Delegada del Reino Unido.

Dr. ACUÑA (Director): Mr. President, we have no quarrel with the inclusion of this new paragraph in the preambular part of the resolution. But may I remind you that the new Basic Agreement specifically states this, so I wonder what is the purpose of introducing something which is clearly stated in the new Basic Agreement. With your permission, Dr. Cooney will read that particular passage of the Basic Agreement which clearly states that the contribution of PAHO will be exclusively subject to the decision of the Governing Bodies of PAHO.

Dr. COONEY (PASB): The Basic Agreement provides that the members of INCAP include the six member countries of INCAP and the Director of the Pan American Sanitary Bureau. However, under the financing section of the Agreement, Article 26 states that "The member countries," I repeat "The member countries"—I emphasize this because we are not saying "members", we are saying "member countries"—"will defray the expenditures of INCAP by means of quotas that will be determined by its Directing Council and submitted to the approval of the respective Governments." This paragraph does not include PAHO, only the member countries. Article 27 reads as follows: "PASB will maintain and expand its contribution in terms of the technical, administrative and economic resources approved by the Directing Council of the Pan American Health Organization."

The PRESIDENT: Does the United Kingdom insist on the amendment to the resolution?

Dr. KEY (United Kingdom): I would like the amendment to stand since we find a difficult point in the Basic Agreement. There seems to be some confusion between members and member countries. Since my Delegation has some concern about this, we would like the amendment to stand.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Considero innecesaria la enmienda. Con la aclaración del Dr. Cooney ha quedado bien definida la forma en que se asignan los fondos. No creo que haya necesidad de ser tan explícito para decir cómo se van a aplicar estos fondos o cómo se van a definir. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. CORRALES (Honduras): Nuestra Delegación también considera que la propuesta de enmienda del Reino Unido es innecesaria, ya que en el Acuerdo Básico queda la cuestión claramente establecida y eso fue discutido en reuniones de los diversos países firmantes del Convenio. Muchas gracias.

Dr. ALFARO (Costa Rica): Deseo sumarme a la posición de las Delegaciones de Guatemala y Honduras pues considero innecesaria la enmienda propuesta. Gracias.

Ms. KEFAUVER (United States of America): My Delegation supports the proposal by the distinguished Delegate of the United Kingdom. We certainly had some trouble ourselves in interpreting the Agreement and requested, or were offered, the assistance of the legal officer of PAHO to clarify the distinction between PAHO as a member and the other countries as member countries with respect to paying quotas versus contributions. We are very much concerned about the budget of PAHO. We do not feel that the inclusion of this preambular paragraph in any way causes problems regarding future contributions to INCAP, while at the same time it does assure us of a clearer and more concise statement in this resolution regarding the relationship of the PAHO contribution and member country quota assessments. We therefore support the preambular paragraph suggested by the United Kingdom as a part of this resolution.

Dr. TERCERO-TALAVERA (Nicaragua): Mi Delegación considera innecesaria la enmienda propuesta por la distinguida Delegada del Reino Unido al proyecto de resolución que ha sido propuesto inicialmente aquí. Gracias.

Dr. BERRIOS (El Salvador): Sr. Presidente, honorables miembros de la Directiva, Delegados aquí presentes. Creo que no debemos ser obstinados ya que estos asuntos se debatieron ampliamente antes de figurar en documentos tan serios como el que los países centroamericanos y Panamá elaboraron no solo aquí, en Washington, sino también en la ciudad de San José, Costa Rica. Fue un examen amplio, concienzudo, serio, que no da pie a fijarse en términos vagos, meramente gramaticales y semánticos. Por ese motivo, mi Delegación apoya ampliamente el concepto vertido por las hermanas Repúblicas de Centroamérica y Panamá. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Yo creo que aquí hay una cuestión de significado. Los países de Centroamérica pagan las cuotas como Gobiernos Miembros de la OPS. Sin embargo, este es un proyecto regional con fondos adicionales de los países centroamericanos para el desarrollo del Instituto de Nutrición, los cuales son independientes de los fondos que aportamos como Países Miembros de la OPS. Es innecesario, pues, introducir enmiendas cuando de todas maneras nosotros tenemos un fondo específico en los países de Centroamérica para este programa y contribuimos además como Gobiernos Miembros de la OPS. Creo que es una situación regional que así se debe analizar y no es un aspecto de mucha importancia, al que haya que dar demasiada trascendencia pues no repercute en los fondos de la OPS. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: No tengo a nadie más en lista para hablar sobre esta enmienda al proyecto de resolución PR/12 que presentó el Reino Unido. En vista de que hay tanta divergencia de opinión, es mejor que tomemos una votación formal sobre el asunto.

Decision: The proposed amendment to draft resolution PR/12 was rejected by 12 votes against, 6 in favor, and 10 abstentions.

Decisión: Se rechaza la enmienda propuesta al proyecto de resolución PR/12 por 12 votos en contra, 6 a favor y 10 abstenciones.

El PRESIDENTE: Al no haber nadie más en lista para hablar sobre el tema, vamos entonces a votar sobre el proyecto de resolución PR/12, sin enmiendas.

Decision: The proposed resolution was adopted by 22 votes in favor, 0 against, and 8 abstentions.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por 22 votos a favor, 0 en contra y 8 abstenciones.

CONSIDERATION OF THE THIRD AND FOURTH REPORTS OF COMMITTEE A
CONSIDERACION DEL TERCER Y DEL CUARTO INFORME DE LA COMISION A

El PRESIDENTE: El próximo punto del orden del día es la consideración del tercer y del cuarto informe de la Comisión A. El Sr. Relator, por favor. Tercer informe.

El RELATOR: El tercer informe de la Comisión A (Documento CSP21/34) dice así:

En su séptima sesión, celebrada en la mañana del 27 de septiembre de 1982, la Comisión A examinó el tema 34 del programa y decidió que procedía tomar nota de la información facilitada, sin necesidad de aprobar una resolución al respecto. Además adoptó los dos proyectos de resolución siguientes, que somete a la aprobación del pleno de la Conferencia:

El proyecto de resolución sobre el tema 19 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking note of the Director's report on drug abuse (Document CSP21/13);

Considering Resolution XLI of the XXVII Meeting of the Directing Council, which called upon the Member Governments to establish mechanisms for monitoring drug abuse and to integrate drug abuse into their national health programs and plans;

Recognizing Resolution EB69.R9 of the WHO Executive Board concerning obligations under the international conventions and the need for WHO to intensify its efforts to strengthen national drug regulatory mechanisms;

Taking into account Resolution WHA33.27 concerning the need for greater attention to drug abuse in the WHO program;

Being aware of the growing social, economic, and public health problems related to the use and misuse of psychotropic and narcotic substances;

Realizing that an isolated medical approach to the prevention and treatment of drug abuse is more costly and provides less relative benefit than innovative multisectoral efforts, in which the health sector's role is defined more broadly;

Realizing the political, administrative, and technical deficiencies in the existing national drug regulatory systems and the potentially adverse consequences they may have for the general health and well-being of the public; and

Recognizing the important and valuable role which has been played by the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC) in financing country projects in the Region,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to:

- a) Consider concentrating the broad spectrum of health sector drug abuse activities in a single office within the Ministry of Health, with adequate resources to be used for existing health programs such as drug control, health education, epidemiology, and mental health, in accordance with clearly defined program priorities;
 - b) Recognize the need for multisectoral planning and programming as part of an overall national drug abuse plan in which health sector objectives, strategies, and responsibilities are clearly identified;
 - c) Adopt policies which will permit and facilitate the integration of drug abuse activities into the general health services system, and in particular to explore new prevention and treatment approaches geared to specific high risk groups (such as adolescents) and covering a wide spectrum of health and social needs;
 - d) Collaborate with the private sector in exploring new prevention and treatment approaches utilizing existing community resources, and in particular, community groups and voluntary organizations;
 - e) Strengthen their drug management and regulatory systems with a view to reducing costs and improving the delivery of essential drugs, while at the same time increasing the effectiveness of drug abuse prevention;
 - f) Accede to the international conventions and take steps toward implementing them.
2. To call upon the Director to:
- a) Collaborate with the countries in designing and implementing simple, low-cost systems for monitoring usage patterns and social and public health problems associated with the use and misuse of psychotropic and narcotic substances;
 - b) Continue to work with the countries in strengthening their drug management and regulatory measures;
 - c) Facilitate the transfer of information and technology among the countries of the Region concerning epidemiological methods, innovative low-cost approaches to treatment, the impact of policy on the field of prevention, and training methods and materials which can be used for professional and paraprofessional personnel in the general health services system;
 - d) Assist the countries in seeking extrabudgetary financing for projects.
 - e) Report to the XXIX Meeting of the Directing Council in 1983 on drug abuse prevention efforts in the Region.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre el uso indebido de drogas (Documento CSP21/13);

Considerando lo dispuesto en la Resolución XLI de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, en la que se pide a los Gobiernos Miembros que establezcan mecanismos para vigilar el uso indebido de drogas y que integren estas actividades en sus programas y planes nacionales de salud;

Reconociendo lo dispuesto por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su Resolución EB69.R9 respecto a las obligaciones emanadas de los convenios internacionales y a la necesidad de que la OMS intensifique sus esfuerzos por reforzar los mecanismos nacionales de reglamentación farmacológica;

Teniendo en cuenta la Resolución WHA33.27 sobre la necesidad de que en el programa de la OMS se dedique más atención al uso indebido de drogas;

Consciente de los crecientes problemas sociales, económicos y de salud pública relacionados con el empleo y el uso indebido de sustancias psicotrópicas y estupefacientes;

Comprendiendo que la acción médica aislada en materia de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas es más costosa y relativamente menos eficaz que una labor multisectorial innovadora, en la que se asigne una función más amplia al sector salud;

Consciente de las deficiencias de orden político, administrativo y técnico de los sistemas nacionales existentes de reglamentación farmacológica así como de las consecuencias negativas que podrían tener para la salud y el bienestar general del público, y

Reconociendo la importancia y la utilidad de la acción desplegada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID) en el financiamiento de proyectos para los países en la Región,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Consideren la posibilidad de concentrar las actividades dispersas del sector salud en materia de uso indebido de drogas en un solo departamento del Ministerio de Salud dotado de los recursos necesarios para programas tales como los de fiscalización de drogas, educación en salud, epidemiología y salud mental, conforme a un orden de prioridad bien definido;
- b) Reconozcan la necesidad de la planificación y programación multisectoriales como parte de un plan general nacional de lucha contra el uso indebido de drogas, en el que estén bien puntualizados los objetivos, las estrategias y las responsabilidades del sector salud;
- c) Adopten políticas encaminadas a facilitar la integración de las actividades relativas al uso indebido de drogas en el sistema general de servicios de salud, y en particular a que estudien nuevos métodos de prevención y tratamiento orientados hacia grupos particularmente expuestos (como los adolescentes) y que permitan atender un amplio espectro de necesidades sanitarias y sociales;
- d) Colaboren con el sector privado en la exploración de nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento, recurriendo a los recursos existentes en la comunidad y, en particular, a los grupos comunitarios y a las organizaciones voluntarias;
- e) Refuercen sus sistemas de gestión y reglamentación farmacológicas con objeto de reducir los costos y mejorar el suministro de medicamentos esenciales, aumentando al mismo tiempo la eficacia de las medidas de prevención del uso indebido de drogas;
- f) Se adhieran a los convenios internacionales y adopten medidas para su cumplimiento.

2. Pedir al Director que:

- a) Colabore con los países en el estudio y la organización de sistemas sencillos y poco costosos de vigilancia de sus características y los problemas sociales y de salud pública del empleo y el uso indebido de sustancias psicotrópicas y estupefacientes;
- b) Siga cooperando con los países en el fortalecimiento de sus medidas nacionales de gestión y reglamentación farmacológicas;
- c) Facilite la transferencia de información y tecnología entre los países de la Región en lo que respecta a métodos epidemiológicos, sistemas de tratamiento innovadores y de bajo costo, efectos de la política de prevención y métodos y material didácticos utilizables por personal profesional y para-profesional del conjunto de servicios generales de salud;
- d) Ayude a los países a buscar fondos extrapresupuestarios para sus proyectos.
- e) Informe a la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983 sobre los esfuerzos que se llevan a cabo en la Región para prevenir el uso indebido de drogas.

Decisión: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: El Sr. Relator tiene la palabra para presentar el proyecto de resolución sobre el tema 35 adoptado por la Comisión A.

El RELATOR: El proyecto de resolución relativo al tema 35 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the document presented by the Director on this subject (Document CSP21/10);

Bearing in mind the provisions of Rule 7 of the Rules for Technical Discussions;

Aware that the 88th Meeting of the Executive Committee has recommended that the topic "Increasing the operational capacity of the health services for the attainment of the goal of health for all by the year 2000" be selected for the Technical Discussions to be held in 1984 during the XXX Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXVI Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas; and

In view of considerable expenditure for Technical Discussions by PAHO and the Member Governments, in terms of time and financial and human resources,

RESOLVES:

1. To select the topic "Increasing the operational capacity of the health services for the attainment of the goal of health for all by the year 2000" for the Technical Discussions to be held in 1984 during the XXX Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXVI Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas.

2. To ask the Executive Committee to review carefully all aspects of the Technical Discussions and to submit a report to the XXIX Meeting of the Directing Council with recommendations aimed at maximizing the impact and significance of the Technical Discussions and minimizing the expenditure of time, human, and financial resources on the part of the Secretariat and Member Governments.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento presentado por el Director sobre este tema (Documento CSP21/10);

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 7 del Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas;

Enterada de que la 88a Reunión del Comité Ejecutivo ha recomendado que se elija el tema "Aumento de la capacidad de operación de los servicios de salud, con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000" para las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984 durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, y

Habida cuenta del elevado costo para la OPS y para los Gobiernos Miembros de las Discusiones Técnicas, tanto en tiempo como en recursos financieros y humanos,

RESUELVE:

1. Elegir el tema "Aumento de la capacidad de operación de los servicios de salud, con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000" para las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984 durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

2. Pedir al Comité Ejecutivo que revise cuidadosamente todos los aspectos de las Discusiones Técnicas y que presente un informe a la XXIX Reunión del Consejo Directivo con recomendaciones para elevar al máximo el influjo y la significación de las Discusiones Técnicas reduciendo al mínimo el gasto de tiempo, recursos financieros y humanos por parte de los Países Miembros y de la Secretaría.

El PRESIDENTE: En discusión el proyecto de resolución de la Comisión A sobre el tema 35.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Creo que existe un error en varios párrafos del documento en relación con la XXVI Reunión del Comité Regional. Yo creo que correspondería mejor decir XXV, porque actualmente estamos en la XXIV. La siguiente sería XXV.

El PRESIDENTE: Esto es para 1984, distinguido Ministro; no para 1983.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Perfecto. Estoy de acuerdo.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra observación, enmienda u objeción a este proyecto de resolución? Si no la hay, entonces la voy a declarar adoptada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: En consideración entonces el Tercer Informe completo de la Comisión A. Si no hay ninguna observación, objeción o enmienda, también queda adoptado.

Decision: The Third Report of Committee A was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el Tercer Informe de la Comisión A.

El PRESIDENTE: Pasamos ahora al Cuarto Informe.

El RELATOR: En el Documento CSP21/35 consta el Cuarto Informe de la Comisión A, que dice así:

En su octava sesión, celebrada en la tarde del lunes, 27 de septiembre de 1982, la Comisión A adoptó las resoluciones siguientes, que se someten a la aprobación del pleno de la Conferencia:

El proyecto de resolución sobre el tema 23 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recognizing the importance of integrating the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development into the Regional Plan of Action to implement the strategies to achieve the goal of health for all by the year 2000;

Acknowledging the progress which has been made in some countries but that information on women in health and development is still scarce and that many activities are in the planning stages;

Mindful of the need for each country to establish a mechanism to coordinate the implementation of activities and collect information on women in health and development at the intersectoral level;

Bearing in mind the urgent need to improve the situation of women in health and development;

Recognizing the value of fellowships as a tool for professional development, and the underrepresentation of women as recipients of the same;

Noting that some progress has been made by the Secretariat in institutional strengthening, training, and recruitment of women to professional posts within the Organization; and

Renewing its commitment to the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development,

RESOLVES:

1. To thank the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development for its work in monitoring and reporting on the progress made, and for the cooperation of the PASB (Document CSP21/15).

2. To recommend that Member Governments:

- a) Establish, in each country, a focal point for women in health and development to coordinate related intersectoral activities;
- b) Establish mechanisms for the regular collection of information required to monitor and evaluate the progress made and to submit this information to the Secretariat as requested;
- c) Incorporate the special health needs and requirements of women into ongoing activities without creating new programs focused solely on women, and to incorporate activities of the Five-Year Regional Plan of Action into national health and development strategies and plans;
- d) Develop and implement national policies to provide for the health and well-being of working women and their dependents, especially for those women employed in unregulated sectors of the economy;
- e) Enhance professional training opportunities for women, especially in sectors in which they are underrepresented, with particular reference to the PAHO fellowship program;
- f) Ensure equal opportunities for women in recruitment and selection to professional and senior management positions;

- g) Encourage and promote the interchange among countries of results of activities carried out in connection with the Five-Year Regional Plan of Action.
3. To request that the Director:
- a) Encourage and support activities at regional, Area, and national levels for the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action;
 - b) Intensify efforts to obtain and channel funds in support of activities related to women in health and development;
 - c) Review the mechanisms and human resources needed for the effective coordination and implementation of activities related to the Five-Year Plan of Action and strengthen these where indicated to ensure successful achievement of the goals;
 - d) Develop a simplified, uniform methodology for compiling national and regional information on progress made toward reaching the goals of the Five-Year Plan;
 - e) Support the continued coordination of activities with other organizations in the Inter-American and United Nations Systems, and other women's organizations;
 - f) Strengthen efforts for the recruitment and selection of women for senior professional and managerial posts and further develop the leadership potential and technical skills of women within the Organization;
 - g) Promote the greater use of fellowships by Member Governments for the development and training of women;
 - h) Convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development immediately preceding the meeting of the Executive Committee to monitor and evaluate the progress achieved in the implementation of the Five-Year Regional Plan, and to meet again immediately following the meeting of the Directing Council or Sanitary Conference to follow-up on relevant decisions taken during the meeting, and review the achievements of the year.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo la importancia de integrar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo en el Plan Regional de Acción para la instrumentación de las estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo el progreso alcanzado en algunos países pero que la información sobre la mujer en la salud y el desarrollo es aún escasa y que muchas actividades se encuentran en la fase de planificación;

Consciente de la necesidad de que cada país establezca un mecanismo para coordinar la ejecución de actividades y acopiar información sobre la mujer en la salud y el desarrollo a nivel intersectorial;

Habida cuenta de la urgente necesidad de mejorar la situación de la mujer en la salud y el desarrollo;

Reconociendo el valor de las becas como una herramienta para el desarrollo profesional, y la baja representación de las mujeres como beneficiarias de las mismas;

Reconociendo que se ha alcanzado algún progreso por la Secretaría en el fortalecimiento de la capacidad institucional, en la capacitación y en el reclutamiento de mujeres para puestos profesionales en la Organización, y

Reiterando su adhesión al cumplimiento del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

1. Dar las gracias al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo por el trabajo realizado en el seguimiento e información sobre la marcha de las actividades y por la cooperación de la OSP (Documento CSP21/15).

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que:

- a) Designen un punto focal para la mujer en la salud y el desarrollo en cada país que coordine las actividades intersectoriales pertinentes;
- b) Establezcan un mecanismo para recopilar regularmente los datos que hagan falta a fin de vigilar y evaluar los progresos que se realicen, y que suministre esa información a la Secretaría cuando se solicite;
- c) Incorporen las necesidades y requisitos especiales de salud de la mujer a las actividades en curso, sin establecer nuevos programas destinados exclusivamente a la mujer, y que incorporen las actividades del Plan Quinquenal de Acción a las estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo;
- d) Formulen y apliquen políticas nacionales acordes con la salud y bienestar de la mujer que trabaja y sus dependientes, especialmente aquellas que trabajan en sectores no regulados de la economía;
- e) Den mayores oportunidades a la mujer para formación profesional, especialmente en sectores donde está poco representada, con especial referencia al programa de becas de la OPS;
- f) Aseguren la igualdad de oportunidades para mujeres en el reclutamiento y selección a puestos profesionales y cargos directivos;
- g) Alienten y promuevan al intercambio entre países acerca de los resultados de las actividades llevadas a cabo en relación con el Plan Quinquenal de Acción.

3. Pedir al Director que:

- a) Aliente y apoye las actividades regionales, de Área y nacionales para la ejecución del Plan Quinquenal de Acción;
- b) Intensifique los esfuerzos para obtener y canalizar fondos en apoyo de las actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- c) Revise los mecanismos y recursos humanos necesarios para la coordinación y el cumplimiento efectivo del Plan Quinquenal de Acción y fortalecerlo cuando convenga, para asegurar el exitoso cumplimiento de sus objetivos;
- d) Desarrolle una metodología simplificada y uniforme para recopilar la información nacional y regional sobre el progreso para alcanzar los objetivos del Plan Quinquenal de Acción;

- e) Apoye la coordinación continua de actividades con otras organizaciones de los Sistemas Interamericano y de las Naciones Unidas, y con otras organizaciones femeninas;
- f) Intensifique los esfuerzos para reclutar y seleccionar mujeres para cargos de alto nivel, profesionales y administrativos, y desarrollar más las potencialidades de liderazgo y las habilidades técnicas de la mujer dentro de la Organización;
- g) Promueva un mayor uso de las becas entre los Gobiernos Miembros, para el desarrollo y adiestramiento de mujeres;
- h) Convoque una reunión del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo inmediatamente antes de la que celebre el Comité Ejecutivo, con el fin de vigilar y evaluar los progresos realizados en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional, y convocar otra reunión que siga inmediatamente a la del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria para dar seguimiento a las decisiones apropiadas que estos órganos hayan adoptado y examinar los logros alcanzados en el curso del año.

El PRESIDENTE: Está en discusión el proyecto de resolución sobre el tema 23, referente a la mujer en la salud y el desarrollo.

Mr. CAREAU (Canada): I just have a question concerning the last paragraph of the proposed resolution where it says "convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development immediately preceding the meeting of the Executive Committee." May I ask the Rapporteur which meeting of the Executive Committee is referred to in this proposed paragraph?

Dr. GUZMAN (Chile): Sobre el mismo párrafo h) al que acaba de aludir el Delegado del Canadá, me llama la atención que se propongan reuniones con tan poco intervalo entre ellas, una antes del Comité Ejecutivo y otra inmediatamente después del Consejo Directivo. Pienso que quizá convendría espaciar estas reuniones para darles más rendimiento, porque en pocos meses tal vez no se avance mucho. En este sentido quisiera proponer que la segunda reunión no "siga inmediatamente a la del Consejo Directivo", sino que se celebre cuando se estime más conveniente. Propongo para esto que en la sexta línea del párrafo h) de la versión en español, se supriman las palabras "que siga inmediatamente", reemplazándolas por la palabra "posterior". De tal manera se leería al final de la quinta línea "y convocar otra reunión posterior a la del Consejo Directivo o la Conferencia, etc.". Gracias, señor Presidente.

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. A riesgo de parecer impertinente, quiero que quede bien claro para el nuevo Director que todas estas reuniones que ustedes decidan implican, naturalmente, gastos para la Organización. Estas actividades para el bienio 1982-1983 no han sido programadas en el proyecto de programa y presupuesto, tal y como están siendo decididas aquí por la Conferencia. Desde luego, el Director tendrá que ver el año próximo de qué programa específico obtiene los fondos necesarios para hacer frente a las actividades que ustedes tengan a bien decidir.

Quiero también dejar en claro que el Director actual no se opone a este tipo de reuniones o de programas, sino que, al contrario, cree que han sido muy beneficiosos. También quisiera hacer notar a ustedes que dentro de todo el Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, probablemente el programa de acción sobre la mujer en la salud y el desarrollo de la OPS es el más trascendental, el más significativo y el de más progreso, tal como lo han admitido propios y extraños y con mucho gusto además del actual Director. Pero ustedes también están imponiéndole una carga a la Organización y a su presupuesto que es difícil de llevar. Estas reuniones así seguidas, una antes del

Comité Ejecutivo y otra inmediatamente después del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana, significan una carga presupuestaria para la Organización, y por consiguiente es necesario que ustedes lo sepan y que si así lo determinan, voten a favor. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. KEY (United Kingdom): My Delegation feels that the timing of the meetings of the Special Subcommittee on Women in Health and Development is very much a decision to be made by the Executive Committee. I believe this Special Subcommittee is a Subcommittee of the Executive Committee, and we would not wish to impose upon that Committee any rules about when the Special Subcommittee should meet. I would therefore like to suggest an amendment to replace paragraph 3. h) with something that would read, perhaps, "Request the Director to convene a Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development at least twice each year in the remaining years of the Plan of Action, in order to monitor progress achieved." I think that might then leave it up to the Executive Committee and the Director to make the decision, if that would be acceptable to other delegations.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): I think this is a very reasonable suggestion made by the Delegation of the United Kingdom and, being a stickler for procedure, I will support that amendment.

Dr. GUZMAN (Chile): Deseo apoyar la moción de la Delegada del Reino Unido. Gracias, señor Presidente.

Dr. PAGES (Cuba): Respecto a la enmienda que ha sido formulada por la distinguida Delegada del Reino Unido, a nosotros nos asalta una duda, y quisiéramos una aclaración en ese sentido. Si mal no hemos entendido, se ha propuesto realizar por lo menos dos veces al año reuniones de un Subcomité Especial del Comité Ejecutivo solo para el programa de la mujer en la salud y el desarrollo. Eso coincide con lo que está formulado en el párrafo que aparece en el proyecto de resolución, excepto que en él se especifica el momento en que se van a efectuar. La importancia de realizar estas reuniones antes de la celebración de la reunión del Comité Ejecutivo y con posterioridad a la del Consejo Directivo y la Conferencia radica en que tienen dos significados distintos. En un caso se trata de vigilar y evaluar los progresos que se han realizado en el transcurso del año y en el otro se intenta dar seguimiento a las decisiones que precisamente han sido adoptadas en esa reunión de los Cuerpos Directivos. Por otra parte, nos parece que precisamente se han señalado estos momentos como los más indicados para celebrar las reuniones de ese Subcomité Especial debido a que el gasto en que se incurriría sería menor que en cualquier otra oportunidad, si se tiene en cuenta que las representaciones ante el Comité Ejecutivo y las de los restantes Cuerpos Directivos deben celebrar esas reuniones en la Sede de la OPS. Por lo tanto, nos parecería que la inversión en este sentido no sería tan cuantiosa como la celebración de dos reuniones al año en el momento en que se sirva decidir el señor Director de la Oficina. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. CORRALES (Honduras): Nuestra Delegación tiene una duda similar a la expresada por Cuba. Yo quisiera que se lea el texto en español para ver cómo quedaría redactado. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Lo voy a leer en inglés y el traductor se lo traducirá oficialmente: "Convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development at least twice a year in the remaining years of the Plan of Action, to monitor progress achieved."

Dr. CORRALES (Honduras): Entiendo que con esa modificación no se establece el momento preciso de las reuniones y no se resuelve tampoco el problema planteado por el Director acerca del impacto financiero que esas reuniones tendrían para la Organización. No sé si eso es realmente así.

Dr. ACUÑA (Director): Señor Presidente, el Subcomité de referencia es un Subcomité del Comité Ejecutivo. Creo que el nuevo proyecto de resolución que la honorable Delegada del Reino Unido ha propuesto tendría más significado si no se presentara en forma de solicitud al Director, como el resto de los artículos, y si se le pidiera en cambio al Comité Ejecutivo que en sus dos reuniones anuales convoque a una reunión de su Subcomité Especial con objeto de llevar a cabo esta revisión. En otras palabras, el Subcomité está formado por miembros del Comité Ejecutivo. Es natural que al reunirse el Comité Ejecutivo utilice al mismo tiempo momentos libres para dedicarse a esta actividad. De ese modo no costaría nada a la Organización y podría cumplimentarse el propósito enunciado por ustedes en todo el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: Would the Delegate of the United Kingdom accept this change at the recommendation of the Director of PASB?

Dr. KEY (United Kingdom): Yes, I'm happy to accept it; I think it is a very good solution. I would like to take the opportunity to make clear that in fact I agree with my distinguished colleagues from Cuba and Honduras on this matter of the meetings of the Subcommittee. I propose this simply because I do not want to tie down the Director—or the Council, for that matter—to any increased expenditure.

The PRESIDENT: Would you like to make a new proposal now?

Dr. KEY (United Kingdom): I gather there would be a new operative paragraph 4 to the resolution, reading: "To request the Executive Committee to convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development, at least twice a year in the remaining years of the Plan of Action." I think that would be sufficient.

The PRESIDENT: To review the achievements?

Dr. KEY (United Kingdom): To monitor progress and review achievements.

The PRESIDENT: Now I have it. Would you like to read it again, please, so that it can be translated for all concerned.

Dr. KEY (United Kingdom): The amendment would consist of a new operative paragraph 4, that is, first of all deleting 3. h), that would read: "4. To request the Executive Committee to convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development at least twice a year in the remaining years of the Plan of Action, to monitor the program and review achievements."

The PRESIDENT: Would you accept a modification of the language to say "To request the Executive Committee to convene 'its' Special Subcommittee?"

Dr. KEY (United Kingdom): Yes, Mr. President. I think perhaps the Rapporteur could sharpen up the English a little.

The PRESIDENT: You are requesting a Brazilian to improve the Queen's English? I can't believe it.

Dr. KEY (United Kingdom): I have every confidence in Dr. Bica's English.

The PRESIDENT: Thank you very much.

El PRESIDENTE: Si no hay objeción a la nueva propuesta de la distinguida Delegada del Reino Unido, ni enmienda que hacerle a la misma, la voy a dar por adoptada. Entonces pongo en consideración el proyecto de resolución sobre la mujer en la salud y el desarrollo relativo al tema 23, que ha presentado la Comisión A, con la enmienda aprobada ya por nosotros. Si no hay objeción, la voy a dar por adoptada.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

El PRESIDENTE: Pasamos ahora a considerar el proyecto de resolución de la Comisión A sobre el tema 18, Aedes aegypti.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema 18 dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having studied the Final Report of the Meeting of the Technical Group on Aedes aegypti, Dengue, and Yellow Fever (Document CSP21/22);

Considering the Regional Plan of Action for the implementation of the Regional Strategies for health for all by the year 2000, with particular reference to those activities relating to the control of vector-borne diseases;

Considering the present status of the program for the eradication of Aedes aegypti in the Americas and the serious problems of reinfestation plaguing many of the countries;

Considering that the risk of urbanization of jungle yellow fever and the aggravation of the dengue situation in the Americas--given the increase in virus activity in many countries, the spread of the disease to new areas, the appearance of the hemorrhagic form with the occurrence of fatal cases--pose serious threats to the Hemisphere; and

Bearing in mind that the decision taken by the Directing Council at its I Meeting (1947) is still in effect,

RESOLVES:

1. To maintain the present policy for eradication of Aedes aegypti from the Hemisphere and to recommend to the Governments of the countries and territories still infested by the vector that they take appropriate measures to remove the financial and administrative difficulties that may be hindering the progress of their programs, and that they give such priority as is necessary to the allocation of funds, personnel, and materials for the completion of those programs.

2. To ask the Director to take all appropriate measures to promote and support national, subregional, and regional activities as specified in the areas of action for the eradication of the vector of urban yellow fever (item 1.1.4 B.3 of the Plan of Action).

3. To recommend to the countries and territories already free of Aedes aegypti that they step up their surveillance efforts with a view to the early detection of any reinfestation and to its elimination before it spreads.

4. To request the countries that had succeeded in eradicating Aedes aegypti and have later been reinfested to take every appropriate measure to eradicate the vector.

5. To recommend that countries still infested give the necessary priority to the implementation of measures which prevent exportation of the vector to other countries, at least increasing surveillance and control efforts based on epidemiological knowledge of local situations.

6. To recommend that the Director take all the appropriate measures to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign for the eradication of Aedes aegypti so that the goal of elimination of the vector may be attained as quickly as possible.

7. To recommend to each Government, considering that the general goal of eradication will not be reached by all the countries in the Region in the short run, and in view of the danger of fresh dengue epidemics and the threat of urbanization of yellow fever, that it draw up an emergency plan to inventory the resources available in neighboring countries and a plan of operations for implementation in the event of an epidemic.

8. To recommend that the countries assist each other either directly or through the Pan American Sanitary Bureau, by means of bilateral loans and grants and the provision of equipment and materials, and with technical advisory services to vector eradication programs.

9. To thank the scientists of the meeting in Mérida for their study and evaluation of the present situation of Aedes aegypti, dengue, and yellow fever and take note of their recommendations.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe final de la Reunión del Grupo Técnico sobre Aedes aegypti, Dengue y Fiebre Amarilla (Documento CSP21/22);

Considerando el Plan de Acción Regional para la instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, con particular referencia a las actividades relativas al control de las enfermedades transmisibles por vectores;

Considerando la actual situación del programa de erradicación de Aedes aegypti en las Américas y los graves problemas de reinfestación con que se enfrentan numerosos países;

Considerando que el riesgo de que la fiebre amarilla selvática se convierta en urbana y la agravación de la situación en cuanto a dengue en las Américas—vista la recrudescencia de la actividad del virus en muchos países, la extensión de la enfermedad a nuevos territorios y la manifestación de la forma hemorrágica de esta, con los consiguientes casos mortales—constituyen una grave amenaza para el Hemisferio, y

Habida cuenta de que sigue en vigor la decisión de la I Reunión del Consejo Directivo (1947),

RESUELVE:

1. Mantener la actual política de erradicación de Aedes aegypti en el Hemisferio y recomendar a los Gobiernos de los países y territorios aún infestados por el vector que adopten las medidas necesarias para eliminar las dificultades de carácter económico y administrativo susceptibles de impedir el progreso de sus programas y que concedan la prioridad debida a la provisión de las consignaciones presupuestarias, el personal y los materiales imprescindibles para llevar a término dichos programas.

2. Pedir al Director que tome todas las medidas pertinentes para promover y respaldar las actividades nacionales, subregionales y regionales, tal como se especifica en las áreas de acción para la erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana (punto 1.1.4 B.3 del Plan de Acción).

3. Recomendar a los países y territorios ya exentos de Aedes aegypti que intensifiquen sus actividades de vigilancia para la detección precoz de cualquier manifestación y para eliminarla antes de que se extienda.

4. Pedir a los países que después de erradicar el mosquito Aedes aegypti hayan sido reinfestados que adopten todas las medidas apropiadas para eliminar el vector.

5. Recomendar a los países aún infestados que otorguen la prioridad necesaria a la aplicación de medidas que impidan la exportación del vector a otros países, al menos incrementando los esfuerzos de vigilancia y control a base del conocimiento de la situación epidemiológica local.

6. Recomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña continental de erradicación de Aedes aegypti, de manera que la meta de eliminación del vector pueda alcanzarse en el más breve plazo.

7. Recomendar a cada Gobierno, habida cuenta de que el objetivo general de erradicación no será alcanzado a corto plazo por todos los países de las Américas, así como el peligro de nuevas epidemias de dengue y la amenaza de urbanización de la fiebre amarilla, que prepare un plan de emergencia con un inventario de los recursos disponibles en los países vecinos y un plan de operaciones para el caso de que se produzca una epidemia.

8. Recomendar a los países que se ayuden recíprocamente, sea de manera directa o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante préstamos o subvenciones bilaterales y provisión de equipo y suministros, así como de asesoría técnica para los programas de erradicación del vector.

9. Dar las gracias a los científicos que se reunieron en Mérida para estudiar y evaluar la situación actual en lo que se refiere al Aedes aegypti, dengue y fiebre amarilla y tomar nota de sus recomendaciones.

El PRESIDENTE: Queremos señalar que en el párrafo 3 de la parte dispositiva hay un error de mecanografía; en lugar de "manifestación" debe decir "reinfestación". Tiene la palabra el Director.

Dr. ACUÑA (Director): Como hay más de una ciudad de Mérida en el Continente, yo sugeriría que se agregue Yucatán, México, después de Mérida, que es donde se llevó a cabo la reunión en junio de 1982. Para facilitar también la labor del que tiene que cumplir con estas recomendaciones, sugeriría que el párrafo 2 y el párrafo 6 fueran trasladados al final o antes del párrafo 9 para poner juntas las recomendaciones al Director y en forma independiente las recomendaciones a los países. Se trata de una cuestión de orden. El párrafo 2 y el párrafo 6 podrían ser 7 y 8 respectivamente, y la numeración podría desplazarse de tal modo que los primeros párrafos sean las recomendaciones a los Gobiernos, los últimos las recomendaciones al Director y el párrafo final, el agradecimiento.

El PRESIDENTE: Vamos a dar por adoptadas las solicitudes del Director, porque creo que nadie va a tener objeción a las mismas. Tiene la palabra el Delegado de Dominica.

Mr. MAYNARD (Dominica): These diseases are endemic in the Caribbean and in the Americas as well. You will recall that within the past year there was an epidemic in Cuba. In Dominica, we also had the threat of the hemorrhagic form which has been a perpetual problem. In the same way we have moved toward the question of eradicating smallpox, I think PAHO should do everything in its power to ensure that we move very quickly to eradicate A. aegypti. I agree entirely with the suggestions made in operative paragraph 1 of the resolution, which addresses the question of the countries themselves seeking appropriate measures, both financial and administrative, to accelerate activities in vector control programs. I agree also with operative paragraph 8, which suggests that countries attempt to assist each other through a TCDC mechanism; but in spite of all this, I can assure you that in small countries like Dominica, where resources are very limited, eradication of the of A. aegypti vector is a measure which calls for massive injection of resources.

Despite all our efforts, we have not been able to achieve much in the field, either in terms of TCDC or in terms of the resources that are locally available to combat this

vector. I notice that very general recommendations are made regarding what is expected of PAHO in this respect, and operative paragraph 6 speaks only of the Director taking appropriate measures to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign for the eradication of this vector.

I would like to suggest that the Director be given the additional responsibility of searching for extrabudgetary funds for those countries which need this additional support. We would then be able to do whatever we can--collectively. This is not a matter for a single national government; it affects all Governments in turn, because when we have the disease in one country within a few weeks it can spread very, very far into other countries. Thus, the Director should be given the responsibility to search for extrabudgetary funds in order to support efforts at the national level. We would then have a three-pronged attack. At the moment, it is only a two-pronged attack, and, in our own experience, neither approach has worked satisfactorily. The countries are really not prepared to assist with the manpower, machines, or materials required to carry out vector control programs, because of their cost. We need all the assistance that we can get, and if this can be done through the mechanism of PAHO, it will be better for all concerned.

I am therefore suggesting that operative paragraph 6 include an amendment "To recommend that the Director take all the appropriate measures, including the search for extrabudgetary funds, to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign, etc., etc." This is my position.

The PRESIDENT: You wish to insert "including the search for extrabudgetary funds" after the words "appropriate measures." Am I correct?

El PRESIDENTE: Se halla en discusión la enmienda al párrafo 6, que de acuerdo con la modificación adoptada no va a ser el 6, sino el 8.

The PRESIDENT: As a matter of improving the English, would the Delegate of Dominica accept that the paragraph read "To recommend that the Director take all the appropriate measures to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign for the eradication of Aedes aegypti, including the search for extrabudgetary funds, so that the goal of elimination of the vector may be attained as quickly as possible, in other words, the insertion would follow the words "Aedes aegypti."

El PRESIDENTE: Si no hay nadie que tenga objeción que hacer a la enmienda presentada por el honorable Delegado de Dominica la voy a dar por adoptada. Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

Dr. CORRALES (Honduras): Estaba leyendo las solicitudes que se le hacen al Director y creo que no se incluye algo sumamente importante. Gran número de los países de América Latina están sujetos a una eventual epidemia de dengue hemorrágico por haber sufrido ya una epidemia con algún tipo de los virus de dengue y por tener una alta infestación del vector Aedes aegypti. Creo por lo tanto que debería incluirse una recomendación pidiendo al Director que se tomen las medidas necesarias para disponer de una serie de recursos identificados que permitan actuar o le permitan a la Oficina derivar ciertos esfuerzos o recursos en el caso de que una nación de nuestro Continente sufra una epidemia de dengue hemorrágico. Vale la pena enfatizar las consecuencias desastrosas de una epidemia semejante, no solo para la salud sino para la economía de nuestras naciones. Propongo por lo tanto a la asamblea que se incluya alguna recomendación o se agregue en alguna parte que también la Oficina puede tener un plan de emergencia y alguna otra disponibilidad, como por ejemplo la ayuda del Gobierno de Cuba. Este país ya tuvo una experiencia de ese tipo y podría responder rápidamente cuando un país como el nuestro se enfrente a una epidemia, no de dengue común sino de dengue hemorrágico.

El PRESIDENTE: ¿Tiene alguna redacción que quiera proponer oficialmente, Dr. Corrales?

Dr. CORRALES (Honduras): No en este momento, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Me gustaría que la presentara por escrito para tener algo más específico que discutir.

Dr. ACUÑA (Director): Independientemente de que ustedes decidan incluirlas en la resolución o no, yo creo que las recomendaciones de la reunión de Mérida, México, ya hacen explícita esa necesidad. Quisiera también agregar que a partir de la semana próxima tendremos aquí una reunión técnica con funcionarios de la Región del Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y de la Sede en Ginebra y por supuesto de nuestro propio Continente. Inclusive va a haber una exposición especial de un técnico de Cuba donde, como ustedes saben, hubo un problema de este tipo el año pasado. En esta reunión se pretende que dicho comité técnico asesor proporcione directivas que sirvan a los países para actuar en caso de emergencias como las mencionadas por el distinguido Delegado de Honduras, así como algunas propuestas relacionadas con la necesidad de asignar o conseguir fondos adicionales para hacer frente a tales eventualidades.

Creo que así se están cumpliendo, primero, las recomendaciones del grupo de expertos reunidos en Mérida, México; segundo, lo que el mismo Plan de Acción indica en la parte pertinente, y tercero, lo que muy apropiadamente ha mencionado el Delegado de Honduras. No sería estrictamente necesario agregar un párrafo a la resolución puesto que está en marcha el proporcionar ese tipo de información y recursos en caso de que se logre, pero obviamente la Dirección no tiene ningún inconveniente en que se agregue el párrafo a ese respecto.

El PRESIDENTE: Sigue en discusión el proyecto de resolución sobre Aedes aegypti. Dr. Corrales, ¿tiene usted algo que nos pueda leer para discutirlo?

Dr. CORRALES (Honduras): Aunque la redacción tal vez no sea la más apropiada, pensaba en algo así: "Pedir al Director que tome todas las medidas necesarias para que la Organización pueda actuar coordinando y destinando recursos de emergencia a cualquiera de los países que se vean enfrentados a una epidemia específicamente de dengue hemorrágico". Esa sería la redacción aproximada. ¿Cree que podría incluirse?

El PRESIDENTE: Está en discusión la enmienda propuesta por el Delegado de Honduras. Anuncio que si no hay objeción, observación o enmienda que hacer, la voy a dar por adoptada. Pongo a consideración la resolución tal como ha sido modificada en varias partes y reorganizada, sobre el tema 18 que trata sobre Aedes aegypti. Si no hay observación, modificación u objeción la voy a dar por adoptada.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema 36, relativo a servicios de transfusión de sangre, dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Resolution WHA28.72 of the World Health Assembly (1975) and Resolution XVIII of the XXII International Conference of the Red Cross;

Conscious of the need for effective blood transfusion services for the achievement of the goal of health for all by the year 2000;

Expressing concern over the quality and availability of blood transfusion services in some developing countries of the Region and the lack of effective legislation governing the provision of such services;

Aware of the risk of transmitting disease through lack of effective controls and inadequate training of health personnel in the provision of blood transfusion services; and

Convinced that PAHO has the necessary technical and administrative capacity to coordinate cooperation among Member Countries for the development of safe and effective blood transfusion services,

RESOLVES:

1. To urge Member Countries to consider the control of blood transfusion services a priority item in their national strategies for health for all by the year 2000.
2. To set the year 1990 as the goal for achieving effective blood transfusion services in all countries of the Region, taking into consideration each Member Country's needs and capacity to provide such services.
3. To request the Director to:
 - a) Seek the technical cooperation of the League of Red Cross Societies, the International Society of Blood Transfusion, and other international bodies concerned with the use of blood products in the provision of health care;
 - b) Assist Member Countries in need to establish cooperative mechanisms for the provision of adequate and safe supplies of blood and other blood transfusion products;
 - c) Develop with the international and national organization an appropriate methodology to evaluate Member Countries' needs and the methods of assistance required for the processing and control of blood and blood products and for the provision of effective blood transfusion services;
 - d) Present proposals for the achievement of the goal of effective blood transfusion services by 1990 for the consideration of the 90th Meeting of the Executive Committee and the XXIX Meeting of the Directing Council in 1983.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vistas las Resoluciones WHA28.72 de la Asamblea Mundial de la Salud (1975) y XVIII de la XXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja;

Consciente de la necesidad de servicios eficaces de transfusión de sangre para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000;

Inquieta ante la calidad y la disponibilidad de los servicios de transfusión de sangre en algunos países en desarrollo de la Región y ante la falta de legislación efectiva sobre la prestación de dichos servicios;

Enterada del riesgo de transmisión de enfermedades por falta de control efectivo y adiestramiento insuficiente del personal de salud en la prestación de servicios de transfusión de sangre, y

Persuadida de que la OPS tiene la capacidad técnica y administrativa necesaria para coordinar la cooperación entre los Países Miembros en el establecimiento de servicios seguros y eficaces de transfusión de sangre,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Países Miembros la conveniencia de que consideren el control de los servicios de transfusión de sangre como atención prioritaria en sus estrategias nacionales de salud para todos en el año 2000.

2. Fijar el año 1990 como límite para el logro de la meta de establecimiento de servicios eficaces de transfusión de sangre en todos los países de la Región, habida cuenta de las necesidades y la capacidad de cada País Miembro en lo que respecta a prestación de esos servicios.

3. Pedir al Director que:

- a) Recabe la cooperación técnica de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y de otros organismos internacionales que se ocupan del uso de la sangre y los productos sanguíneos por los servicios de salud;
- b) Se preste ayuda a los Países Miembros que lo necesiten para el establecimiento de mecanismos de cooperación en el suministro de sangre y productos sanguíneos inocuos y en cantidad adecuada;
- c) Con otras organizaciones internacionales y nacionales establezca una metodología apropiada para evaluar las necesidades de los Países Miembros y los sistemas de asistencia que requieren la elaboración y el control de la sangre y los productos sanguíneos, y la prestación de servicios eficaces de transfusión.
- d) Prepare propuestas para el logro de la meta de prestación de servicios eficaces de transfusión sanguínea de aquí a 1990, con el fin de presentarlas en la 90a Reunión del Comité Ejecutivo y a la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983.

El PRESIDENTE: Se pone en discusión el proyecto de resolución. Anuncio que, si no hay objeciones, enmiendas u observaciones, lo daré por aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Dr. ACUÑA (Director): Señor Presidente, me he abstenido de participar en la discusión en vista de que muchas de las recomendaciones formuladas se están cumpliendo ya en actividades que la Organización lleva a cabo, pero quisiera mencionar un problema que puede presentarse de nuevo en el futuro. Se trata de la situación que se produce cuando se presenta un tema que no ha podido ser examinado detenidamente antes de la Conferencia o la reunión del Consejo Directivo. Ustedes saben que el Director debe enviar los documentos a los respectivos Gobiernos por lo menos 30 días antes de la fecha de la reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia, entendiéndose también que la mayoría de los temas han sido previamente discutidos por el Comité Ejecutivo, a cuyos miembros también se les envían con la debida anticipación para ser examinados. Pues bien, resulta que en los últimos años ciertos temas han sido presentados por Gobiernos, temas muy interesantes e importantes, sobre los cuales esta honorable Conferencia y el Consejo Directivo han adoptado resoluciones como la que ustedes acaban de adoptar, pero desafortunadamente, dado el mecanismo de trabajo durante las reuniones, el Director no tiene tiempo de examinar las consecuencias de estos documentos ni puede aportar ningún dato complementario.

Sugeriría muy respetuosamente que, en el futuro, los Gobiernos que quieran presentar ellos mismos un tema adicional en la Conferencia, el Consejo Directivo o el Comité Ejecutivo, envíen al Director los documentos correspondientes para que puedan ser traducidos a los idiomas oficiales y enviados a los Gobiernos junto con los demás documentos. Insisto en que sobre la resolución que ustedes acaban de adoptar, no hemos podido examinar el documento presentado, por lo que me es imposible prever las posibles repercusiones presupuestarias. Por el momento es difícil estimarlas pero, si las tiene, hay también que ver su relación desde el punto prioritario con el Plan de Acción. El Plan de Acción

tiene también una previsión al respecto y no sabemos qué prioridad va a tener esta actividad. Por lo tanto, no solo en beneficio de los Gobiernos Miembros que obviamente han visto con sumo interés este tema, así como otros presentados en años anteriores, sino también para que el Director y la Secretaría puedan enviar esos documentos oportunamente, sería conveniente que ustedes tomaran las medidas necesarias para que se reciban los documentos presentados por los Gobiernos dentro del plazo reglamentario.

Mr. INGLIS (Canada). The Canadian Delegation regrets that the material for this item was not available sooner. However, the original copies sent to the Secretariat for translation and distribution were lost in the mail and further copies were brought down to Washington by my Delegation. I trust that this explanation is satisfactory.

The session was suspended at 11:00 a.m. and resumed at 11:25 a.m.
Se suspende la sesión a las 11:00 a.m. y se reanuda a las 11:25 a.m.

The RAPPORTEUR: With the diploma that was given to me by the Delegate of the United Kingdom, I will read in English the proposed resolution on the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center:

THE XXI PAN AMERICAN-SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that animal health activities have implications for human health and socioeconomic development, and consequently for primary health care;

Realizing the particular importance of harmonizing animal health activities, which are part of the goal of health for all by the year 2000, with the strategy of primary care;

Recognizing that the technical cooperation activities of the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (PANAFTOSA) are an important part of the aims and strategies contained in the Plan of Action for implementation of the Regional Strategies;

Considering that the close interaction between the technical cooperation programs of PANAFTOSA and those of the other units of PAHO's Special Program for Animal Health has resulted in the formation of a valuable pool of international resources to serve the countries;

Taking into account Resolution XXVI of the XXVI Meeting of the Directing Council, and bearing in mind the desire expressed by the Ministers of Agriculture during the XII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control that PANAFTOSA should remain part of PAHO;

Aware that the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), the Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture (IICA), the International Office of Epizootics, and other international agencies conduct animal health and production programs;

Recognizing the value of international cooperation in matters of animal health; and

Mindful of the views expressed by the Member Governments in this Conference,

RESOLVES:

1. To request that the Director, in consultation with the appropriate international agencies (FAO, IICA, etc.) and in accordance with the program priorities and needs of the Member Governments, develop a policy aimed at maximizing the horizontal cooperation of agencies serving the countries in matters of animal health and veterinary public health, and in so doing, avoid duplication of effort.

2. That the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center shall remain a regular program of PAHO.

3. To thank the countries and international organizations that are supporting the Center, particularly the Government of Brazil, for their valuable and continued contribution to the Center's operation.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presente las repercusiones de las actividades de salud animal en la salud humana y en el desarrollo socioeconómico y, por lo tanto, en la atención primaria de salud;

Consciente de la particular importancia que tiene el armonizar con la estrategia de atención primaria las actividades de salud animal que forman parte de la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo que las actividades de cooperación técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) constituyen parte importante de los objetivos y estrategias del Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales;

Teniendo en cuenta que la interacción de los programas de cooperación técnica de PANAFTOSA y los de otras unidades del Programa Especial de Salud Animal de la OPS ha dado lugar a una valiosa integración de recursos internacionales al servicio de los países;

Vista la Resolución XXVI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo y teniendo presente el deseo expresado por los Ministros de Agricultura en la XII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis de que PANAFTOSA siga formando parte de la OPS;

Enterada de que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), la Oficina Internacional de Epizootias y otros organismos internacionales tienen programas de salud y producción animal;

Reconociendo el valor de la cooperación internacional en materia de salud animal; y

Teniendo en cuenta las opiniones expuestas por los Gobiernos Miembros en la presente Conferencia,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que, en consulta con los organismos internacionales correspondientes (FAO, IICA, etc.) y de acuerdo con las prioridades y necesidades programáticas de los Gobiernos Miembros, desarrolle una política destinada a aumentar al máximo la cooperación horizontal de los organismos que sirven a los países en materia de salud animal y de salud pública veterinaria, evitando la duplicación de esfuerzos.

2. Que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa se mantenga como un programa regular de la OPS.

3. Dar las gracias a los países y a las organizaciones internacionales que están dando apoyo al Centro, especialmente al Gobierno del Brasil por la valiosa y constante aportación que hace a su funcionamiento.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Bica, for that impeccable English. The Delegate of Canada.

Mr. INGLIS (Canada): Mr. President, as those delegates who were present in Committee A are aware, an impasse developed over the wording of the operative part of the resolution on PANAFTOSA. Canada, on the one hand, insisted that operative paragraph 2, which reads, and I quote, "that the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center shall remain a regular program of PAHO," be modified to allow further consideration of its location following a joint PAHO/IICA study of the implications of its possible transfer to IICA or some other international agency. On the other hand, the distinguished Delegate from Uruguay was equally adamant that the wording of operative paragraph 2 remain unchanged. Accordingly, the amendment to the resolution that was proposed by Canada was put to a vote and was defeated. Unfortunately, as a result, the proposed study or the proposal to study the implications of a possible transfer was also lost, and I would like to say that several countries expressed regret at this.

Despite operative paragraph 4 of Resolution XIX which was approved four years ago by the XX Pan American Sanitary Conference, which read "To request the Director that, in consultation with competent agencies in the field as necessary, he study the possibility of transferring the responsibilities now borne by the Organization in relation to the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center to some international agency more closely concerned with agriculture, taking care to ensure that this transfer is effected without detriment to the valuable work done so far." Despite this resolution, to the best of our knowledge the problem has never been closely examined. To rectify this unfortunate situation, and to put Member Governments' minds at rest once and for all, my Delegation would like to propose the addition of a fourth operative paragraph to the resolution adopted by Committee A, reading as follows: "4. To request the Director to enter into discussions with IICA and FAO for a joint PAHO/IICA/FAO study to identify the financial, program, membership, and administrative implications associated with the possible transfer of PANAFTOSA from PAHO to some other international agency at some future date and to report back to the XXIX Meeting of the Directing Council."

Dr. ACUÑA (Director): Gracias, señor Presidente. No trato de influir en la decisión de esta Conferencia, pero sí quisiera esclarecer algo respecto de lo que ha mencionado el Delegado del Canadá.

Después de la adopción por la XX Conferencia Sanitaria Panamericana de la resolución a que ha hecho referencia el Sr. Inglis, el Director escribió a todos los Gobiernos Miembros y a todos los organismos internacionales que pudieran tener algún interés en la transferencia del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Ninguna de las respuestas fue satisfactoria en cuanto a aceptar esta responsabilidad. Posteriormente, el asunto fue tratado también en la Reunión de Ministros de Agricultura del año siguiente, donde se examinó detenidamente y se decidió—creo que por unanimidad—dirigirse al Consejo Directivo de la OPS solicitando que reconsiderara la decisión adoptada por la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. De ello se deduce que los Ministros de Agricultura estimaban mucho más conveniente, y sobre todo más seguro, que los programas de erradicación de la enfermedad del Continente continuaran dependiendo de la OPS. El tema pasó después al Consejo Directivo, que adoptó una resolución basada en la resolución de los Ministros de Agricultura. Ante esta situación, hemos seguido en contacto con otros organismos internacionales, sobre todo con la FAO y el IICA, tratando de buscar un planteamiento más claro y preciso para poderlo comunicar a los Cuerpos Directivos de la OPS. Hasta este momento no hay ningún organismo que esté dispuesto a aceptar el Centro para administrarlo, y sobre todo para poderlo financiar. En todo caso, lo que interesaría a esos organismos es estudiar la posibilidad de la transferencia, pero junto con los fondos que la Organización Panamericana de la Salud asigna cada dos años para su mantenimiento.

Por supuesto, esto no se halla en el espíritu de la resolución adoptada por la XX Conferencia Sanitaria Panamericana y, por lo tanto, no hemos podido llegar a un acuerdo a este respecto. Sin embargo, seguimos entablando conversaciones con organismos como el IICA, e inclusive hemos propuesto celebrar reuniones conjuntas entre los Cuerpos Directivos del IICA y la Reunión de Ministros de Agricultura, con la participación de la FAO y

de algún otro organismo interesado, para examinar estos asuntos y, por lo tanto, evitar lo que ustedes muy bien dicen en la resolución: "la duplicación de esfuerzos". Esta es la situación actual y, en vista de que no hay ningún pronunciamiento claro y preciso desde el punto de vista del financiamiento, para el Director el asunto parece estar en un callejón sin salida. Si los Delegados desean conocer detalles más precisos acerca de las fechas y otros aspectos, el Dr. Mário Fernandes conoce toda la historia y está a disposición de ustedes. No pido que intervenga a continuación, a menos que ustedes así lo indiquen, para no prolongar esta discusión y que ustedes puedan dedicarse a examinar el proyecto de resolución que tienen ante sí y que ha sido propuesto por la Comisión A. Muchas gracias, señor Presidente.

Mr. INGLIS (Canada): The distinguished representative from IICA, I understand, is present in his role as Observer to this Conference, and I would like to request that he be asked to speak in relation to the comments that were just made by the Director.

El PRESIDENTE: Señor Observador del IICA: ¿quiere usted hacer uso de la palabra?

Dr. ACHA (Observador, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura): Gracias, señor Presidente. Ya que me concede la palabra, quisiera referirme a lo manifestado por el Delegado del Canadá, en relación con la solicitud que el IICA ha hecho a la Oficina.

En una carta, el Director General, Dr. Francisco Morillo, manifestaba al Dr. Acuña el interés que tiene el IICA en hacer un estudio conjunto con la OPS para considerar la posibilidad de la transferencia del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa al IICA.

El IICA estableció, con la nueva convención de diciembre de 1980, la Junta Interamericana de Agricultura, que es un órgano análogo al Consejo Directivo de la OPS. La Junta Interamericana de Agricultura, recientemente establecida, cuya primera reunión se celebró en Buenos Aires en agosto del año pasado, está constituida por los Ministros de Agricultura, y tiene su Comité Ejecutivo, que se reunió hace exactamente diez días, en San José.

Fue la Junta Interamericana la que pidió al Director del IICA que haga un estudio conjunto para ver qué significa para el IICA la transferencia del Centro porque, como muy bien ha señalado el Dr. Acuña, hay repercusiones económicas, de personal, de ser miembro de un organismo y otro, sin descuidar el aspecto de que el IICA está en el Sistema de la OEA y el Centro está en el Sistema de las Naciones Unidas.

En resumen, estos datos eran los que se querían estudiar, para que en un documento la Junta Interamericana de Agricultura pudiera apreciar si es conveniente para el IICA aceptar en transferencia el Centro o incluso solicitarlo. Es decir, el estudio que ha solicitado el IICA no es sobre una transferencia del Centro. Se trata de un estudio, que podría presentarse al Consejo Directivo el próximo año y a la Junta Interamericana de Agricultura, para que estos órganos apreciaran la viabilidad de ese proceso.

Como testigo de causa de esta situación, yo podría decir que cuando se ha hablado de transferencia del Centro, se ha hecho sin haber realizado un análisis claro de lo que significa transferir el Centro, ya sea al IICA e incluso a la FAO, por ejemplo, cuyo sistema de pago de cuotas es diferente al de la OPS en las Américas, lo que ya de antemano—diría yo—constituye un impedimento para su transferencia. Esto, señor Presidente, es lo que quería decir y volver a reiterar la solicitud del Director General del IICA y también del Comité Ejecutivo del IICA de que se haga ese estudio para terminar con las dudas sobre la posible transferencia. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Sigue en discusión la enmienda propuesta por el Canadá. El Delegado del Uruguay.

Dr. BALAGUER (Uruguay): Gracias, señor Presidente. El tema que estamos tratando fue ampliamente examinado en la Comisión A. Parece que fue uno de los temas que más dio lugar a discusión los días jueves, viernes e incluso el lunes. Los argumentos aquí expuestos fueron ampliamente presentados a todas las delegaciones presentes, por lo que solicito, señor Presidente, que se ponga a votación la enmienda presentada por el distinguido Delegado del Canadá. Gracias.

Mr. BOYER (United States of America): My understanding of the amendment that has been introduced by the Delegation of Canada is that there is an attempt to have a compromise here relating to the impasse that developed yesterday. My understanding is that there was a desire on the part of some delegations that operative paragraph 2 be retained. The Delegate of Canada yesterday wanted to replace operative paragraph 2 with a paragraph which requested a study. I sense that, in the spirit of compromise, the Delegate of Canada today is agreeing to retain operative paragraph 2 in the way in which it is presented in the original resolution but simply to add a paragraph requesting a study. I think all parties can be satisfied and it seems to me a useful amendment which will produce the facts, which I think are necessary; therefore I would support the proposal by the Delegation of Canada.

Lic. LARREA (Ecuador): Gracias, señor Presidente. Quisiera reafirmar un poco los términos indicados por la Delegación del Uruguay. En realidad, el tema ha sido bastante discutido y la Delegación del Ecuador intentó obtener consenso para una solución intermedia a fin de que se pudiera hacer constar un párrafo 3 en el proyecto de resolución, relativo a la posibilidad de que se realice un estudio, el cual, para no lesionar la marcha actual del Centro y para que no decaigan sus actividades, debería referirse a la conveniencia o no de transferir el Centro a otro organismo cualquiera.

Se celebró una reunión de una subcomisión especial de conciliación para llegar a un acuerdo y obtener un consenso general con respecto a una resolución y no se obtuvo.

El asunto fue nuevamente debatido y se sometió a votación en la reunión de la Comisión; el resultado de todo ello es el texto que tenemos ahora a consideración.

Yo me permitiría hacer presente a la sala que el Centro Panamericano está funcionando excelentemente. Si adoleciera de enfermedad, si la OPS no estuviera en condiciones de mantenerlo, si se considerara que es contradictorio a su función mantenerlo y que es necesario transferirlo..., pero no es el caso. Muchos organismos internacionales desean tal vez tener el Centro bajo su gestión, pero nosotros representamos aquí a nuestros Gobiernos y como tal debemos pronunciarnos sobre si se ha de transferir o no.

Este es el panorama completo y la Delegación del Ecuador considera que los considerandos del proyecto de resolución son suficientemente claros y se pronuncia en favor de que el texto se adopte como está.

Con respecto a la modificación propuesta, creo que es un tanto contradictoria, porque si en el párrafo 2 se dice que el Centro debe continuar en la OPS y en el párrafo 4 se habla de posibilidad de transferencia, volvemos al punto de partida y pienso que no hay conciliación posible. Nada más, quería hacer presente esto, señor Presidente. Muchas gracias.

Dr. RODRIGUEZ (Venezuela): Gracias, señor Presidente. Hemos oído con bastante atención las diversas posiciones que se han presentado sobre este proyecto de resolución y, para no insistir demasiado en el mismo, se nos ocurre presentar muy respetuosamente una modificación al párrafo 2 de la parte dispositiva que podría armonizar las diversas opiniones que se han estado debatiendo acá.

Con su permiso, señor Presidente, voy a dar lectura a lo que sería esta modificación: "Que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa permanezca como un programa regular de

la OPS mientras se haga el estudio propuesto por el IICA a la OPS y los Cuerpos Directivos puedan decidir sobre el mismo".

Creo que esta redacción del párrafo 2 sería una solución y tendrá buena acogida, pues así quedarían todos los intereses bien representados. Gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Nos puede entregar el texto, por favor. Mientras esperamos la enmienda tiene la palabra el Delegado de Honduras.

Dr. CORRALES (Honduras): Muchas gracias, señor Presidente. Se trata de rescatar un poco las enseñanzas de la Conferencia, específicamente del tema discutido sobre los asuntos gerenciales, donde uno de los expositores, el Dr. Motta, habló de que los organismos generalmente han hecho su administración en base a sus factores internos más que en base a los objetivos que supuestamente deben cumplir.

Me parece que en esta discusión sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa se está insistiendo más en el aspecto administrativo y en el aspecto financiero que en si el Centro está realmente o no cumpliendo con sus objetivos. De lo expresado por los Gobiernos que tienen el problema de la fiebre aftosa, se desprende que el Centro sí cumple adecuadamente sus funciones y que es un organismo que está realmente prestando la colaboración que estos países necesitan para el control de la enfermedad.

En base a eso me parece que es inadecuado proponer la transferencia del Centro a otra institución cuando, según el Delegado del Ecuador, se subraya que el Centro está funcionando bien y que está cumpliendo con los objetivos precisos para los cuales fue establecido.

Me parece que sería inadecuado correr el riesgo de una transferencia, que, probablemente, va a liberar—digámoslo así—a la OPS de este Centro en término financieros y administrativos, pero va a dar al traste con el objetivo final: el control de la fiebre aftosa.

Por eso, mi Delegación apoya la resolución tal como está enunciada. Muchas gracias.

Dr. BALAGUER (Uruguay): Señor Presidente, solicito respetuosamente que el tema se dé por ampliamente tratado y se clausure el debate.

El PRESIDENTE: Tenemos dos propuestas de enmienda al proyecto de resolución. En la última, presentada por Venezuela, se dice que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa permanezca como un programa regular de la OPS mientras se haga el estudio propuesto por el IICA a la OPS y los Cuerpos Directivos puedan decidir sobre el mismo.

Creo que los Delegados están suficientemente informados sobre el tema.

Según el Reglamento, tengo que poner a votación la enmienda que más se aparta del texto original, es decir la del Canadá. Vamos entonces a poner a votación primero la enmienda propuesta por el Canadá, y ruego al Secretario que dé lectura al texto del nuevo párrafo 4 de la parte dispositiva.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. The amendment submitted by the Delegation of Canada is to add a fourth operative paragraph which reads as follows: "Request the Director to enter into discussions with the IICA and FAO for a joint PAHO/IICA/FAO study to identify the financial program, membership, and administrative implications associated with the possible transfer of PANAFTOSA from PAHO to some other international agency at some future date and to report back to the XXIX Meeting of the Directing Council."

El PRESIDENTE: El Delegado del Canadá ha pedido la palabra.

Mr. INGLIS (Canada): In view of the second amendment that is being proposed by the distinguished Delegate of Venezuela, Canada is prepared to withdraw its amendment; this means that we would then vote on the second amendment, if that is agreeable.

El PRESIDENTE: Después de la intervención del Delegado del Canadá podemos pasar a votar sobre la enmienda que propone la Delegación de Venezuela. Se trata del párrafo 2 de la parte dispositiva, que diría lo siguiente: "Que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa permanezca como un programa regular de la OPS, mientras se haga el estudio propuesto por el IICA a la OPS y los Cuerpos Directivos puedan decidir sobre el mismo."

Decision: The amendment was adopted by 15 votes in favor, 12 against, and 3 abstentions

Decisión: Se aprueba la enmienda por 15 votos a favor, 12 en contra y 3 abstenciones.

El PRESIDENTE: A consideración de la sala el proyecto de resolución con la enmienda aprobada.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted by 21 votes in favor, 7 against, and 2 abstentions.

Decisión: Por 21 votos a favor, 7 en contra y 2 abstenciones, se aprueba el proyecto de resolución con la enmienda introducida.

El PRESIDENTE: Debemos pasar a aprobar el cuarto informe de la Comisión A en su totalidad. Al no haber objeciones, lo declaro aprobado.

Decision: The Fourth Report of Committee A was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el Cuarto Informe de la Comisión A.

STATEMENT BY THE OBSERVER FROM THE INTERNATIONAL FEDERATION OF CHEMICAL, ENERGY, AND GENERAL WORKER'S UNION
PRESENTACION DEL OBSERVADOR DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE TRABAJADORES DE LA QUIMICA, DE LA ENERGIA E INDUSTRIAS DIVERSAS

Mr. BELICZKY (International Federation of Chemical Energy and General Workers): I want to thank Director Acuña for his farsightedness in preparing an excellent report, particularly the passage in which he emphasizes the health protection and promotion of special groups, one of which is the worker. I am pleased to see that in this particular representation a worker is wearing a respirator mask. This represents progress in many areas. Hopefully, by the year 2000 the picture will show a worker without a respirator mask, indicating that his working environment is free from elements that could possibly hurt him.

Mr. Director, Mr. President, Ministers, Delegates, brothers and sisters in Health for All by the Year 2000, I wish to thank PAHO and the Executive Committee for this opportunity to address PAHO on behalf of organized labor and workers. We wish success to the new Director, who faces an overwhelming task in the coming years.

The comments I am going to make may simply serve to reemphasize our goals. I was impressed by the proceedings during the Technical Discussions on Managerial Analysis of Health Systems. Some of the comments in the final report may, or could, reflect some of my thoughts. All workers of the world, especially in Pan American countries, must consider the impact of industrialization in underdeveloped, developing, and developed countries 18 years hence.

The obvious exodus of multinational corporations to some Pan American countries, especially from the United States of America, is taking place because economics has played

a role. Factories have been built and established in less work-extensive areas where worker production costs are lower and organized labor has less influence. The multinational corporation also avoids the United States because Federal regulations regarding air pollution, occupational health, and hazardous waste disposal make it more economical to set up factories in developing countries. Examples of regulations in the United States which have caused large companies to leave are standards on vinyl chloride monomer, benzene, asbestos, polychlorinated biphenyls, benzene-based dyes, acrylonitrile, and nitrosamines.

The exploitation of Pan American workers and of the general population by work exposures that cause cancer and ill-health—a process which even involves workers' families—should be recognized. Today's presentation on Women in Health and Development made me think that sometimes we overlook the fact that women are in the work place. We must be aware that mutagens, teratogens, and carcinogens constitute a threat to women in the work place and to the fetus.

Women in factories are generally considered to be working women. It is expected that in view of carcinogenic "lag time" (delayed response), carcinogens and occupationally induced cancer will be matters of vital statistics in 15-20 years. This could indirectly affect the next generation, but more probably the effects of the working conditions of the year 2000 will not be clearly in evidence until possibly 2020 or 2040—some 40 to 60 years from now, especially in areas of occupational carcinogenesis.

The need for top health management officials to recognize their present role in the coming two decades—to recognize, evaluate, and control exposed populations—is imminent. One method they can possibly utilize is to train themselves and their staff of technical associates in the risks involved for the population. It should also be understood that workers, and even government officials, do not recognize the existence of the grave and potential hazards produced by capricious employers who will exploit the workers, their families, and the government for the sake of profit. Multinational corporations only have allegiance to their stockholders, and really to no country in particular. Once they have devastated a population or an area, they will go, leaving undeveloped and developing countries with ill and injured workers and populations; this will be their industry's monument to posterity in the country they have exploited.

This may also be directly or indirectly true of industries which are not part of an international multinational entity. As Ministers of Health and national health providers, you have a moral, social, professional, and political responsibility to protect the most valuable asset you have—your people, your workers, and their families.

Other health problems seem to overshadow worker health, and this area sometimes goes unrecognized, as does exposure of the populations to air, water, and hazardous waste disposal; yet this area of responsibility must be given priority. You must consider growth in terms of your constituency and realize that industrialization will grow rapidly in the next two decades. Although you have planted the seeds of recognition, you must nurture your innovative actions so as to secure prevention and control.

You must educate your government officials to act by promulgating legislative measures or decrees to induce industry to maintain a safe and healthy work force and population. Good preventive action and control will be of economic value as a result of reduced care costs and reduced recourse to medical care as an alternative to supporting the ravages of cancer, illness, and serious accidents, without any preventive input.

You must develop and gather information regarding your countries' potential worker exposures by knowing the chemicals and hazards associated with specific industries, whether they be in manufacturing, mining, or agriculture.

You must establish your data bases for epidemiological evaluation now--develop reliable data on medical and laboratory examinations, exposure, death certificates, hospital records and personal physician records; otherwise interpretation becomes meaningless.

You must also develop procedures to measure intervention methodology and initiate a model to measure behavioral change and, most important, you must train your medical professionals to recognize occupational illness, and initiate recognition programs in your primary, secondary, and professional learning levels. You should update the professionals' knowledge by obligatory periodic retraining and take a look at new areas such as ergonomics, and syndromes that have plagued workers because of inadequate engineering recognition of work situations in methodology designed to do a job, without due consideration for the human element.

We must also obtain relevant information from WHO or ILO and from those countries which can and will share and utilize data from computer hookups perhaps from the United States Chemlines, Toxlines, and Medlines. Most importantly, you should train and motivate your workers to initiate protective measures through their own and other available agencies. Much of the cost of these could be borne by industry.

Industrialization could reduce poverty while at the same time leaving in its wake dead bodies, maimed or crippled workers, and land stripped of resources. Industry, government, and workers must assume joint responsibility for preserving their countries' precious resources and approach this common endeavor with minimal or no confrontation.

I would feel morally and professionally remiss if I could not bring this message from the Secretary-General of ICEF, Mr. Lewison, and the President of my International Union, the United Rubber Workers, Mr. Milan Stone. It is our hope that the distinguished Ministers and Delegates will consider the plight of workers at the 1988 PAHO Conference and other forthcoming meetings. Inter- and intra-pan American cooperation is necessary, as well as unified support of worker health protection through preventive strategy.

ICEF pledges its cooperation. Every effort must be made to upgrade the environmental professional. They should not be relegated to minor roles of authority and responsibility. Two weeks ago, while I was visiting an outstanding humanitarian and philanthropist to seek assistance in a particular area, I noticed a sign on his desk which was very meaningful to me and perhaps would be meaningful to all of us: it said "To do well is to do good."

EL PRESIDENTE: Muchas gracias, Sr. Beliczky.

EMERGENCY AID TO EL SALVADOR AND GUATEMALA AYUDA DE EMERGENCIA A EL SALVADOR Y GUATEMALA

EL PRESIDENTE: Hemos recibido un proyecto de resolución de la Delegación de Costa Rica, titulado "Ayuda de emergencia a El Salvador y Guatemala". Teniendo en cuenta que los textos del proyecto de resolución deben ser distribuidos con antelación, para que este proyecto pueda ser discutido en la próxima sesión, y mientras se distribuye el texto mecanografiado, voy a dar lectura al texto. De esta manera, el proyecto de resolución podrá ser examinado en la próxima sesión, dentro del tema "Otros asuntos" (tema 40). El texto dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that El Salvador and Guatemala have been recently stricken by floods which have caused tragic loss of human life and enormous material damage;

Having seen Resolution X adopted by the Directing Council in its XXIV Meeting and establishing a Natural Disaster Relief Voluntary Fund; and

Aware that this Fund lacks the necessary resources, owing to a lack of contributions from the countries,

RESOLVES:

1. To request the countries to provide emergency aid for the health sector of El Salvador and Guatemala to cope with the damage recently inflicted there by floods.
2. To urge the Governments to make contributions to the Natural Disaster Relief Voluntary Fund administered by PAHO.
3. To request the Director to provide needed technical cooperation in evaluating the damage and coordinating aid to El Salvador and Guatemala.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que El Salvador y Guatemala han sido afectados recientemente por inundaciones con pérdida lamentable de vidas humanas e ingentes daños materiales;

Vista la Resolución X adoptada por el Consejo Directivo en su XXIV Reunión para el establecimiento de un Fondo Voluntario de Asistencia para Catástrofes Naturales, y

Consciente de que este Fondo no dispone de los recursos necesarios por falta de contribución de los países,

RESUELVE:

1. Solicitar a los países ayuda urgente para el sector salud de El Salvador y Guatemala en ocasión de los daños sufridos recientemente por inundaciones.
2. Instar a los Gobiernos a que hagan contribuciones al Fondo Voluntario de Asistencia para Catástrofes Naturales, administrado por la OPS.
3. Pedir al Director que facilite la cooperación técnica necesaria para la evaluación de los daños y la coordinación de la asistencia para El Salvador y Guatemala.

ITEM 17: SELECTION OF ONE GOVERNMENT ENTITLED TO DESIGNATE A PERSON TO SERVE ON THE JOINT COORDINATING BOARD OF THE UNDP/WORLD BANK/WHO SPECIAL PROGRAMME FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (TDR)

TEMA 17: SELECCION DE UN GOBIERNO ENCARGADO DE DESIGNAR UN REPRESENTANTE EN LA JUNTA MIXTA DE COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR)

El PRESIDENTE: Se abre la discusión. El Delegado de Cuba.

Dr. RAMIREZ (Cuba): Señor Presidente, permítame expresar una vez más el agradecimiento del Gobierno de la República de Cuba a todos los Países Miembros de la OPS por habernos permitido participar como miembro de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, comúnmente conocido como TDR, durante los años 1981-1982.

Cuba está incluida dentro del programa TDR desde 1979 y el Instituto de Medicina Tropical "Pierre Curie" de Cuba se beneficia desde hace tres años de una subvención a largo plazo. El Gobierno de Cuba ha aprobado la actividad de medicina tropical y se

propone hacer grandes inversiones en el Instituto "Pierre Curie" para que este centro desempeñe un papel importante en la atención médica, la investigación y la docencia, tanto en Cuba como en la Región.

Existe, por tanto, la voluntad y la decisión política de desarrollar ampliamente esta institución. Todos los años más de 250 médicos adquieren distintos tipos de formación en el Instituto de Medicina Tropical "Pierre Curie", todos relativos a este tipo de enfermedades. Además, aproximadamente 30 médicos de América Latina reciben anualmente formación en esa institución.

El Gobierno de Cuba ha expresado oficialmente a la Secretaría de la OPS nuestro interés en ser reelegidos como miembros de la Junta Mixta Coordinadora, y así también se ha hecho saber, a través de nuestra Cancillería, a los países de la Región.

No obstante, conociendo el interés de algunos otros países por esta vacante y habiendo participado ya nuestro Gobierno en dicha Junta, no hemos vacilado, y así lo hacemos saber a todas las distinguidas Delegaciones aquí reunidas, en retirar nuestra candidatura.

Queremos aprovechar la oportunidad, señor Presidente, distinguidos señores Ministros y Delegados, para agradecer profundamente a todos los Gobiernos Miembros de la Organización que han expresado el reconocimiento a nuestro país y que tenían la intención de apoyar nuestra elección.

Por último, reiteramos el interés del Gobierno de Cuba en cooperar todo lo posible con los países de la Región en materia de enfermedades tropicales, y expresamos además nuestro firme propósito de volver a participar en la Junta Mixta de Coordinación del TDR en otro período, cuando así lo decida este honorable Cuerpo Directivo, tal vez para el próximo año. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. GUZMAN (Chile): Tengo información de que la Delegación de la Argentina está interesada en designar un representante en la Junta Mixta de Coordinación del TDR, motivo por el cual mi Delegación desea apoyar las aspiraciones de la Argentina. Gracias, señor Presidente.

Dr. RODRIGUEZ (Venezuela): En realidad, nuestro país pensaba presentarse en esta oportunidad para aspirar, con el respaldo de todos los aquí presentes, a ocupar esa vacante en la Junta Mixta de Coordinación, pero el hecho de que la Delegación de Chile haya propuesto a la República Argentina en esta oportunidad nos hace renunciar a esta aspiración. No solo damos nuestro apoyo, sino que también pedimos a todos los países aquí reunidos y representados que den su respaldo al Gobierno de la Argentina para que entre a formar parte de la Junta Mixta de Coordinación.

Deseamos que el año próximo, en el momento de hacerse la renovación de esta Junta, podamos contar con la benevolencia de los Gobiernos de las Américas para que nos den su respaldo. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. SOTELO (Perú): Señor Presidente. La Delegación del Perú se asocia a la propuesta hecha por el distinguido Delegado de Chile presentando la candidatura del hermano país de Argentina.

Mr. BOYER (United States of America): The United States is pleased to support the candidacy of Argentina for this position.

Dr. ALVAREZ (El Salvador): Mi Delegación desea apoyar, señor Presidente, la candidatura del Gobierno de la Argentina.

Dr. BALAGUER (Uruguay): Gracias, señor Presidente, el Uruguay apoya la candidatura de la Argentina para la Junta Mixta de Coordinación.

Lic. CABRERA (México): Gracias, señor Presidente. También deseo expresar el apoyo de mi Delegación a la candidatura de la Argentina.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Gracias, señor Presidente. Guatemala también apoya la candidatura de la Argentina.

Lic. LARREA (Ecuador): El Ecuador es también solidario de la misma posición.

Sr. ABBOTT GALVÃO (Brasil): El Brasil también apoya la candidatura de la Argentina, señor Presidente.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): My Delegation supports Argentina also.

El PRESIDENTE: Nadie más ha pedido la palabra. Guyana.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): The Delegation of Guyana also supports Argentina for the position.

Dr. GARCIA (República Dominicana): Nosotros apoyamos la candidatura de la Delegación de la Argentina y creemos que si no hay otra candidatura, en cuyo caso habría que votar, puede declararse elegida por unanimidad.

El PRESIDENTE: Si no hay otro candidato, voy a declarar a la Argentina elegida por aclamación.

Vamos a declarar entonces un receso hasta las 2:30 p.m., e iniciaremos la sesión de la tarde con el tema 20 y el tema 40, 40.2 y el nuevo proyecto de resolución que ha presentado la Delegación de Costa Rica. Mañana por la mañana tendremos la clausura de 9 a 10 a.m. Si es posible, el Comité Ejecutivo se debería reunir esta tarde después de nuestra reunión, si terminamos a las 4 aproximadamente, y después podría reunirse mañana después de la sesión de clausura para ver si terminan sus labores al medio día. Hasta las 2:30 p.m. entonces.

The session rose at 12:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.

TWELFTH PLENARY SESSION
DECIMOSEGUNDA SESION PLENARIA

Tuesday, 28 September 1982, at 2:30 p.m.
Martes, 28 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

EMERGENCY AID TO EL SALVADOR AND GUATEMALA (conclusion)
AYUDA DE EMERGENCIA A EL SALVADOR Y GUATEMALA (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that El Salvador and Guatemala have been recently stricken by floods which have caused tragic loss of human life and enormous material damage;

Having seen Resolution X adopted by the Directing Council in its XXIV Meeting and establishing a Natural Disaster Relief Voluntary Fund; and

Aware that this Fund lacks the necessary resources, owing to a lack of contributions from the countries,

RESOLVES:

1. To request the countries to provide emergency aid for the health sector of El Salvador and Guatemala to cope with the damage recently inflicted there by floods.
2. To urge the Governments to make contributions to the Natural Disaster Relief Voluntary Fund administered by PAHO.
3. To request the Director to provide needed technical cooperation in evaluating the damage and coordinating aid to El Salvador and Guatemala.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que El Salvador y Guatemala han sido afectados recientemente por inundaciones con pérdida lamentable de vidas humanas e ingentes daños materiales;

Vista la Resolución X adoptada por el Consejo Directivo en su XXIV Reunión para el establecimiento de un Fondo Voluntario de Asistencia para Catástrofes Naturales, y

Consciente de que este fondo no dispone de los recursos necesarios por falta de contribución de los países,

RESUELVE:

1. Solicitar a los países ayuda urgente para el sector salud de El Salvador y Guatemala en ocasión de los daños sufridos recientemente por inundaciones.
2. Instar a los Gobiernos a que hagan contribuciones al Fondo Voluntario de Asistencia para Catástrofes Naturales, administrado por la OPS.

3. Pedir al Director que facilite la cooperación técnica necesaria para la evaluación de los daños y la coordinación de la asistencia para El Salvador y Guatemala.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Para conocimiento de esta honorable asamblea me permito informar sobre el desastre natural que sufrió mi país, por la depresión tropical PAUL, que se inició el 15 de septiembre de 1982 y que aún persiste en menor medida. Nuestro país fue afectado en varias provincias o departamentos: Jutiapa, Jalapa, Santa Rosa, Escuintla, Retalhuleo, Suchitepeques, San Marcos y Quetzaltenango. Según el informe oficial 20.000 familias quedaron sin vivienda, hubo 574 muertos, 230 desaparecidos, además de 14 puentes y ocho carreteras destruidas, y un total de 120.000 personas afectadas. Mi Gobierno también ha informado de la falta de agua potable en cinco cabeceras departamentales destruidas; sin embargo, gracias a nuestros esfuerzos nacionales, hemos tratado de que el sistema de salud siga trabajando coordinadamente en un plan de emergencia. Tenemos muchas necesidades urgentes para aliviar la situación de las personas afectadas, especialmente en medicamentos, estimando un costo total de \$650.000. Necesitamos \$25.000 para instrumental quirúrgico, frazadas en una cantidad de 120.000 unidades y ropa de adultos y niños para una cantidad estimada de 50.000 personas. También nos da idea de la magnitud del problema la estimación de 32.400 raciones alimenticias, 120.000 unidades de lámina metálica y la puesta en marcha del sistema de saneamiento básico, que ha sufrido deterioros por la cantidad de \$1.150.000. Todas estas cifras nos dan una estimación total que sobrepasa la cantidad de 2.000.000 de quetzales. Considerando que la OPS puede estimar una cantidad de ayuda en lo que se refiere a desastres naturales que afectan la salud, formalizo una petición de parte de mi país para que pueda ser asignada una cantidad estimada de acuerdo con los recursos y si es posible obtener ayuda bilateral de los otros países. Muchas gracias, Sr. Presidente.

Dr. BERRIOS (El Salvador): La Delegación de El Salvador agradece a la honorable Delegación de la hermana República de Costa Rica la presentación del proyecto de resolución sobre la ayuda de emergencia a los pueblos de El Salvador y Guatemala a raíz de las recientes inundaciones. Esperamos toda la ayuda posible de los Gobiernos de la Región, a los que damos anticipadamente nuestras más sinceras gracias.

El PRESIDENTE: Voy a dar por cerrada la discusión. Si no hay enmienda u objeción voy a declarar la resolución aprobada.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 20: FINAL REPORT OF THE TECHNICAL DISCUSSIONS: "MANAGERIAL ANALYSIS OF HEALTH SYSTEMS"

TEMA 20: INFORME FINAL DE LAS DISCUSIONES TECNICAS: "ANALISIS GERENCIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD"

El PRESIDENTE: El siguiente tema en el orden del día es el informe de las Discusiones Técnicas. Tienen ustedes el Documento CSP21/DT/4 en español o inglés que se refiere a este tema. Vamos a dispensar de la lectura del documento en su totalidad debido a su extensión y a que como fue repartido con anterioridad, todos han tenido ocasión de revisarlo. El Director de Debates del grupo me indica que no tiene nada que añadir al documento. Por lo tanto, pongo en consideración de la sala el documento en general y el proyecto de resolución que está al final.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Technical Discussions on the managerial analysis of health systems (Document CSP21/DT/4, Rev. 1);

Considering that the World Health Assembly in Resolution WHA32.30 endorsed the Declaration of Alma-Ata, which emphasized primary health care as the basic approach for attaining health for all by the year 2000, and the important implications of this goal for the development of the health management system;

Recognizing that the Regional Strategies of health for all by the year 2000, approved by the Directing Council at its XXVII Meeting (1980) and the Plan of Action for the implementation of these Regional Strategies, as approved by the Directing Council at its XXVIII Meeting (1981) both place great importance on strengthening the operating capacity of the health systems, including the planning and management systems;

Being aware of the increasing responsibilities that are being placed on Member Governments and the strong implications of these responsibilities for the improvement of the health management process; and

Viewing with concern the critical nature and scope of the problems as presented by Member Governments in their analysis of the health management systems and the need to strengthen the managerial process for achieving health for all by the year 2000,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Technical Discussions and to express its satisfaction with it.
2. To recommend that Member Governments:
 - a) Incorporate a policy formulation and implementation process within the health sector that leads to the development of strategies and managerial practices that favor both the more effective and efficient achievement of results and an increased commitment to social equity;
 - b) Utilize a creative and innovative approach in their management development process and emphasize extension of coverage, through the primary health care approach, with priority given to preventive and promotional activities and incorporating the concepts of intersectoral coordination, community participation, and appropriate technology;
 - c) Strengthen the strategic management process by developing long-, medium-, and short-term plans directed toward the attainment of the goal of health for all by the year 2000;
 - d) Undertake an intensive, objective, and multidisciplinary analysis of the institutional, financial, and administrative constraints on access, for different human groups, to health services, and develop alternative solutions;
 - e) Establish specific and clear goals through a participatory approach which heightens the commitment of the health teams and the community to the attainment of the goals, and improve management information systems with special emphasis on monitoring and evaluating results;
 - f) Give priority to the development of human resources as an essential element for attaining the goal of health for all, through academic and continuing education programs, strengthening health manpower planning, reorienting the curriculum of health science schools, and developing incentives for retention of personnel;
 - g) Promote and develop operational research on salient aspects of health services management that identify the constraints which exist in the application of

community participation, and develop appropriate approaches for involving the community and for supporting decisions which favor increased efficiency, effectiveness, and equity;

- h) Refine the process of functional planning, programming, and implementation of physical infrastructure projects so as to ensure efficient investment in and maintenance of installed capacities.

3. To recommend that the Director:

- a) Strengthen and support research aimed at producing knowledge on better managerial alternatives to meet the critical health issues and challenges mentioned in the PAHO documents;
- b) Support the development and implementation of education and training programs that strengthen the strategic managerial capacity of the health sector;
- c) Strengthen programs of technical cooperation in strategic management and planning aimed at transferring and demonstrating new ideas in this area;
- d) Foster the establishment of a mechanism for disseminating among Member Governments information on national experiences and approaches in strategic management;
- e) Distribute the working document and report of the Technical Discussions to Member Governments, national and international agencies, and other organizations.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de las Discusiones Técnicas sobre análisis gerencial de los sistemas de salud (Documento CSP21/DT/4, Rev. 1);

Considerando que en su Resolución WHA32.30 la Asamblea Mundial de la Salud respalda la Declaración de Alma-Ata, en la que se subraya que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud para todos en el año 2000 y que ese objetivo tiene consecuencias importantes para el desarrollo del sistema de gestión de la salud;

Reconociendo que tanto las Estrategias Regionales de salud para todos en el año 2000, tal como fueron aprobadas por el Consejo Directivo en su XXVII Reunión (1980) como el Plan de Acción para la instrumentación de esas Estrategias Regionales, tal como fue aprobado por el Consejo Directivo en su XXVIII Reunión (1981), atribuyen gran importancia al fortalecimiento de la capacidad operativa de los sistemas de salud, inclusive los sistemas de planificación y gestión;

Consciente de las responsabilidades cada vez mayores que recaen sobre los Gobiernos Miembros y de las importantes repercusiones de esas responsabilidades sobre el mejoramiento del proceso gerencial de la salud, y

Preocupada por el carácter crítico y la amplitud de los problemas presentados por los Gobiernos Miembros en su análisis de los sistemas de administración en materia de salud y por la necesidad de reforzar el proceso de gestión a fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de las Discusiones Técnicas y expresar su conformidad con el mismo.

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que:

- a) Incorporen al sector salud un proceso de formulación y aplicación de política conducente al desarrollo de estrategias y prácticas gerenciales que favorezcan a la vez el logro de resultados más eficaces y eficientes, y un compromiso más firme a la equidad social;
 - b) Enfoquen de manera creadora e innovadora sus procesos de desarrollo gerencial centrándose en la extensión de la cobertura por la estrategia de atención primaria de salud, dando prioridad a las actividades de prevención y fomento e incorporando los conceptos de coordinación intersectorial, participación de la comunidad y tecnología apropiada;
 - c) Refuercen el proceso de gestión estratégica estableciendo planes a largo, medio y corto plazo, encaminados al logro de la meta de salud para todos en el año 2000;
 - d) Emprendan un análisis intensivo, objetivo y multidisciplinario de los obstáculos de tipo institucional, financiero y administrativo que se oponen al acceso de distintos grupos humanos a los servicios de salud, y que busquen otras soluciones;
 - e) Establezcan metas específicas y claras por un método de participación que destaque la adhesión de los equipos de personal de salud y de la comunidad al logro de las metas, y que mejoren los sistemas de información gerencial, destacando en particular los resultados en materia de vigilancia y evaluación;
 - f) Concedan prioridad al desarrollo de recursos humanos como elemento esencial del logro de la salud para todos, mediante programas académicos y de educación continua, reforzando la planificación de recursos de personal, reorientando los planes de estudios de las escuelas de ciencias de la salud y ofreciendo incentivos para retener al personal;
 - g) Promuevan y desarrollen investigaciones operativas sobre los aspectos principales de la gestión de servicios de salud con el fin de identificar los obstáculos existentes para la participación de la comunidad, y establezcan métodos apropiados para conseguir dicha participación y para apoyar decisiones que fomenten la eficiencia, la eficacia y la equidad;
 - h) Puntualicen el proceso de planificación funcional, programación y ejecución de proyectos de infraestructura física con el fin de asegurar una inversión eficaz en el mantenimiento de la capacidad instalada.
3. Recomendar al Director que:
- a) Refuerce y apoye las investigaciones destinadas a obtener conocimientos sobre otras posibilidades gerenciales mejores para hacer frente a los grandes problemas y cuestiones de salud que se mencionan en los documentos de la OPS;
 - b) Apoye la preparación y puesta en práctica de programas de enseñanza y formación profesional que refuercen la capacidad de la gestión estratégica del sector salud;
 - c) Fortalezca los programas de cooperación técnica en materia de gestión y planificación estratégicas con el fin de transferir y demostrar nuevas ideas en ese campo;
 - d) Promocione el establecimiento de un mecanismo para compartir la información entre los Gobiernos Miembros sobre experiencias nacionales y enfoques en la gerencia estratégica;

- e) Distribuya el documento de trabajo y el informe sobre las Discusiones Técnicas entre los Gobiernos Miembros, los organismos nacionales e internacionales y otras organizaciones.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): Antes de referirme al documento y a la resolución que se acaba de leer, deseo expresar mi agradecimiento y el del Gobierno de mi país por la elección de que fue objeto esta mañana para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Agradezco muy sinceramente a todos los países y muy particularmente a Cuba el haber declinado su candidatura para que la nuestra obtuviera prácticamente la unanimidad. Expreso mi cordial agradecimiento a todos los delegados y ministros con referencia a la resolución y sobre todo al documento que dio origen a la resolución. La fría lectura del documento tal vez no dé la impresión de la impropia tarea que los moderadores de los grupos y los relatores, el relator, Dr. Gustavo Corrales, y el secretario técnico, Sr. Peter Carr, han tenido que realizar para poder conciliar todas las opiniones y aunar los criterios a fin de poder brindarnos este documento.

El PRESIDENTE: Si no hay más observaciones sobre el proyecto de resolución, voy a declararlo aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 40: OTHER MATTERS (conclusion)

TEMA 40: OTROS ASUNTOS (conclusión)

El PRESIDENTE: El último punto en el orden del día es el tema 40.2, que trata de la Resolución XXIII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo. Es el Documento CSP21/INF/3, que deben tener a la mano. El Director somete a nuestra consideración un informe sobre los resultados de la discusión que hubo en el Comité Ejecutivo debido a un embargo de unos suministros de importancia para la salud. Dicho asunto fue ampliamente discutido en el Comité y felizmente se ha resuelto para satisfacción de todos los interesados. En vista de que nadie ha solicitado hablar sobre el tema, vamos a declarar que la Conferencia ha sido ilustrada e informada sobre el particular, que es todo lo que interesa en este punto. No habiendo más que tratar voy a solicitar al Comité Ejecutivo que se reúna a las 3:30 p.m., dado que hemos terminado tan rápidamente nuestros asuntos. Deseo recordarles que mañana a las nueve en punto de la mañana será el acto de clausura, que debe durar un máximo de una hora y que el Comité Ejecutivo podrá reunirse posteriormente para tratar cualquier asunto que quede pendiente de la reunión de esta tarde. Antes de cerrar la discusión doy la palabra a la Ministra de Salud de Nicaragua.

Lic. GUIDO (Nicaragua): Realmente no tengo ante mis ojos un texto que yo había redactado, pero que tiene el sentido de una resolución en la que se agradecen los ocho años de servicios del Dr. Acuña en la Organización Panamericana de la Salud, dado que está finalizando su dirección en dicho organismo. No tengo el texto ante mí porque lo dimos para que lo pasaran en limpio pero quería dejar planteada esa inquietud y quizá se pudiera incluir el asunto mañana, antes de la clausura de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Felicitamos a la Delegación de Nicaragua por dicha iniciativa, porque sentimos igualmente nuestro agradecimiento al Director. Dicha resolución será repartida mañana antes de la reunión para que todos tengan oportunidad de verla y será parte del orden del día del acto de clausura.

Dr. ACUÑA (Director): Hemos repartido a las delegaciones que tienen la facultad de designar representantes ante el Comité Ejecutivo el programa provisional de la reunión y yo los invito a que se reúnan a las 3:30 p.m. en la Sala B. Tengo la impresión de que el Comité Ejecutivo podría quizá desahogar la mayor parte de sus asuntos, si no es que todos,

esta tarde. Pero si no terminara esta tarde, podría continuar sus deliberaciones después de la clausura de la Conferencia para completar el orden del día propuesto.

The session rose at 3:00 p.m.
Se levanta la sesión a las 3:00 p.m.

THIRTEENTH PLENARY SESSION
DECIMOTERCERA SESION PLENARIA

President:
Presidente:

Dr. Gaspar García de Paredes

Panama

Wednesday, 29 September 1982, at 9:00 a.m.
Miércoles, 29 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTION PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DEL PROYECTO DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

Vote of Thanks to Dr. Héctor R. Acuña
Agradecimiento al Dr. Héctor R. Acuña

EL PRESIDENTE: Habiendo quórum, se abre la sesión y pido al Relator dé lectura al proyecto de resolución que tenemos pendiente.

EL RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Mindful that for the last eight years Dr. Héctor R. Acuña has devoted his best efforts to the post of Director of the PASB; and

Cognizant of the work done by Dr. Acuña on behalf of PAHO during his Directorship and considering that his term of office as Director of the PASB is about to expire,

RESOLVES:

To tender very special thanks to Dr. Héctor R. Acuña for his services to the Pan American Health Organization.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que durante ocho años el Dr. Héctor R. Acuña ha dedicado sus mejores esfuerzos al cargo de Director de la OSP, y

Reconociendo la labor realizada por el Dr. Acuña en pro de la OPS durante ese período y considerando que está próximo a expirar su mandato como Director de la OSP,

RESUELVE:

Agradecer, en forma muy especial, al Dr. Héctor R. Acuña los servicios prestados a la Organización Panamericana de la Salud.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

EL PRESIDENTE: Cualquier comentario general que alguna Delegación quiera hacer sobre el tema será bienvenido.

Dr. O'MARD (Antigua and Barbuda): It gives me considerable pleasure to second that resolution. It was Antigua's privilege to work closely with PAHO while we were under the umbrella of the British Government. During that period, we had the opportunity of coming

in contact with Dr. Acuña and we have found him, on all occasions, to be a man of integrity and profound political wisdom.

We are sorry that he has to go at this time, but we believe he will continue to be of use to the Organization. Permit me to say a few words regarding Antigua's impression of the Conference on the whole--you may have observed that I have been somewhat silent. The older I become, the more I realize that silence is a virtue and that we learn by listening.

I have listened to the deliberations of this Conference and have observed carefully the interplay of the various ideas that have been presented. My Delegation is grateful to all those Delegates who expressed a kind welcome to Antigua and Barbuda while they were presenting their four-year reports on health in their respective countries. We have listened with intense interest to the discussions on the several subjects and have noted with admiration the determination of our Organization to bring about social equity in the health field.

We have been very much impressed by the work of PAHO as indicated in the several reports. We observed from the one on medical research that a considerable amount of work is being done. We noted with pleasure the discussions which followed that report and we are pleased that attention will be given to the smaller territories and to the work being done in them.

I noticed particularly that the Conference has placed some emphasis on health education. Those of my colleagues from the Caribbean know that this is a pet subject of mine and I am happy to observe this emphasis. I must draw attention to the view we expressed in the address given on 20 September when Antigua and Barbuda was being formally inducted into PAHO.

We think that attainment of health for all is impossible unless the masses are educated to participate in health programs at various levels. Health education can do much in this respect. It is for PAHO to institutionalize the health education efforts in the English-speaking Caribbean so that it becomes a permanent part of the health systems of those countries. We believe that scientific investigation of the value of health education must lead to positive hypotheses. We are gratified to note also the emphasis that has been placed in this Conference on mental health, the care of the elderly, and primary health care, but above all, we are pleased to observe the sincerity and enthusiasm with which Members ensured that decisions were taken regarding assistance to the smaller and poorer territories that form part of PAHO's membership. We hope that the metropolitan countries will very soon set up machinery for dialogue between these smaller States and themselves with a view to such bilateral aid.

I thought I would make this slight digression while praising Dr. Acuña for the excellent work he has done during his stewardship. We are sorry he has to go at this time and hope that arrangements will be made for him to continue to exert an influence upon PAHO.

Dr. GUZMAN (Chile): Tan solo deseo expresar el agrado con que nuestra delegación ha apoyado la resolución aprobada. Gracias, señor Presidente.

Dr. RODRIGUEZ (Argentina): La Delegación de la Argentina expresa, por mi medio, su caluroso apoyo al proyecto presentado por la Delegación de Nicaragua. Durante largos años el Dr. Acuña ha conducido la Organización con acierto; el vínculo con nuestro país ha sido realmente efectivo y placentero. Inclusive, tenemos muchos motivos de agradecimiento para con el Dr. Acuña por su actuación en nuestro país. Por eso, nos adherimos calurosamente a esta resolución. Señor Presidente, muchas gracias.

Mr. MAYNARD (Dominica): Dominica wishes to associate itself with the resolution submitted by Nicaragua. Although we are a new Member of this Organization, Dr. Acuña is well-known to us in the Caribbean. I recall when I attended a meeting of the Health Ministers in St. Kitts for the first time, he also attended that meeting in his capacity as Director of the Pan American Sanitary Bureau, and although he was under considerable pressure by the politicians in the Caribbean on several issues, he was able to make a real impact on me. I consider Dr. Acuña to be a professional of the highest order. He is also a very capable administrator and even more impressive is his ability to reconcile various political views. I think this is where he has done a great deal because, in a forum like this where Delegates are apt to get a bit hot under the collar, he is able to pacify us and bring about a compromise.

We very much regret that he has to leave at this time. He has set a record for the Director-elect to follow and I am sure that he has made it a lot easier for the Director-elect.

I only wish, on behalf of the Delegation of Dominica, on behalf of my Minister, and on behalf of the Government of Dominica, to thank him for his services to PAHO and to hope that he will continue to provide knowledge, experience, and support, not only to PAHO and outside this Organization, but in whatever capacity he is called upon to serve. I am sure he will do this gladly.

Mr. BOYER (United States of America): It seems an appropriate time to recall to all the Delegates the leading role that PAHO holds among the various regions of the World Health Organization. I think we all remember the outstanding Plan of Action that has been developed by this Organization regarding health for all. We recall, and we have discussed seriously at this meeting, the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development, something that no other region of WHO has undertaken. PAHO has also held the leading role in many other specific subject areas in health. I think we have provided a challenge to the rest of the WHO system and set an example for the other regions and for other countries with the progress that we have made. Most of this has come about and been enhanced during the eight years of Dr. Acuña's term as Director here. For this reason, the Delegation of the United States of America is pleased to join in support of the proposed resolution.

Dr. BERRIOS (El Salvador): El Salvador, por medio de mi modesta Delegación, hace llegar al Dr. Acuña nuestra sincera y sentida felicitación por su extensa labor. Para nosotros, los salvadoreños, el Dr. Acuña merece algo más que una felicitación, un reconocimiento que corresponda realmente a la labor que él ha desempeñado. Tiene mucho mérito el sacrificar parte de su vida para dedicarla a un organismo de proyecciones tan eminentemente humanas como es la OPS. Pero también queremos hacer extensiva esta felicitación al honorable y distinguido personal que ha trabajado y colaborado con él y ¿por qué no? a su querida y apreciable familia que lo ha acompañado en su loable faena y gran labor. Para el Dr. Acuña, nuestro más sentido agradecimiento, y que sepa que en El Salvador tiene un país amigo que lo espera con los brazos abiertos en el momento que desee visitarnos. El Salvador se une efusivamente a la resolución que presentó la hermana República de Nicaragua. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. BOUSQUET (Saint Lucia): The Saint Lucia Delegation would like to associate itself with all the good things that have been said about Dr. Acuña. In doing so I wish to say, on behalf of the people and Government of Saint Lucia a very big thank you for all the services Dr. Acuña has rendered, not only to Saint Lucia, but to the whole Region. It is my wish and the wish of my Delegation that Dr. Acuña in one way or another be able to give his advice to PAHO in the years ahead. Let me wish Dr. Acuña at this time Godspeed and good luck.

Dr. BROYELLE (France): Nous avons pu travailler pendant de très longues années avec le Dr. Acuña avant même qu'il soit élu Directeur de l'OPS et nous avons toujours apprécié

sa clairvoyance et le caractère percutant de ses interventions. Nous sommes donc très heureux de joindre notre voix à celles qui ont appuyé la résolution. Nous espérons retrouver le Dr. Acuña dans d'autres lieux où ses qualités pourront servir de nouveau la santé et où il pourra conférer avec l'OMS, l'OPS et par conséquent avec nous mêmes. Nous lui souhaitons une heureuse nouvelle carrière.

Dr. DE RIGGS (Grenada): The Grenada Delegation is pleased to be associated with the various expressions of thanks voiced by the Member Countries. We fully recognize the valuable contribution made to the Organization by Dr. Acuña and we also like to remember that it was in Grenada in 1978 that he was elected for a second term of office, which gives us great pleasure indeed. We sincerely thank him for services rendered not only to Grenada but to the Caribbean region, and we wish him all the best in his future undertakings.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): I am delighted to support the resolution and take the opportunity to compliment Dr. Acuña highly. Having completed eight years of strenuous work in office, he ought to feel happy that he is returning to his home unimpaired in health and in fine shape. He has raised the level of administration in PAHO to such a great height that our Organization is a model for any administration in the world today. On behalf of the Government of Trinidad and Tobago and on my own behalf, I wish to express grateful thanks for the consideration and the generous treatment which he has accorded to all our representations. Whenever we found ourselves in difficulty, we always felt assured of support and interest from Dr. Acuña. He has been an indefatigable worker and has earned the esteem of all, so much so that this august Organization deemed it expedient to give him a second term of office. It would seem to me that these administrators raised (to use an American term) raised in Mexico are a very fine race of men--capable, hard working and fearless, yet amiable and courteous. Dr. Acuña has worked in the best traditions of Latin American administrators. I do not think he or we can afford the luxury of his early retirement or that he should lie fallow or go to seed. I think his talents could easily be utilized in some field in PAHO, and I hope there will be some avenue for his talents. We should also show some concern and appreciation for his wife who has supported him during these many years in office. Dr. Acuña's labors did not terminate at the end of the day when eight hours' work was completed. Very often he was seen mixing socially in the evenings in the various institutions in this very busy town. This must have taken up very much of his time but he retained the support of his wife during all those years. We wish to compliment her too and to wish them both many happy hours of retirement. Dr. Acuña, I feel very sad at your departure: leaving high office is like dying for a moment, but we know that your vast talents will attract attention somewhere either inside or outside PAHO. I wish you much success. I wish you long years of success and prosperity in all of your future endeavors.

M. CAREAU (Canada): Ma Délégation voudrait joindre sa voix à celles des autres orateurs qui ont exprimé leurs félicitations au Directeur sortant, le Dr. Acuña. Même si ma délégation n'a pas toujours au cours des années, partagé toutes les opinions du Dr. Acuña, c'est néanmoins dans l'harmonie et dans le respect mutuel que se sont déroulés nos échanges au cours de ces dernières années et nous garderons un souvenir "imperecedero", comme vous dites en espagnol, du Dr. Acuña, à qui nous souhaitons une brillante nouvelle carrière.

Dr. KEY (United Kingdom): On behalf of my own Government and the Governments of the countries of the Caribbean with which I am associated--and I would especially like to mention here the Governments of Bermuda, the Cayman Islands, the British Virgin Islands, Montserrat, St. Kitts-Nevis, the Turks and Caicos Islands, and Anguilla--I would like to join with other Delegations in thanking Dr. Acuña for all the work he has done on our behalf. My own Government has always found Dr. Acuña helpful and cooperative and we congratulate him on all his achievements and his work in this Region.

Dr. RAMIREZ (Cuba): La Delegación de Cuba desea expresar su apoyo a la resolución propuesta por la Delegación de Nicaragua así como al resto de los oradores que han intervenido anteriormente. Creemos que en esa resolución se hace un justo reconocimiento a los ocho años de trabajo realizado por el Dr. Acuña al frente de la OPS. En nombre de mi Delegación, queremos también desearle éxitos en sus próximas tareas. Muchas gracias.

Dr. BRATHWAITE (Barbados): The Delegation of Barbados would like to say "well done" to Dr. Acuña for a job well executed and congratulate him on his activity throughout his years of service. Much has been said about Dr. Acuña the administrator. Administrators can be made, but what I am most particularly interested in is Dr. Acuña the man. I first met Dr. Acuña in 1970, and I found him to be a very honest man, a man of integrity, and I have had no reason to change my opinion through the years. He has always been very helpful and very fatherly to all Barbadians and indeed to the Caribbean. Under his directorship, PAHO in Barbados has been strengthened and we in Barbados enjoy a very good working relationship with the Organization. Dr. Acuña has worked hard, he has visited us occasionally, and on every occasion has shown the same friendly and fatherly attitude. We appreciate all the work he has done for us and we look forward in the future to a continuing very happy relationship with PAHO. Dr. Acuña's successor has a very strenuous task, following in his footsteps. He has set a good precedent and we hope that PAHO continues to go from strength to strength under the new Director.

Dr. Acuña's interest in health is too profound for me to imagine that the Region will lose his services. I know that, whether he is working with an organization formally or otherwise, his interest and his experience will be available to all the areas, to all the countries in the Region. Dr. Acuña, the Delegation of Barbados thanks you very much for all you've done and we wish you and your family well in the future.

Sr. GIVOGRE (Uruguay): Hace solo un año que estamos al frente de la cartera de salud pública de nuestro país, pero en ese corto plazo hemos podido aquilatar la personalidad del Dr. Acuña, así como su gran capacidad puesta al servicio de la Organización. Por eso es que nos adherimos sinceramente al proyecto de resolución, y felicitamos al Dr. Acuña por la labor desarrollada a través de estos años en el cargo de Director de la OSP.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): On behalf of the Delegation of Jamaica I should like to add my quota of lauding, shall we say, about Dr. Acuña's activities for the period in which he has been associated with the Organization. I think I would not be overstating the case if I say that, in Jamaica, the name "Acuña" is synonymous with PAHO. We like to tell ourselves that we have been specially favored during his period of office here. Dr. Acuña, on behalf of the Delegation of Jamaica and the Jamaican people, we would like to thank you personally and to wish you well in your new undertakings; we know that leaving PAHO only means the beginning of a career elsewhere and not the diminishing in any way of those features of your character that have become so well known. So we wish you success and continued good health.

Dr. CORRALES (Honduras): Es importante reconocer que un cargo como el de Director de un organismo internacional es sumamente difícil de conducir. Creemos que al final de los ocho años de trabajo del Dr. Acuña, el balance ha sido positivo, por lo que en nombre del Gobierno de la República de Honduras, de su Presidente y del señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, queremos felicitar y agradecer al Dr. Acuña todo el apoyo que nos brindó en el desarrollo de los programas de salud en nuestro país. Muchas gracias.

Dr. GARCIA (República Dominicana): La Delegación Dominicana, por conducto nuestro, desea expresar su más entusiasta apoyo al proyecto de resolución planteado por la Ministra de Salud Pública de Nicaragua, Lic. Guido, en el sentido de dar un voto de agradecimiento al Dr. Acuña, por los ocho años de labores al frente de la Organización, que realmente han sido de servicios a nuestros países en cada una de las diferentes variables. La Delegación de la República Dominicana siente por el Dr. Acuña particular afecto, ya que aun

cuando nuestro país ha sido Miembro de la Organización durante muchos años, no fue sino hasta el período recién pasado que, con el impulso que el Dr. Acuña dió a la Organización, y el apoyo que ofreció a nuestro país, por primera vez hemos podido participar activamente como Miembro de la OPS. En nombre de mi Gobierno, y en nombre del Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Amiro Pérez Mera, quien tuvo a su cargo la presidencia de nuestra Delegación hasta el día domingo pasado, en el nuestro, y en el de todos los integrantes del sector salud de la República Dominicana, un agradecimiento muy particular al Dr. Acuña, a quien tuvimos la honra de tener como Representante en años anteriores y de quien tenemos el más grato de los recuerdos personales. La República Dominicana se siente muy honrada al adherirse a la propuesta de la Delegación de Nicaragua, y como bien reza un dicho popular, "honrar honra". Nosotros nos sentimos honrados honrando al Dr. Acuña por los magníficos servicios que ha prestado a la Organización y a todos nuestros países en general. Gracias, señor Presidente.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Em nome da Delegação do Brasil, eu desejo expressar o apoio mais reconhecido ao projeto de resolução que presta agradecimentos ao Dr. Héctor Acuña pelos seus oito anos de trabalho à frente desta Organização. O Dr. Acuña imprimiu na história da OPAS a marca de sua excepcional competência e de sua extraordinária dedicação. Seu trabalho valorizou a Organização e trouxe significativo progresso à política de saúde em nosso Continente. Por esses motivos, recebe Dr. Acuña, os melhores votos da Delegação do Brasil pela sua felicidade pessoal, agora que se está concluindo a sua missão de oito anos à frente da Organização Pan-Americana da Saúde.

Dr. BRANDARIZ (Panamá): La Delegación de Panamá quiere unirse a las manifestaciones de reconocimiento para con el Dr. Acuña por los largos años de labores y sacrificio que ha dedicado al servicio de la salud de los pueblos americanos. Creemos realmente que la experiencia y logros del Dr. Acuña deben continuar en pro de la Organización y todos nuestros pueblos. Por lo tanto, apoyamos en toda su extensión la propuesta presentada por Nicaragua.

Sr. SITAL (Suriname): La Delegación de Suriname también quiere expresar su firme apoyo a la resolución aprobada, y agradecer al Dr. Acuña su ardua labor, como Director de la OPS, durante los pasados ocho años. La OPS es más que reconocida en nuestro país por todos los proyectos en cuyo desarrollo nos ha ayudado, y no olvidaremos el apoyo del Dr. Acuña en su trabajo en pro de la salud de Suriname y de todo el Hemisferio. Gracias.

Dr. JARAMILLO (Costa Rica): Costa Rica se une a Nicaragua para agradecer al Dr. Acuña los años de esfuerzo y dedicación que ha dado a la América Latina y al resto de las Américas en cuanto a la protección y ayuda para el mantenimiento de la salud. Nuestra Delegación quiso más que una felicitación, pues consideramos que era más lo que merecía el Dr. Acuña. Sin embargo, el tiempo se encargará de colocarlo en el lugar que le corresponde en la medicina de América. Muchas gracias.

Mr. EVERS (Kingdom of the Netherlands): I would also like to thank Dr. Acuña for the work he has done and wish him well for the future.

El PRESIDENTE: En estos momentos la Presidencia también quiere expresar su agradecimiento al Dr. Acuña, por su valiosa ayuda a todos los integrantes de la Mesa Directiva en la conducción de esta Conferencia. Nada más tengo mes y medio de conocerlo, y considero que su vasta experiencia, su caballerosidad, y la gran eficiencia con que conduce su trabajo, lo distinguen enormemente. Creo que la Organización ha tenido mucha suerte en tenerlo en la dirección por los últimos ocho años.

Dr. CASTAÑEDA (Guatemala): Por un cambio de Gobierno en mi país, fui nombrado en el cargo de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social a partir del 23 de marzo del presente año, es decir hace seis meses. El conocimiento personal que tengo del Dr. Acuña es muy poco, pero he podido observar que tiene condiciones personales de capacidad y dina-

mismo. Por lo tanto, Guatemala apoya la resolución en que se patentiza nuestro agradecimiento al Dr. Héctor R. Acuña. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. PISANI (Observer for the World Federation of Proprietary Medicine Manufacturers): I trust I am not violating all the procedures of this august Assembly; I couldn't resist the opportunity to express our thanks publicly, as a Non-governmental Organization Observer, to Dr. Acuña for the many courtesies that he has extended to us. I have had the privilege of attending these assemblies--the Pan American Sanitary Conference, the Directing Council, and each of the Executive Committee Meetings--for the past five or six of Dr. Acuña's eight years in office. I have always been much impressed with his managerial ability, which I think is reflected in the very capable staff with whom he is surrounded. The output of this Organization is just tremendous.

Dr. CHIN (Guyana): I think that I would be remiss if, on behalf of the Government of Guyana, and particularly of my Minister of Health, Environment, and Water Supply, I did not support the resolution which has been presented by the Delegation of Nicaragua. We have particular reason to be extremely grateful to Dr. Acuña for the interest and the help which he has given us in Guyana. We know all the good work which he has done for PAHO and we would like to extend to him and his family our very best wishes for their future.

Lic. LARREA (Ecuador): La Delegación del Ecuador se suma complacida a las mejores expresiones vertidas en esta sala en torno a la persona del Dr. Acuña. Quiere dejar expreso su deseo de la mejor ventura para él, para su familia y para su profesión en el futuro.

Dr. ARCOVERDE (Brasil): Eu já tive a oportunidade de expressar o apoio da Delegação do Brasil ao projeto de resolução que estamos examinando e proporia agora como reconhecimento ao Dr. Acuña um aplauso a ele nesta oportunidade.

Applause.
Aplausos.

The session rose at 10:00 a.m.
Se levanta la sesión a las 10:00 a.m.

CLOSING SESSION
SESION DE CLAUSURA

Wednesday, 29 September 1982, at 10:00 a.m.
Miércoles, 29 de septiembre de 1982, a las 10:00 a.m.

President: Dr. Gaspar García de Paredes Panama
Presidente:

El PRESIDENTE: Declaro abierta la sesión y pido al Relator que dé lectura al Informe Final.

READING, APPROVAL, AND SIGNING OF THE FINAL REPORT
LECTURA, APROBACION Y FIRMA DEL INFORME FINAL

El RELATOR: Voy a dar lectura al Informe Final de la Conferencia.

The Rapporteur read the preamble, the titles of the 33 resolutions, and the signature page of the Final Report of the Conference.
El Relator lee el preámbulo, los títulos de las 33 resoluciones y la página de firmas del Informe Final de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Si no hay ningún comentario sobre el Informe Final se dará por aprobado.

The Final Report was then signed by Dr. Gaspar García de Paredes, President of the XXI Pan American Sanitary Conference, and by Dr. Héctor R. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau, Secretary ex officio of the Conference.
Seguidamente firman el Informe Final el Dr. Gaspar García de Paredes, Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario ex officio de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Otorgo la palabra al Dr. Acuña.

El Dr. ACUÑA (Director): Señores Ministros, señores Delegados, observadores, estimados amigos, compañeros de trabajo. Como Director saliente quisiera dirigirles unas breves palabras en relación con mi experiencia como Director de la OSP. Creo que estoy en una posición muy especial, en la cual no me anima ningún interés personal, sino únicamente el interés muy especial que tengo por la OPS. No abrigo tampoco ninguna amargura por algunos incidentes que no tienen mayor importancia.

Me abriga, sí, un profundo sentimiento de amistad, de lealtad y de agradecimiento para los Gobiernos aquí representados. No sería justo decir que quiero igual a todos los Gobiernos; hay algunos que han sido especialmente considerados por muchas razones: porque son más débiles los países, porque son más pequeños, porque están más necesitados, quizá esas sean las razones que me impulsan a ver con más simpatía a esos países, o también con admiración a otros por la gran calidad de sus técnicos, o por los grandes avances que han hecho en beneficio de la salud de sus pueblos. Algunos han sido especialmente considerados por mí en vista del valor de sus dirigentes, la estatura de sus Ministros y la amistad que mutuamente hemos establecido. De aquí, que haya distintos grados de mi estimación personal para algunos países. Eso podrá haber hecho pensar a alguno que el Director de la OSP, que había sido nombrado por los Cuerpos Directivos, era parcial.

Pero yo quiero dejar claramente establecido que para el Director no ha existido, y yo espero que no exista, país favorito. Todos son Países Miembros de la Organización y

todos tienen el mismo derecho, así como las mismas obligaciones. Son todos ellos los socios y los dueños de esta Organización, con los mismos derechos para recibir la cooperación técnica de esta.

Hemos hecho esfuerzos para dejar de lado los intereses personales, el favoritismo que pudiera pensarse que existe en la persona del Director. Podría decir que he pecado de no dar a mi país, México, quizá más de lo que me hubiera gustado darle y que también necesita, precisamente por aquel prurito de no ser criticado de que como Director he favorecido a mi país. Creo que en realidad es al país que le he dado menos en relación con otros.

También quisiera reconocer en la forma más ecuaníme posible, a pesar de la mea culpa de la cual aquí me hago partícipe con ustedes, que todos los Gobiernos Miembros, además de haber recibido la colaboración y cooperación de esta Organización, han aportado su colaboración a la OPS para que esta siga creciendo y siga proporcionando a los Países Miembros los beneficios de la cooperación técnica. Ningún país ha rehusado nunca a colaborar con la Organización, por lo que deseo expresar mi agradecimiento a todos los Gobiernos Miembros por la colaboración que le han prestado a la Organización.

Como algunos recordarán, cuando hace ocho años fui elegido por primera vez, no por mis méritos personales sino por el reconocimiento que se hacía a mi país en mi persona, hice mención del interés que tenía el Gobierno de México y yo, personalmente, en que los Países Miembros tuvieran una participación más activa en los asuntos de la Organización y me cabe el gran placer de reconocer ahora la colaboración que en efecto ha recibido la Organización de los Gobiernos y la participación activa de estos en las reuniones de los Cuerpos Directivos. Desearía pedirles, en ese sentido, que de ser posible tal participación sea cada vez más activa y más intensa.

El sistema AMPES, diseñado por la Secretaría de la OPS y que ha servido de modelo a otras regiones de la OMS, permite establecer un diálogo entre los representantes de la Organización y los Gobiernos con objeto de actualizar las necesidades de cooperación técnica de los países. Este proceso, que ya lleva algunos años, ha ido mejorando cada vez más y es una buena prueba de la participación activa de los Gobiernos, aunque hay muchos otros hechos que la demuestran de otros modos.

El Comité Ejecutivo ha ampliado su acción y ha creado algunos subcomités, como el de Planificación y Programación a Largo Plazo. Y eso me parece que es una de las expresiones más genuinas de la participación de los Gobiernos en los asuntos de la Organización. De manera que me siento muy satisfecho por este interés de los Gobiernos en su Organización y quiero agradecer públicamente a todos y cada uno de los Gobiernos que han participado en esa forma tan directa en los asuntos de la OPS.

Eso es lo que ha permitido hacer una evaluación del Plan Decenal de Salud 1971-1980, elaborar estrategias y presentarlas a la Conferencia de Alma-Ata, donde la participación más sobresaliente fue sin duda la de la Región de las Américas. También ha permitido que nuestros Cuerpos Directivos hayan elaborado, como parte de un proceso iniciado en los propios países, el Plan de Acción Regional, documento también que ha servido a muchos otros organismos, como ha señalado el Delegado de los Estados Unidos de América, e inclusive a la OMS.

Considero que todo esto le da a mis años en la Organización un carácter muy especial, pues me he sentido altamente gratificado por la participación tan extraordinaria de los Gobiernos Miembros en actividades que seguramente han de redundar en su beneficio.

Estoy convencido de que la salud para todos en el año 2000 no es una utopía, no es un lema, ni debe serlo; es un objetivo el cual estoy seguro que, a pesar de los pronósticos sobre la economía y el desarrollo de los países, será posible alcanzar en esta Región.

Quisiera mencionar asimismo algunas cosas que a mi modo de ver no han dado resultados satisfactorios o tienen un futuro quizás no muy claro. Por ejemplo, deseo destacar que la Organización y sus foros, y el Director en lo personal, han hecho todos los esfuerzos para que en las reuniones no se debatan cuestiones de orden político. Hay otros foros de mayor alcance que este en donde los Gobiernos Miembros tienen la posibilidad de debatir cuestiones de orden político. Así es que esta es otra importante súplica que les hago a los distinguidos Ministros y Delegados y a sus Gobiernos: que esta Organización se mantenga al margen de esos asuntos y sus aspectos políticos. Pero no quiero que se interprete que considero lo político como algo peyorativo. Por el contrario, creo y reconozco que los foros políticos tienen una importancia capital para el desarrollo de los países de las Américas. Sin embargo, la OPS por su Constitución y por decisión de sus Gobiernos es un foro en donde deben ser tratados únicamente aquellos asuntos que afectan a la salud, y así me gustaría verlo reconocido, puesto que uno de mis mayores empeños ha sido el de mantener los asuntos políticos fuera de este foro.

Quisiera también recordar que en esta misma Conferencia Sanitaria Panamericana y durante los últimos años en nuestros Cuerpos Directivos, al establecer y definir estrategias, así como la forma en que estas deben ponerse en práctica, se ha traído a colación un asunto que antes no se discutía en la OPS: el aspecto del financiamiento. En los últimos años hemos reconocido que había que modificar la cooperación técnica que antiguamente prestaba la Organización a través del consultor que analizaba con el personal nacional un problema determinado y en forma paternalista le decía "de ahora en adelante usted debe hacer esto si es que tiene los recursos necesarios y en caso contrario ya verá como lo resuelve". La función de la Oficina Sanitaria Panamericana hace tiempo ha cambiado, y también ha cambiado el papel que representaba el consultor. Hay que reconocer que este cambio trascendental, que parece simple, ha tenido profundas repercusiones. El consultor se siente ahora parte integrante del problema que viven los funcionarios nacionales y junto con ellos la cooperación técnica de la Organización tiene que encontrar el camino para resolver los problemas, incluso los financieros. De aquí que en los últimos años se han iniciado gestiones tendientes a buscar fuentes de financiamiento ajenas al presupuesto ordinario de la OPS y de la OMS y algo se ha adelantado a este respecto.

Entre otras cosas, se han analizado también, aunque sea en forma preliminar, las posibilidades reales de que la salud para todos en el año 2000 pueda alcanzarse. Hay algunos factores poco alentadores, pero hay otros que nos hacen pensar que la mayoría de los Gobiernos tendrán la posibilidad de alcanzar el objetivo. En los últimos 15 años, los Gobiernos de las Américas han dedicado un promedio del 5% del producto nacional bruto a actividades de salud. Hay países que gastan mucho más que esto pero hay algunos que gastan menos del 5% en programas de salud. A pesar de algunos aspectos pesimistas respecto al desarrollo de América Latina y el Caribe para los próximos decenios, si los países dedican por lo menos el 4% de su producto nacional bruto al sector salud, estoy convencido de que van a alcanzar los objetivos si introducen ciertas modificaciones en su forma de trabajo, tal como se señala en el Plan de Acción y en las Estrategias. Habrá que ser más eficientes, más productivos, habrá que reconocer las acciones que llevan a cabo otros sectores que afectan directamente a la salud en forma positiva o negativa, y seguramente con estos enfoques ningún país dejará de alcanzar la meta.

Hay algunos países pequeños que debido a la imposibilidad de desarrollar toda su estructura y su economía, en general tendrán que recibir una ayuda importante del exterior para alcanzar las metas. De aquí que vuelva a reiterar la necesidad de que aquellos Gobiernos que tienen más recursos y que aportan más a la OPS reconozcan que la solidaridad es la base de esta Organización y que en ese proceso, el que da más tendrá que recibir menos para que los que aportan menos, porque tienen menos también, puedan recibir un poco más. Si se encuentra una mejor fórmula para hacer una distribución apropiada de los recursos de la Organización, seguramente también esto será una manera en que la Organización pueda cumplir mejor sus objetivos.

Para terminar voy a referirme al personal de la Organización, pues estoy seguro que el valor más grande de esta Organización reside en sus funcionarios, tanto los profesionales como los de servicios generales, y aquí es donde debe ser reconocido. Tenemos funcionarios extraordinariamente capaces, que han venido con sus títulos y la preparación debida, y con una experiencia en muchos casos de varios años antes de entrar al servicio de la Organización. Cuando yo llegué hace ocho años ese era el panorama. La OPS estaba formada por funcionarios extraordinariamente capaces, pero cada uno estaba acostumbrado a hacer las cosas en forma vertical, cada uno se manejaba directamente en el Continente, y era él quien decidía qué países deberían de recibir el beneficio de su experiencia y sus conocimientos, y muchas veces, hay que reconocerlo, estaba basado este interés más que todo en las facilidades de comunicación, y en el hecho de que algunos de los funcionarios habían establecido ya nexos con algunos colegas en determinado país. El resultado era que los países más necesitados con poca frecuencia recibían el beneficio de la cooperación técnica. Nosotros hemos hecho un esfuerzo en estos últimos años para cambiar este panorama. Las 14 divisiones que había en la Sede se han reducido prácticamente a cuatro. Lo que hemos introducido en la Sede y en el campo en materia de organización es el concepto que ustedes han escuchado presentar en forma elocuente y brillante al Profesor Motta en las Discusiones Técnicas recién celebradas. Hemos tratado de manejar el recurso más valioso de que se dispone en una forma más eficiente. En este proceso es posible que se haya afectado la sensibilidad de algunos funcionarios que estaban acostumbrados a actuar en forma independiente.

Pero creo que al mismo tiempo los hemos hecho más eficientes, más productivos, aunque quizá menos sobresalientes en su campo específico. Y esto naturalmente ha creado malestar en algunos, aunque tengo la convicción de que la mayoría reconoce que la Organización ha sido más productiva.

En el bienio pasado hemos suprimido 123 puestos y a pesar de ello no se puede decir que los Gobiernos han recibido menos cooperación, más bien la productividad se ha incrementado.

Quizá estas observaciones podrían ser consideradas por algunos como subjetivas, pero el hecho es que todos los funcionarios de una u otra forma han participado y participan en la elaboración de los programas y en su instrumentación, por lo que todos podemos decir que hemos participado no solo en la elaboración de las estrategias, y en el Plan de Acción, sino en la elaboración de los programas, en forma no ya individualista. No se trata ahora, por ejemplo, del programa de salud dental que realizaba el consultor dental regional y lo desarrollaba a su buen criterio, sino del programa que elabora la Organización con todos sus técnicos y con el aporte de todas las disciplinas. Eso, para mí, es lo importante, y es el indicio claro de la mayor eficiencia y productividad a un costo menor.

Hay que reconocer que la mayoría de los miembros del personal de la Organización ha reconocido que su función es servir mejor a los Países Miembros y que se sirve mejor cuando los enfoques son de este tipo, y deseo agradecerles lo que esto ha significado, sobre todo para servir mejor.

Por último quiero mencionar un asunto que ha sido un problema de la Organización en mis ocho años, más bien en los últimos siete, ya que el primer año fue una especie de luna de miel con nuestras Asociaciones de Personal. El primer año, cuando quisimos enmendar algunas de las cosas que encontramos que no habían sido tratadas por nuestro antecesor con plena justicia, llegamos a un momento en el que tuvimos que reconocer que la función del Director es servir primero a los Gobiernos y no al personal. Nos encontramos con alguna oposición, por supuesto, oposición que yo preveo que mi distinguido sucesor va a encontrar después del primer año que, como en el caso mío, va a ser de luna de miel. Yo preveo que posteriormente, al aplicar las disposiciones reglamentarias siempre habrá alguien que se considerará afectado, pero espero que la experiencia que nosotros hemos tenido podrá ser utilizada por mi distinguido sucesor.

En términos generales, quisiera mencionar--aunque no se trata de hacer una enumeración de lo hecho por mi administración en los últimos ocho años--que cuando yo asumí el cargo de Director, la Asociación de Personal ni era conocida fuera de Washington ni tenía una función que fuera visible. Yo pensé que era necesario darle a la Asociación de Personal el lugar que se merece, como representante legítimo del personal. Por lo que tuve a bien darle un subsidio, un local, una secretaria, comunicaciones de la Organización, con cierta medida, desde luego, y vi la posibilidad de establecer un sistema por medio del cual las Asociaciones de Personal puedan ser escuchadas por los Cuerpos Directivos. Dos a tres años después de que tomé posesión, las Asociaciones de Personal se hicieron escuchar en el Comité Ejecutivo. No estoy tratando de justificar lo que yo he hecho, pues ustedes han sido ya los jueces de esto y seguirán siéndolo a medida que conozcan más. Lo que estoy tratando es de mencionar lo que nosotros hemos intentado hacer. Si hemos tenido éxito, nos sentimos muy satisfechos, si hemos fallado en nuestros objetivos, en nuestros propósitos, lo sentimos mucho.

Ustedes han elegido a un nuevo Director que encontrará la forma en que estos objetivos y estos propósitos, que son los de los Gobiernos Miembros, puedan llevarse a la práctica. Lo que sí les quiero asegurar es que yo he tratado de interpretar de la mejor manera posible las instrucciones y las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS. Lo hemos hecho honestamente, con verdad y con justicia. En el proceso, lógicamente, hemos antagonizado a algunos, inclusive a algunos delegados aquí presentes. De veras lo sentimos porque son también objeto de nuestra mayor consideración y respeto y sentiría retirarme como Director y que alguno de ustedes se vaya con una idea de enemistad, cuando lo único que ha fluído de nuestras acciones ha sido amistad, respeto y sinceridad.

Por último, con la venia de ustedes y suplicándoles que me perdonen el que me haya extendido tanto, quisiera hacer mención especial de mis más inmediatos colaboradores y la colaboración de todo el personal de la Oficina, sin cuyo apoyo no hubiera podido desempeñar mis funciones. Quiero señalar que el reconocimiento que ustedes me han otorgado por ese voto de gracias que han puesto en una resolución yo lo considero ser para el personal, no para mí. Ustedes no tienen nada que agradecerme a mí; soy yo el que estoy agradecido por el honor que ustedes me hicieron de elegirme para servir a sus Gobiernos y a la causa de la salud en las Américas. A quien deben ustedes expresar agradecimiento es a funcionarios como Paul Ehrlich, como Eusebio del Cid, como William Muldoon, como Jorge Litvak, como José Roberto Ferreira, como Patricia Peterson, como Susan Connor y Luis Carlos Ochoa, como Rodrigo Barahona, como Jim Milam, como Henry Cooney. También debería mencionar por lo menos a los Jefes de División, como la Dra. Sumedha Khanna, el Dr. Vicente Witt, el Dr. José M. Salazar Bucheli y el Dr. Mário Fernandes y a tantos Representantes en los Países, en las Áreas, Directores de Centros que han servido tan leal y tan entusiastamente a la causa de la salud en las Américas. En nombre de ellos es que yo les doy las gracias por la resolución aprobada.

El PRESIDENTE: Señores de la Mesa Directiva, señores Delegados, al terminar esta faena de diez días de trabajo productivo nos debemos sentir muy satisfechos de los resultados de nuestras labores. Ha sido semana y media de reflexión y discusión sobre los problemas de salud del Hemisferio y sobre las proyecciones futuras de la OPS.

No puedo evitar la tentación de hacer algunas observaciones sobre el desarrollo de esta Conferencia y me permito hacer algunas sugerencias que creo pueden ser de interés para la planificación de las futuras Conferencias.

Estimo de gran importancia conocer la situación de avance en materia de salud de cada uno de los países. Los problemas de nuestros pueblos tienen orígenes comunes y la experiencia acumulada en la solución de los mismos nos debe servir de ejemplo. Estoy seguro que la Conferencia será de gran utilidad en la programación y ejecución de nuestros programas de salud.

Considero, pues, que sí es útil que conozcamos los problemas sanitarios de todos los Gobiernos Miembros. Pero ¿cumple verdaderamente algún propósito que cada uno de los 37 Miembros presente un informe, aunque breve, al pleno? ¡Creo que no! Día y medio valioso de nuestro tiempo se dedicó a escuchar los informes de los Gobiernos y estoy seguro que pocos delegados recuerdan en estos momentos el contenido de los mismos.

De allí que consideramos de suma importancia sugerir la elaboración de una nueva metodología que nos permita recoger dicha información de tal forma que pueda ser analizada y utilizada por los Cuerpos Directivos de la OPS y por cada uno de los Países Miembros. La actual forma de presentación durante la Conferencia del informe sobre los logros obtenidos en los últimos cuatro años por cada uno de los Países Miembros de la Organización no cumple ningún propósito útil. A lo mejor se pudiese eliminar este tema del programa y solicitar a la Secretaría que prepare un documento utilizando para su elaboración una guía metodológica de recolección de la información. Nos parecería que hay un consenso de los delegados ante la Conferencia que nos permite sugerir al Comité Ejecutivo que medite sobre este asunto y recomiende al Consejo Directivo modificar la Resolución XV de la III Reunión del Consejo Directivo.

Para muchos países resulta sumamente costoso mantener una delegación en Washington por diez días. Considero que los asuntos realmente importantes que tiene que tratar esta Conferencia se pueden resolver en cinco días de trabajo.

Las Discusiones Técnicas que se llevaron a cabo el viernes 24 y sábado 25 pasados podrían programarse para el viernes y sábado antes de la Conferencia o el lunes y martes después, y no en el medio de ella.

Quiero agradecerles la paciencia con que han tolerado mi dirección de los debates. Me siento muy honrado y distinguido por ustedes al haberme elegido por aclamación al cargo de Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. En nombre de mi Gobierno, les doy las gracias por esta muestra de simpatía hacia nuestro país.

No quiero dejar esta tribuna sin antes hacer público reconocimiento y agradecimiento a las personas que me ayudaron a conducir esta Conferencia; al Director de la OSP, Dr. Héctor R. Acuña; al Director Adjunto, Dr. S. Paul Ehrlich, Jr.; al Subdirector, Dr. Eusebio del Cid Peralta, quien actuó como Secretario; al Dr. Alfredo N. Bica, quien hizo con tanta eficiencia y dedicación el trabajo de Relator, y al Dr. José Manuel Borgño, Presidente del Comité Ejecutivo.

También son merecedores de mi agradecimientos los Vicepresidentes de la Conferencia, el Dr. Neville Connell y el Dr. Juan Franco Ponce, así como el Vicepresidente pro tempore, Dr. Fernando Berríos Escobar, quienes en determinado momento presidieron algunas de las sesiones.

Muy en especial quiero destacar la labor del Sr. Carlos L. García, Jefe de Servicios de Secretaría, y agradecer su colaboración, sin la cual no hubiera podido ejercer la presidencia de esta Conferencia.

También quiero agradecer al Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS, por su participación activa e interés en nuestros asuntos. Sus intervenciones y orientaciones sin duda fueron muy apreciadas por todos.

Deseo expresar, en nombre de mi Gobierno y en el mío personal, nuestras felicitaciones al Director electo de la OSP, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, a quien auguramos éxitos en el cumplimiento de su misión y nos comprometemos a poner todo nuestro empeño en colaborar con él para alcanzar nuestra meta común de salud para todos en el año 2000.

Una vez más la OPS ha dado un ejemplo al mundo de cómo los pueblos de diversas razas, idiomas, costumbres e ideologías pueden cooperar y colaborar para el bien de la

humanidad. ¡Que nuestras únicas guerras sean contra el hambre, la ignorancia, la pobreza y la enfermedad!

M. CAREAU (Canada): Ce matin, la Conférence a dit au revoir au Dr. Acuña, sortant Directeur de l'OPS; la tradition veut cependant qu'avant de prendre congé, nous exprimions publiquement au Président, au Vice-Président, au Rapporteur de la Conférence notre estime et notre reconnaissance pour la façon dont ils ont mené la Conférence à bonne fin. Mes paroles ce matin, M. le Président, veulent aller beaucoup plus loin que la tradition et exprimer une opinion qui, je suis sûr, est partagée par mes collègues ici présents; je veux en effet vous féliciter de la grande maîtrise avec laquelle, M. le Président, vous avez dirigé les débats de cette Conférence. Vous avez su prévoir les écueils et les éviter; vous avez su nous sortir de difficultés auxquelles nous aurions pu être confrontés; vous avez été un grand Président; acceptez Monsieur, nos plus sincères félicitations et nos remerciements.

Merci aussi au Vice-Président, au deux Vice-Présidents en titre et au Vice-Président pro tempore, qui ont su vous seconder avec beaucoup de style; leur travail ardu et quotidien a largement contribué aussi au succès de cette Conférence.

Mes félicitations particulières vont aussi à M. le Rapporteur, que je félicite d'avoir su préparer des projets de résolution de grande qualité qui ont d'ailleurs reçu l'appui de tous. Merci également au Représentant du Comité exécutif ainsi qu'à ses collègues qui l'ont très bien appuyé. Félicitations aussi au personnel du Secrétariat, au Directeur, au Directeur-adjoint, au Chef des Conférences, à ces gentilles dames qui ont assuré le service dans la salle et en dehors de la salle de conférence, à ceux qui se sont occupés des arrangements pour notre voyage et de répondre au téléphone pour nous, et enfin merci à tous les interprètes, qui sont les grands magiciens du langage et qui peuvent interpréter dans toutes les langues de l'Organisation ce que souvent, nous avons de la difficulté à dire dans une langue. Encore une fois, M. le Président, merci et bon voyage de retour.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago): I wish to associate myself with the very warm sentiments expressed by the Delegate of Canada. His remarks were heartfelt and very appropriate.

El PRESIDENTE: Declaro clausurada la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana.

The session rose at 10:30 a.m.
Se levanta la sesión a las 10:30 a.m.

PRECIS MINUTES OF COMMITTEE A
ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION A

COMMITTEE A
COMISION A

FIRST SESSION
PRIMERA SESION

Tuesday, 21 September 1982, at 9:00 a.m.
Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguín

Argentina

El PRESIDENTE da la bienvenida a los participantes y anuncia que se procederá a la elección del Vicepresidente y del Relator, en cumplimiento del Art. 31 del Reglamento Interno de la Conferencia.

ELECTION OF THE VICE-CHAIRMAN AND THE RAPPORTEUR
ELECCION DEL VICEPRESIDENTE Y EL RELATOR

El Dr. CORRALES (Honduras) propone como Vicepresidente al Subsecretario de Salud Pública de la República Dominicana, Dr. García Ramírez.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago) supported the nomination.

Decision: Dr. José D. García Ramírez (Dominican Republic) was unanimously elected Vice-Chairman.

Decisión: El Dr. José D. García Ramírez (República Dominicana) es elegido Vice-presidente por unanimidad.

El Dr. TERCERO-TALavera (Nicaragua) propone como Relator al Sr. Inglis (Canadá).

Mr. INGLIS (Canada) said that he was unfortunately unable to accept the office; he nominated Dr. Harney (Barbados).

El Dr. CORRALES (Honduras) apoya la nominación de la Dra. Harney, de Barbados, como Relatora.

Mr. McINTYRE (Trinidad and Tobago) also supported the nomination.

Le Dr. JOSEPH (Haïti) appuie la candidature de la Barbade.

Decision: Dr. Jean Lenore Harney (Barbados) was unanimously elected Rapporteur.

Decisión: La Dra. Jean Lenore Harney (Barbados) es elegida Relatora por unanimidad.

Dr. HARNEY (Barbados) expressed appreciation on her election as Rapporteur.

ITEM 13: PLAN OF ACTION FOR THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000: a) PROGRESS REPORT; b) FINANCIAL AND BUDGETARY IMPLICATIONS

TEMA 13: PLAN DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: a) INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS; b) IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS

El PRESIDENTE sugiere que la Comisión examine la parte a) del Plan de Acción (Documento CSP21/26 y ADD. I).

El Dr. GONZALEZ CARRIZO (Comité Ejecutivo) presenta el informe sobre la parte a) del tema 13. Se refiere en primer lugar a las estructuras y operaciones a la luz del Plan

de Acción e indica que al mismo tiempo que los Gobiernos Miembros de la OPS han establecido, examinado y aprobado el Plan Regional de Acción, se han tomado medidas para adaptar la OPS a las empresas que se proponen. Agrega que desde que la XXVII Reunión del Consejo Directivo (1980) aprobó las estrategias regionales se ha insistido en la adopción de un método interdisciplinario, interdivisional y "horizontal" para la cooperación técnica de la OPS.

Luego se refiere a los nuevos proyectos interpaíses, que abarcan seis áreas de cooperación técnica: fomento y protección de la salud de grupos humanos especiales (mujeres, niños, trabajadores, personas de edad e impedidos); organización y participación de la comunidad; desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud; aumento de la capacidad de operación de los sistemas de salud; establecimiento de vínculos intersectoriales, y desarrollo de tecnología apropiada.

Como parte de esos proyectos se han organizado seminarios-talleres multidisciplinarios de alto nivel. Se celebraron ya siete de los 10 talleres proyectados, con la asistencia de 120 participantes de 36 países. Los tres seminarios restantes se celebrarán en octubre, noviembre y diciembre del corriente año.

Los talleres se han orientado hacia la optimización de los recursos mediante la coordinación entre países. También se ha promovido y explicado el Plan de Acción a otros organismos del sistema internacional, y se ha procurado obtener su apoyo para el Plan.

The SECRETARY, rounding off the report submitted by the representative of the Executive Committee, said that seven out of the 10 seminar-workshops had been completed, and that it was the intention, as sufficient numbers of nationals and PAHO staff became knowledgeable concerning the Plan of Action, to promote appropriate types of activities in each country to support its implementation. National seminars on health for all had already been planned in Jamaica and the Bahamas, with partial support from the six projects mentioned. In addition, the Government of Nicaragua and PAHO would undertake a study supporting intersectoral cooperation in Nicaragua and it was hoped that the study would help to develop methodologies for intersectoral cooperation in the planning, execution, and evaluation of the Plan of Action.

Some modest changes had been made within the Secretariat in order to strengthen PAHO's ability to provide effective technical cooperation in implementing the Plan of Action. For instance, greater emphasis had been placed on comprehensive horizontal and interdisciplinary approaches to technical cooperation. A so-called vertical program was now used as a vehicle to help develop and strengthen primary health care. Furthermore, it was proposed that the program budget be restructured so as to conform to the WHO structure for the Seventh General Program of Work and the Plan of Action, as well as to the tentative allocations of resources for the 1984-1985 biennium. The Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee, and the Committee itself, had discussed those issues at the 88th Meeting, and they would be considered under a separate agenda item.

Within the Bureau itself, efforts were being made to strengthen PAHO's ability to monitor and evaluate technical cooperation activities effectively by improving procedures, and to provide the Secretariat with ways and means of fulfilling PAHO's role in the regional monitoring and evaluation of the Plan of Action.

Mr. INGLIS (Canada) welcomed the horizontal approach adopted regarding the provision of technical assistance to Member Countries and would be commenting on it under agenda item 14.

With regard to the new intercountry projects, he considered that the study under AMRO-1800, Promotion and Protection of the Health of Special Human Groups, should be limited to establishing a short list of priority needs for women and children, workers,

the elderly, and the handicapped with respect to those areas where health sectors of Member Countries could either provide relief, develop legislation or influence change. That alone could prove a very long list.

With regard to Organization and Participation of the Community for its well-being (AMRO-4600), he pointed out that no amount of education to stimulate more active community participation in health matters could lead to improvement unless the requisite structures were in place. Endeavors were being made in his own country to encourage community participation in hospital boards, lay advisory boards, and regional health councils and to make the fullest use of public meetings and the news media to raise community awareness.

He congratulated the Secretariat on the excellent work being done in seminar-workshops in connection with the Development of the Primary Health Care Strategy (AMRO-5600) and suggested that some sort of consensus report should be prepared at the conclusion of that activity. He supported the holding of country seminars as an appropriate follow-up.

With regard to the Increase of the Operational Capacity in Health Systems (AMRO-7500), his Delegation fully supported the thrust toward the reorganization of the health sector in countries where such a radical course was indicated. He assumed that PAHO's involvement in that area was in response to requests from Member Governments.

The Canadian Delegation was concerned by the apparent lack of involvement of ministries of health in the areas of financial planning, budgeting, and control of health care management, which inhibited their ability to administer programs and involved the risk of health priorities being established on grounds other than need or epidemiological evidence. That comment was equally applicable to PAHO's decision to cooperate in devising approaches and methodologies for the Development of the Intersectoral Articulation (AMRO-7800). He would be interested to know what type of manpower training was envisaged for intersectoral linkages.

With regard to Development of Appropriate Technology (AMRO-8800), he felt that clarification was called for with respect to the reference to a systematic search for efficient and socially acceptable technological alternatives for extending the coverage of health services to the entire population.

Commenting on the section on actions at the level of the international system, he asked whether there had been any tangible response in the form of monetary commitments by international organizations in support of the Plan of Action, and what steps were being taken to dovetail PAHO programs aimed at specific target groups with those of other international agencies such as UNICEF and UNFPA.

Dr. HARNEY (Rapporteur), speaking as the Delegate of Barbados, said that a national workshop was being planned for the following year in her country, and she agreed with the Delegate of Canada that such country workshops should provide an excellent follow-up to regional seminar-workshops. Since intersectoral cooperation had been a weak point hitherto in Barbados, the present workshop was being planned to include such cooperation, from the outset, especially with regard to finance and planning.

Mr. RAMCHARAN (Jamaica) referred to the delicate problem of the "brain-drain" of health manpower toward the developed countries, which affected small countries of the Region such as his own. It was a difficult matter to find the financial resources to stem that flow, and he suggested that under the project for Increase of the Operational Capacity in Health Systems (AMRO-7500), PAHO might examine the training capacities of smaller countries which had problems in that regard, especially where basic training and primary health care were concerned. PAHO represented the best vehicle for investigating the problem and for developing a strategy to assess basic training needs.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) expresa que tuvo la oportunidad de conocer el Plan de Acción y estudiarlo a fondo, lo que le hizo comprender que dicho Plan tiene expectativas claras. Los recursos y presupuestos nacionales tienen cada día un mayor desfase porque muchos de los productos básicos de exportación han ido perdiendo progresivamente su valor en el mercado internacional. Los ingresos son cada vez más difíciles de obtener en tanto que los egresos encuentran un cauce más fácil. Entiende que el papel de la OPS es proporcionar orientación general a los países. Expresa que los países, a su vez, han iniciado seminarios nacionales orientados a definir las políticas nacionales, que incluyen la movilización de los recursos.

El orador agrega que su país proporciona servicios a partir de la seguridad social, servicios completamente incoordinados con los servicios de salud pública de los ministerios de salud. Todos esos servicios suponen una duplicación de gastos, de recursos humanos, etc., pero en cambio no duplican la atención médica en general.

El nuevo Gobierno insiste en la atención médica para las zonas rurales. Se ha iniciado ya una campaña masiva de educación popular para la cual se utilizan recursos de tecnología educacional, con asesoramiento proporcionado por las Naciones Unidas. Asimismo está empeñado en brindar atención primaria con mayor cobertura del campesinado y del obrero.

El Gobierno ha comprendido la necesidad de despertar la conciencia de los habitantes mediante campañas de radio y televisión, empleando métodos de tecnología educativa simple. A ello se añade una campaña de alfabetización.

En este sentido, la República Dominicana cree que el desarrollo de seminarios a nivel de la OPS, así como los seminarios regionales y locales, revisten una enorme importancia.

Dr. KOOP (United States of America) shared the concern expressed by the Delegate of Canada with respect to the intercountry projects, especially those for special human groups and the community.

His Delegation had been gratified to note the efforts made regarding the increased action at the level of the international system, and he associated himself with the request for clarification as to whether greater extrabudgetary funding could be anticipated, particularly in view of the endorsement by the OAS General Assembly.

In connection with the statement in the document that the Director had thus far been required to report separately on the implementation of the Study of WHO's Structures in the Light of its Functions, his Delegation, while understanding that the required emphasis for launching a new initiative called for separate agenda items, believed that future reports on the subject should be integrated into Health for All progress reports. If the Committee were to agree on integrated reporting, a resolution to that effect could be adopted either under the present item or under item 14.

El Dr. ARREAZA GUZMAN (Venezuela) indica que su país está dedicado a la tarea de llevar a toda su población el mejor servicio de salud posible para el año 2000. Para ello ha hecho un inventario de los principales problemas y dificultades que se oponen a ese objetivo fundamental. Por ejemplo, se ha estudiado el problema de la emigración de la población hacia la ciudad (del 20 al 30% de la población permanece en áreas rurales). Ahora bien, el 33% de la población del área urbana está considerada como marginal debido a las condiciones de salud y a la privación de los servicios.

Para facilitar el desarrollo de las labores, se han identificado cuatro frentes:

1) Situación actual de los servicios de salud. Estos son extremadamente dispersos ya que hay alrededor de 120 instituciones distintas que brindan servicios de salud. No

existen normas que los aglutinen y por supuesto hay duplicaciones de todas formas que elevan los costos en forma extraordinaria. No se han podido integrar esos servicios y, a pesar de que se ha tratado de coordinarlos, no se ha logrado el objetivo. Esto ocurre porque existen intereses creados tanto de médicos y personal paramédico como de sindicatos, etc., que temen perder sus privilegios. Se decidió trabajar con una fórmula de coordinación progresiva, que se espera dé mejores resultados.

2) Cambios de estrategias en la operación de los servicios de salud. Se ha decidido suspender o retardar la construcción de nuevos hospitales, incrementando los servicios ambulatorios, los que se prestan en las áreas marginales en forma integrada habiéndose logrado practicar la cirugía ambulatoria. Para afianzar este procedimiento es necesario educar a la población, así como a los médicos, y se estima que esto ofrece una posible solución al problema.

3) Saneamiento ambiental en zonas urbanas. Esta labor se dificulta por el crecimiento de la población, tan acelerado como abrumador. Prácticamente los servicios urbanos de agua potable, de disposición de excretas y de aseo urbano no han podido crecer a la misma velocidad que el incremento de la población. Por ejemplo, en 1970 la población urbana servida era del 85% y actualmente es menor del 70%. Las condiciones están mejorando pero se necesita un mayor esfuerzo para tratar de hallar solución al problema.

4) Recursos humanos. Para lograr el grado de expansión requerido se necesita preparar al personal en forma masiva. Cabe señalar que hay una marcada carencia de capacidad gerencial en los servicios de salud, los que al aumentar se deterioran. Es necesario, por tanto, desarrollar esa capacidad gerencial para que los servicios puedan prestar mejor atención.

Venezuela emplea el 10% de su presupuesto nacional en servicios de salud, pero no obtiene la respuesta deseada. El Ministerio de Sanidad ha insistido en que las escuelas de salud pública pongan en práctica pautas con caracteres gerenciales que orienten la formación de nuevos recursos humanos. En ese sentido también se insiste en que los programas no deben concentrarse solo en las ciudades sino que deben descentralizarse hacia todas las regiones del país.

El Dr. CORRALES (Honduras) manifiesta que en su país deben hacerse reformas profundas al plantearse la meta de salud para todos en el año 2000. Es muy importante que todos sepan que una meta de este tipo no se puede basar solamente en enunciados retóricos o en elementos de buena voluntad. Es necesario disponer de mecanismos sociales aunados a los recursos económicos y a una base política para poder llegar a grupos sociales que no disfrutaban de los beneficios básicos. A veces se usa un eufemismo, para expresar que los ministerios de salud son los ministerios de la enfermedad.

No cabe duda de que tendrán que hacerse las reformas fiscales o económicas que sean necesarias para liberar recursos y encauzarlos hacia los grupos menos privilegiados. Se sabe perfectamente que los problemas son difíciles de resolver y sumamente conflictivos, pero que por el camino de la libertad y de la dignidad se logrará el equilibrio deseado. Afirma el orador que Honduras hace frente a los mismos problemas que aquejan a otros, como son la acelerada urbanización, que ellos han dado en llamar una acelerada ruralización de las ciudades, los problemas del saneamiento y de nutrición, así como una gran falta de espacio.

El Gobierno de Honduras está convencido de que solo mediante la justicia social y el respeto a los derechos colectivos de los hombres y los del individuo, sumados al fomento de la dignidad y de la libertad, se podrá encontrar el camino elegido. Si bien se necesitan el apoyo y la ayuda internacionales, las bases están en el trabajo y la decisión nacional. Por último, cabe precisar que se están creando las condiciones requeridas para lograr el objetivo perseguido.

The session was suspended at 11:10 a.m. and resumed at 11:25 a.m.
Se suspende la sesión a las 11:10 a.m. y se reanuda a las 11:25 a.m.

El Dr. TERCERO-TALavera (Nicaragua) señala que, de acuerdo con el mandato de los organismos internacionales, su país concede la máxima prioridad a la meta de salud para todos y en consecuencia ha emprendido a partir de 1979 varias acciones concretas dentro del sistema nacional de salud. Se ha concedido importancia especial a los trabajadores, madres y niños, así como a la participación de la comunidad en el desarrollo de la salud, a través del Consejo Nacional de Salud y se ha aumentado la capacidad de los sistemas de salud mediante el establecimiento de vínculos intersectoriales. Subraya que, en lo que se refiere a la tecnología apropiada, se están utilizando técnicas de rehidratación oral para el tratamiento de las enfermedades diarreicas, lo que ha hecho descender la tasa de mortalidad infantil.

El Dr. SYMON (Chile) indica que con el avance de la salud para todos se han creado en su país 200 nuevos establecimientos asistenciales que pueden captar al sector marginado de la población rural. En el nivel de atención primaria de salud se han desarrollado actividades de fomento y protección de la salud con participación intersectorial. En las actividades de recuperación la preocupación se centra en la calidad de la atención de salud y se han aplicado mecanismos cuantitativos que permiten conocer la tasa de mortalidad por mes y para cada servicio de salud del sistema en todo el país y detectar así las áreas críticas. Para medir la calidad de la atención en cuanto a la recuperación se aplican auditorías clínicas a todos los fallecidos menores de un año de edad, con el fin de enfrentarse al problema de la mortalidad infantil.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) indica que en la actualidad existen en su país 5,6 camas de hospital por cada 1.000 habitantes, y hay un médico por cada 490 habitantes. Con arreglo a las estrategias regionales se intenta poner en marcha la participación de la comunidad en la atención de la salud y aumentar los niveles de dicha atención. A partir de julio de 1982 se acordó que el Programa Ampliado de Inmunización se lleve a cabo de manera obligatoria, de acuerdo con la edad. En lo que se refiere a los recursos humanos, se ha creado una división al respecto en el Ministerio de Salud. El orador destaca que están en ejecución cinco programas nacionales dirigidos hacia la atención materno-infantil, la salud mental, la asistencia a los enfermos crónicos y la rehabilitación.

Le Dr. BROUELLE (France) souligne l'intérêt suscité par le rapport du Comité exécutif et notamment l'approche horizontale qui y est envisagée, ainsi que par les nouveaux projets. Elle ajoute cependant que le rapport est surtout orienté vers les six nouveaux projets inter-pays, qui s'ajoutent à d'autres projets. Elle aimerait avoir une vue d'ensemble des priorités qui se dégagent, non pas seulement sur ces projets, mais sur les autres qui existaient auparavant; car s'ils sont nouveaux, ils ne sont pas forcément prioritaires. D'autre part, les projets pourraient être plus détaillés et le rapport moins rapide. Leur champ d'action est extrêmement vaste; il faut donc dégager des priorités qui n'ont peut-être pas été indiquées de façon suffisamment explicite dans le rapport. En outre, la question qui se pose est celle de savoir quel est l'impact de ces programmes sur les différents pays de la région, car on dispose de peu de données, peu d'éléments sur la couverture dans les pays des projets mentionnés dans le rapport et sur la notion de priorité de ces pays. L'on doit savoir si ces projets touchent bien les pays qui ont le plus de problèmes sanitaires et ont le plus de difficultés à les résoudre.

The SECRETARY said that progress in implementation of the Plan of Action would be a continuing theme for many years to come. He was encouraged by the early reports on the progress recorded by Uruguay, Chile, and Nicaragua.

With regard to the questions raised by the Delegate of Canada, the brief description of the six projects in the progress report did not include all government or PAHO activities. For example, with regard to special problems of the aged, the Organization's twofold approach was to study the nature and extent of health problems in that group and

to develop primary health care services with a view to solving special problems. The countries needed to have on hand basic information for decision-making in order to develop primary health care services. He agreed completely with the Canadian Delegation's comments on community education and the importance of community infrastructure as a basis for participation. As to consensus reports, the Organization would continuously revise seminar background data and distribute them to the field staff for use in appropriate country activities. El Salvador, Guatemala, Chile, and Argentina also had plans for appropriate national activities to further implementation of the Plan of Action.

The Delegate of Jamaica had said that one of the serious problems associated with the Plan of Action was training capacity (particularly in the smaller countries) to satisfy health manpower needs. The Organization was working closely in that direction with the University of the West Indies and the Government of Saint Lucia, with support from the Kellogg Foundation.

With regard to the problems raised by the Delegates of the Dominican Republic and Venezuela (namely, uncoordinated services and drain on resources, inefficient use of available resources and the need for less duplication and better coordination of services in the social security, health, and private sectors), PAHO's initial approach to seminar-workshops had been to ensure participation by the various sectors in each country, with follow-up at the national level. It was to be hoped that significant efforts would be made, with the backing of the Organization, to improve intersectoral coordination and efficient use of available resources.

Replying to the inquiry by the Delegation of the United States of America as to whether the new OAS resolution would help mobilize extrabudgetary funds to support Plan of Action implementation, he felt that it did imply support of the goal of health for all and the Regional Plan of Action at the highest political level. The resolution should encourage donor agencies to provide funds for such implementation.

The Delegation of Honduras had cited the profound changes needed to reach the goal of health for all. The Secretariat was in full agreement, and his personal belief was that what might be called a nonviolent social revolution might be required to bring about such changes and was indeed implicit in regional and national strategies and in the Plan of Action itself.

With regard to the need to modify other projects in addition to the six, as suggested by the Delegate of France, the Plan of Action called for reorienting the Organization's approach to technical cooperation horizontally so as to ensure intersectoral coordination and promote appropriate technology. A measure of the impact could already be observed at the national level, where the health for all goal would ultimately be achieved. In later years progress reports quantifying that impact would be possible. By 1984, when full implementation was expected, PAHO would be able to report on the baseline information for gauging progress in the Member Countries toward the goal of health for all, and reports should follow every two years thereafter.

Mr. INGLIS (Canada) recalled that he had asked for information about a systematic search for efficient and socially acceptable technological alternatives for extending the coverage of health services to the entire population, and he again requested those data. He also inquired whether tangible results in the form of monetary commitments had been produced by the considerable effort and resources of the international system, and what was being done to prevent duplication of effort, for example, with UNICEF.

The SECRETARY said that the Organization had made a considerable effort to improve international coordination. With UNICEF, which had essentially the same goals as WHO/PAHO with regard to primary health care and health for all by the year 2000, a Caribbean meeting had been held in 1981 to devise mechanisms for joint programming at the country

level employing resource complementation and mutual support. A similar meeting of PAHO and UNICEF representatives in Central America and Panama was being planned, and subsequently there would be a UNICEF (Bogotá) and PAHO (Washington) meeting to evolve, with the respective field staffs, a method of operation ensuring the development of plans for both agencies without resource duplication.

There were already some tangible results. Two countries in the Region had been selected for a combined UNICEF/WHO/PAHO effort. One had already launched a well-funded program to develop and strengthen national primary health care activities. A similar effort would be initiated in the second country in the near future.

As another example, a meeting had taken place with the Inter-American Development Bank to discuss special problems pertaining to urban health services, since for many years considerable emphasis had been placed on rural services, despite the fact that by the year 2000, 75 per cent of the regional population would be living in urban areas.

He interpreted the expression "systematic search for methods of extending services," to mean that the Organization would endeavor, particularly in the area of research, to evolve systematic technical approaches at the national level appropriate for different levels of development in the poorest countries. The search for efficient and socially acceptable technological alternatives had to take into account the capacity of each country and the appropriateness of technology to the national, cultural, and economic situation, in the context of the basic strategy of health for all, primary health care, and the application of technological developments to strengthen such care.

ITEM 13 b): FINANCIAL AND BUDGETARY IMPLICATIONS

TEMA 13 b): IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS

El Dr. GONZALEZ CARRIZO (Comité Ejecutivo) presenta la parte b) del tema 13 y explica que dicho punto ha sido una constante en los estudios que se han realizado. En junio de 1981 se creó un Subcomité de Programación y Planificación a Largo Plazo, integrado por Chile, México, Panamá y Uruguay, para estudiar las repercusiones financieras y presupuestarias de las estrategias. Básicamente, el Documento CSP21/21 ofrece una perspectiva general de los costos del logro de la meta de salud para todos en el año 2000 y evalúa las repercusiones del Plan de Acción sobre esas asignaciones. Se calcula que el costo actual de la atención de salud en la Región de las Américas representa el 5% del PIB de la Región y que el costo total de salud para todos en el año 2000 alcanzaría 60 mil millones de dólares, aproximadamente el 10% del PIB. Sin embargo, las condiciones macroeconómicas permiten esperar que la mayoría de los países posean suficientes recursos para hacer frente a esos costos. Cabe destacar que América Latina y el Caribe dedicaron 13% del PIB al sector público y que esta tendencia va en aumento.

En lo que se refiere a la seguridad social, se menciona su creciente importancia en la absorción de los recursos del PIB y se señala que es necesario mayor colaboración entre los sistemas de atención de salud de medicina curativa y los que están enfocados hacia la protección de la salud o la rehabilitación.

Sobre la disponibilidad de recursos externos para la salud, existe la tendencia a que la cooperación internacional se oriente hacia las regiones más desprotegidas del mundo y se hace caso omiso de las necesidades de miles de marginados en la Región. Los recursos externos para las Américas costean, aproximadamente, solo el 1% de los gastos totales de atención de salud. Muchos países no pueden ampliar la financiación del sector salud sin que se produzcan presiones inflacionarias. La OPS ha preparado un plan de reorganización con el fin de atender la creciente demanda de acción cooperativa.

Entre las conclusiones que figuran en el documento cabe mencionar la disconformidad con el hecho de que los gastos en salud sean considerados como un consumo improductivo y se destaca la importancia financiera y política de los sistemas de seguridad social.

Finalmente, se alude a la Resolución XX de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo en donde se pide a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana que examine las recomendaciones contenidas en el estudio y al Director que continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud, y que proporcione asesoramiento a los Gobiernos Miembros para poner en práctica los resultados de los estudios.

El Sr. MUSGROVE (OSP) señala que la meta de salud para todos se puede alcanzar desde el punto de vista financiero, ya que el crecimiento que se prevé no es demasiado rápido, ni requiere una asignación muy grande para el sector salud. Sin embargo, es posible que los costos de atención de salud sean más elevados que los previstos si se tienen que dedicar recursos a enfermedades o condiciones relativamente costosas. Por otro lado, las mejoras que se anticipan en el abastecimiento de agua potable y en las actividades de saneamiento y nutrición harán que la frecuencia de varias enfermedades y la necesidad de tratarlas disminuyan y que los gastos en este sector sean considerablemente menores.

El documento que se acaba de analizar no revela una tendencia en uno u otro sentido. Sí es evidente que los problemas más difíciles no son macroeconómicos sino microeconómicos, es decir, que dependen del uso eficiente y equitativo de los recursos a cualquier nivel.

The session rose at 12:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

SECOND SESSION
SEGUNDA SESION

Tuesday, 21 September 1982, at 2:30 p.m.
Martes, 21 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguín

Argentina

ITEM 13: PLAN OF ACTION FOR THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000: b) FINANCIAL AND BUDGETARY IMPLICATIONS (continued)
TEMA 13: PLAN DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: b) IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS (continuación)

EL PRESIDENTE invita a que intervengan los delegados que quieran referirse al Documento CSP21/21.

Mr. INGLIS (Canada) said that the implications study (Document CSP21/21) was perhaps one of the most significant documents to be brought to the attention of Member Governments in recent years: the Director and those responsible for the research it represented were to be congratulated. Canada, which had attended the meetings of the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming as an observer, was concerned, however, that the substance of its interventions regarding the implications of the study had been omitted from the Summary of Discussion (Annex I of the Document).

All those present could no doubt take issue with some of the premises on which the conclusions of the study were based, but to do so would be counter-productive. His Delegation would prefer, therefore, to comment on a few of those implications which it regarded as most important to the Organization and to its future role in implementing the Regional Plan of Action for health for all by the year 2000.

The percentage growth of the PAHO total budget, as shown in Table 22 on page 57 of the English text was far lower than that of five other large international organizations and 16.8 per cent less than the growth of the WHO total budget. The study stressed the rapid decline that inflation had brought about in the financial resources available to meet PAHO's responsibilities. There were two possible approaches to remedying the situation: either a substantial increase in Member Country contributions to PAHO, or increased efficiency on the part of the Organization, introducing more effective control over expenditures and cutting out some of the frills.

The current economic climate and high unemployment rates that had led most if not all Member Governments to implement national austerity measures made it doubtful that they would consent to an increase in contributions to the regular budget. That left only the second option, and Canada felt that, despite the economies implemented so far, there was still room for further savings in such areas as computer systems. The AMPES system in particular required close examination to determine its effectiveness and efficiency. Cuts could also be made in the areas of administration, travel, and hospitality without impairing the effectiveness of program delivery.

Table 3 on page 13 of the English text, showed central government expenditures on health as a percentage of total central government expenditure for the years 1973 to 1979. In 18 of the 23 countries shown health expenditures had declined by an average 19 per cent over the six-year period from 1973 to 1979. Equally disturbing from the standpoint of

primary health care strategy was the trend apparent in Table 4 (page 14), which showed a general increase in central government contributions to hospitals and clinics, that did not augur well for improvement in installed capacity in order to ensure universal access to primary health care by the year 2000. Canada felt that it was preferable to emphasize the upkeep and maintenance of existing facilities, rather than build new monuments to sickness and disease—a view in keeping with the remarks made at the previous session by the Delegate from Venezuela.

The last paragraph of page 43 of the English text referred to the significant amounts of external aid that would be required to achieve comparable levels of health care throughout the Region. Traditionally, the health sector failed to benefit from external aid to the same extent as other sectors, and unless the health ministries could convince their colleagues in the ministries of planning and finance to allocate a larger share of external aid resources to health programs, the hopes of several countries of the Region to reach the targets set out in the Strategies would remain unfulfilled.

The Canadian Delegation suggested that the time had come for the Organization to give serious consideration to the problem of helping those countries that needed help most; to assign priority to the allocation of efforts and resources to the countries in greatest need; and to resolve that no country in the Region should fail to reach the targets laid out in the Strategies because of PAHO's insensitivity to its needs.

In conclusion, he said that the Canadian Delegation found that the proposed resolution on the implications study did not adequately reflect the serious concerns that had been raised, and that part of the problem lay in the fact that the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming had not had sufficient time to analyze the implications fully. He was sure that now that Member Governments had had more time to reflect, other delegations shared the concerns he had voiced.

El Dr. PAGES (Cuba) manifiesta su preocupación con respecto al Documento CSP21/21, pues las conclusiones optimistas que aparecen en el resumen no están de acuerdo con las realidades económicas y financieras citadas en el documento.

También le inquietan los efectos de la creciente inflación y los consiguientes incrementos considerables en el presupuesto de la OPS. Cree que la OPS deberá garantizar la mejor y más racional distribución de los recursos, principalmente en función de los programas de cooperación que se llevan a cabo en los propios países.

Cuba ha alcanzado prácticamente todas las metas del Plan de Acción Regional con vistas al logro de la salud para todos en el año 2000; este es el resultado de la política del Gobierno de Cuba, que considera a la salud como un derecho fundamental del hombre.

El orador se refiere a la página 23 del documento, donde se plantea el establecimiento de un sistema de tarifas para los usuarios de la atención de salud costada por el Estado, señalando que la OPS, como parte de la OMS y de la familia de organismos internacionales de Naciones Unidas, debe ser consecuente con los postulados que se recogen en la Declaración de Alma-Ata, especialmente en el Artículo 1, donde tras definir cabalmente el estado de salud lo consagra como un derecho fundamental del hombre.

La existencia de servicios gratuitos de salud es una etapa obligada en el proceso de desarrollo, tal como lo prueba la experiencia de Cuba a partir del 1 de enero de 1959.

El Delegado de Cuba desea saber cuál es el momento oportuno para la presentación de enmiendas.

Por último, en lo que se refiere al cuadro 1 (página 5) del documento, donde se compara la situación relativa de consumo público y privado en América Latina, se ofrecen

datos de Suecia y el Reino Unido, países que no ilustran debidamente el objetivo perseguido de diferenciar entre gastos originados por el consumo público y privado en la Región.

El PRESIDENTE indica al Delegado de Cuba que al finalizar la consideración del documento se dará lectura al texto completo de la resolución para conocimiento de la Comisión y en ese momento los delegados podrán presentar o sugerir enmiendas.

Dr. FAICH (United States of America) congratulated the Secretariat on the report and its clear examination of a very complex, enormous, and costly undertaking. He noted that although the document stated that the cost estimates did not take account of cost savings resulting from various changes in the health sector—including increased attention to preventive care and the potential impact of developments in other sectors during the next two decades—it should be remembered that preventive care also entailed expenditure. The savings accruing would not be evident until some two or three decades later, so it could not be assumed that preventive care would lead to any immediate cutback in health expenditures. Although he was gratified by the optimistic view conveyed in general by the document, he noted that the Regional gross national product in 1981 had been only 1.7 per cent rather than the full percentage figure used in the calculations. Furthermore, in 18 of the 23 countries health as a percentage of national total central government expenditures represented a smaller percentage at the end of the time interval examined (the late 1970s) than at the beginning (the early 1970s). Accordingly, it should be borne in mind that slow economic growth was bound to have a negative impact on collective abilities to reach health for all by the year 2000. The solution was to seek greater efficiency in using scarce health dollars, since it was unrealistic to believe that additional funding for health could be generated within the context of the sluggish economy.

He announced that the United States of America had established a task force to examine its national plan of action and update its strategy in the light of evolving national health priorities and their impact on the nation's economy. The WHO timetable for implementation of the Strategies would be presented to the Regional Committees in March 1983. The document under review would provide assistance in preparing that meeting. He noted that the need to maintain flexibility in the face of the continuing commitment to the goal was apparent to all; for without a willingness to shift resources success would be increasingly difficult. One implication of the need for such flexibility, particularly applicable to PAHO, was the continuing need for definite measurable milestones in ongoing progress reports.

The value of the macroeconomic approach was that it ought to encourage each country to examine its own budgetary and financial constraints and adjust its strategies in such a way as to make optimal use of scarce funds. He felt that the point was not duly made in the proposed resolution, which simply advised Member Governments to request assistance from PAHO on ways to implement the outcome of the studies. He suggested that greater emphasis should be placed on encouraging countries to examine their budgetary projections over the next 20 years.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) considera que el informe presentado por la Comisión es ponderado y profundo, y que no corresponde a la OPS sino a cada uno de los países trazar las pautas económicas que crean pertinentes.

El Gobierno de la República Dominicana, que tomó posesión el 16 de agosto de 1981, ha iniciado una política de austeridad, reduciendo los gastos superfluos y mejorando al mismo tiempo la política administrativa de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Esto se debe a que la demanda de servicios de salud va en aumento, mientras que la capacidad económica del Gobierno va reduciéndose.

Tanto en la República Dominicana como en muchos de los países de la Región, la factura petrolera es altísima, mientras que el valor de los productos básicos de exportación se reduce cada vez más en el mercado mundial. El deterioro de la salud está muy

ligado al deterioro económico de los países, pues una economía en déficit no permite mantener programas adecuados ni un continuo desarrollo; sin embargo, este es un problema que excede los límites de la OPS.

Cabe señalar la información obtenida en la República Dominicana respecto al período comprendido entre la XX Conferencia y la actual: entre 1977 y 1981 el gasto en salud del Gobierno central experimentó un incremento del 3,6%; el presupuesto gubernamental para salud representó el 5,7% del total en 1977 y el 10.6% en 1981, equivalente al presupuesto para defensa nacional del país.

Esos recursos económicos se utilizaron sobre todo para ampliar la cobertura de la población rural, donde tradicionalmente no había existido ningún tipo de cobertura. Al favorecerse a la población rural, sin embargo, no pudo mantenerse un estándar elevado de atención médica en las zonas urbanas y en las ciudades grandes se produjeron algunas crisis en los hospitales del Estado.

De ese 10,6% del presupuesto nacional gastado en salud, aproximadamente el 2,5-3% se destinó a la construcción y provisión de instalaciones rurales y semirurales. Los fondos nacionales y los provenientes de préstamos del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, permitieron realizar construcciones y dotar de personal médico y de enfermería a 310 comunidades rurales. A raíz del ciclón de 1979, se cambió la construcción inicial de madera, más económica, por la de cemento, más resistente y que puede servir también de refugio en caso de desastre.

La participación de la comunidad se lleva a cabo mediante los llamados Comités de Salud, de los cuales hay unos 1.200 en el país. Además, hasta agosto de 1981, el número de promotores de salud se elevaba a 5.300. Un programa de educación mediante métodos accesibles a campesinos y habitantes de barriadas ha permitido instruir a 2.000 promotores que se emplearán en una importante campaña de lucha antimalárica, con lo que se beneficiará no solo la República Dominicana sino también la vecina República de Haití.

Prescindiendo de la colaboración que la OPS, la OMS y el UNICEF puedan prestar a los países, estos deben mejorar la eficiencia administrativa y comprender, gracias a la acción de los ministerios de salud respectivos, que la salud no es un gasto cualquiera sino probablemente una de las inversiones más importantes.

Sugiere que la parte final del documento en discusión destaque de manera clara que los organismos internacionales de asesoría técnica, y sobre todo de ayuda financiera, aumenten en lo posible los préstamos destinados a proyectos bien definidos donde se especifiquen claramente las necesidades. Los países, a su vez, deben aprender a desenvolverse dentro de los límites que les fijan sus recursos internos.

Le Dr. BROYELLE (France) s'associe aux compliments sur le rapport, même si celui-ci se fonde parfois sur des hypothèses qui peuvent être contestées. Elle note dans la situation présente une certaine dissociation entre les possibilités de réalisation d'objectifs de santé extrêmement légitimes et les mesures restrictives imposées à beaucoup de pays par la situation économique. Dans une telle situation il y a plusieurs solutions: les circonstances économiques peuvent entraver la poursuite de tels objectifs et cette solution s'avère inacceptable, ou bien, on peut essayer de tirer le meilleur parti de toutes les ressources existantes par le choix de programmes les plus utiles et par l'utilisation maximale, pour une pleine efficacité, des ressources existantes en s'abstenant d'envisager constamment le développement des ressources comme unique solution. Le Dr. Broyelle favorise la conciliation des deux solutions grâce à l'utilisation pleine et efficace des ressources. C'est pourquoi, à son avis, la résolution ne reflète pas absolument toutes les préoccupations exprimées, et en particulier les siennes; elle traite surtout de l'expansion des ressources et des activités, alors qu'elle devrait tenir compte de ces préoccupations.

El Sr. MUSGROVE (OSP), al responder a varias cuestiones planteadas por los delegados, se refiere en primer término a las proyecciones tildadas de excesivamente optimistas en vista de la situación actual. Es muy difícil formular tendencias a largo plazo, ya que si la situación económica de los últimos dos o tres años fuera representativa, las proyecciones indicarían que el ingreso per cápita de los países de la Región tendría que bajar hasta un nivel que no permitiría la subsistencia.

Cree que una tasa de crecimiento de 4% en un plazo de 20 años es razonable y que los problemas actuales quizá sean cíclicos y no de larga duración, pero que por otra parte, si la tasa de crecimiento es mucho menor del 4%, se va a producir un estancamiento económico prolongado. En ese caso, el programa podría sufrir postergaciones.

Con referencia a los comentarios de los Delegados de Cuba y la República Dominicana, según los cuales el crecimiento económico no es quizá suficiente para que se produzca un cambio notable en la provisión de servicios de salud, la voluntad política y la reasignación de recursos pueden lograr grandes avances sin depender de un fuerte crecimiento económico o de un volumen considerable de ayuda externa.

En los últimos 50 años, el progreso registrado en materia de salud no ha dependido tanto del progreso económico como de los avances tecnológicos y de la organización y el uso de recursos. En el documento se considera el crecimiento económico como algo que permite obtener los recursos y no como el factor suficiente o necesario para que se produzcan automáticamente los avances que lleven a las metas buscadas.

El documento no se refiere al factor eficiencia porque se trata de una cuestión de detalle. En cuanto a los cuadros citados por el Delegado del Canadá, se nota que entre 1973 y 1979 se registró en la mayoría de los países un descenso en la participación de los gobiernos en el sector de la salud dentro del gasto público total. Esta situación es lamentable pero no sorprendente, porque en 1973 comenzó a subir el precio del petróleo y seis años más tarde empezaron a sentirse las consecuencias debido a las deudas contraídas por los países.

Observa el orador a título personal que cualquier deuda externa que contraigan los países para avanzar los programas de salud sin saber si la podrán devolver, solo prolongará la crisis. Los recursos obtenidos no deben convertirse en una carga imposible de pagar por el país.

En respuesta al Delegado de Cuba acerca del pago por parte de los usuarios de los servicios de salud, aclara que la salud absorbe recursos y que, aunque se trate de un derecho fundamental, debe pagarla alguien. El problema de la aplicación eficiente de las tarifas es de carácter técnico, pero no se trata de establecerlas de manera uniforme para perjudicar a los pobres sino de usar tarifas variadas y condiciones de pago que permitan compensar las desigualdades de ingreso o del poder de compra en la medida que la acción económica de un país resuelva directamente parte del problema de las diferencias económicas.

The SECRETARY called attention to the references in the last section of the document, which dealt with PAHO resources. Table 22 in particular indicated the relative position of PAHO with respect to other international organizations in terms of budgetary growth, which had been extremely modest over the past six years. Eight other organizations, including WHO itself, had grown at a more rapid rate. The increased cost of delivering PAHO programs was clear to most of the delegates, but the Organization had nevertheless succeeded in most instances in maintaining those programs to which Member Countries attached the greatest priority and importance. He reminded those present that in order to achieve the budget level approved by the XXVIII Directing Council for the 1982-1983 biennium, the equivalent of 123 posts in the Organization had been eliminated, representing about 8 per cent of the total number of positions. Considerable effort had

been made to eliminate those that were least productive or no longer consistent with the goals of the Plan of Action and the Regional Strategies. It had become increasingly apparent, however, that the current trend of a steady drop in the real resources available to deliver the Organization's programs would have to be reversed in order to maintain the level of technical cooperation that Member Governments required to achieve the goal of health for all.

A suggestion had been made calling for close examination of the computer operations and the AMPES system for programming and evaluating technical cooperation. He pointed out that the one new professional post added to the program and budget for the 1982-1983 biennium had been an Information Systems Specialist--a post that had only been filled very recently. That expert, it was hoped, would provide the Director with the additional information needed in terms both of developing the regional monitoring and evaluation system for the regional Plan of Action and of examining and making policy recommendations regarding computer operations, AMPES, and other information system components within the Organization.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura al proyecto de resolución para someterlo a la consideración de los delegados.

The SECRETARY, noting that a number of suggestions had been made for revisions to the resolution proposed by the Committee for consideration by the Conference, suggested that it might help the Rapporteur if the Delegates who made such suggestions would present them to her in writing. That would enable her to develop a new draft resolution which could then be considered by the Committee at the next day's meeting.

The RAPPOREUR read the proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the document prepared for the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee (Document CSP21/21), which describes the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action;

Bearing in mind Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council, which adopted the Regional Plan of Action for health for all by the year 2000 and Resolution WHA35.23, in which the World Health Assembly adopted the global Plan of Action for implementing the global strategy for health for all by the year 2000; and

Noting the revisions and recommendations made by the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming and by the 88th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

1. To express appreciation to the Director for the study on the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action.

2. To urge Member Governments to examine the implications and recommendations contained within the study and consider actions to enhance the likelihood that resources will be available and will be used in the most efficient and effective manner to permit the attainment of health for all by the year 2000.

3. To request the Director:

- a) To continue to examine the international economic environment and national and international resource allocations to the health and related sectors and to inform the 92nd Meeting of the Executive Committee in 1984 of any significant changes affecting the attainment of health for all by the year 2000;

- b) To advise those Member Governments which may request it on ways to implement the outcome of these studies.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento preparado por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/21, que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las estrategias regionales y del Plan de Acción;

Habida cuenta de la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, que adoptó el Plan de Acción Regional de Salud para todos en el año 2000, y la Resolución WHA35.23, en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción mundial para llevar a cabo la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, y

Observando los cambios introducidos y las recomendaciones hechas por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director el estudio sobre las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que examinen las repercusiones y recomendaciones contenidas en el estudio y consideren acciones para realizar la posibilidad de que se disponga de recursos y que estos sean usados de la manera más eficiente y efectiva para poder alcanzar la salud para todos en el año 2000.
3. Pedir al Director que:
 - a) Continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional y que informe a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo en 1984 sobre cambios significativos que afecten la posibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000;
 - b) Dé asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios.

El Dr. CABRERA (México) comenta que no le resulta claro el procedimiento y sugiere que sería conveniente permitir que los delegados escuchen todas las sugerencias presentadas para poder considerarlas y llegar así a un texto final donde haya un cierto acuerdo para que el Relator disponga de directrices precisas. Por su parte, tiene instrucciones de apoyar la resolución tal como la presenta la Comisión y la recomienda el Comité, pero de haber modificaciones, su posición cambiaría, por lo que desea tener idea de la importancia de dichas enmiendas.

El PRESIDENTE aclara que esa era su intención y que desea ofrecer a los delegados la oportunidad de hacer los comentarios o proposiciones que crean convenientes, sin perjuicio de concretarlos luego por escrito para que los examinen con más detalle todas las delegaciones.

The SECRETARY noted that several delegates had announced that they wished to submit modifications to the resolution under consideration. In the belief that some of them might overlap and could appropriately be combined, and in the interest of saving time, he asked those who had suggestions to make to submit them in writing to the Rapporteur, who could then try to develop a new draft resolution. The revised text could then be further examined and debated.

Le Dr. BROUELLE (France) fait remarquer qu'étant donné que les deux résolutions concernent le Plan d'Action pour les stratégies régionales de la santé pour tous en l'an 2000. Comme l'une provient du Comité A et a trait au plan d'action lui-même, et l'autre porte sur les incidences financières et budgétaires, elle se demande pourquoi l'on ne fusionnerait pas les deux résolutions, puisque d'habitude, les aspects budget et programme sont examinés conjointement.

El PRESIDENTE solicita al Dr. Ehrlich que explique porqué el tema 13 se trata en dos partes, a) y b), hasta cierto punto independientes.

The SECRETARY explained that parts a) and b) of Item 13 were to some extent independent. Part a) concerned those actions that had been taken to implement the Regional Plan of Action and Part b) while not totally independent, concentrated on the Plan's financial implications. The Executive Committee had dealt with them as two separate items, although they had been presented to the Conference itself under a single agenda number.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) da lectura a una enmienda al párrafo 2 del proyecto de resolución, en relación con una cuestión de forma. Propone la sustitución siguiente: "que los Países Miembros dediquen adecuados recursos financieros nacionales a cubrir sus necesidades de salud, acompañados de una política de racionalización y optimización de las funciones gerenciales de salud, y hacer un uso claro de la asistencia internacional a fin de evitar que la búsqueda de ayuda para la salud se convierta en generadora de endeudamientos innecesarios".

El Dr. PAGES (Cuba) desea que quede claro en la parte dispositiva de la resolución que la salud es un derecho fundamental y que su cuidado es una obligación del Estado. En este sentido propone que el párrafo en cuestión quede redactado de la siguiente forma: "Instar a los Gobiernos Miembros a que examinen las inferencias y recomendaciones contenidas en el estudio y a que, considerando que la salud es un derecho fundamental, cuyo cuidado es obligación del Estado, dispongan las acciones conducentes a recabar recursos y velen porque estos sean usados en la forma más eficiente y eficaz para poder alcanzar la salud para todos en el año 2000".

The session was suspended at 4:05 p.m. and resumed at 4:35 p.m.
Se suspende la sesión a las 4:05 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.

ITEM 14: IMPLEMENTATION OF THE DIRECTING COUNCIL'S RECOMMENDATIONS ON WHO'S STRUCTURES IN LIGHT OF ITS FUNCTIONS. PROGRESS REPORT

TEMA 14: APLICACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO REFERENTES A LAS ESTRUCTURAS DE LA OMS EN RELACION CON SUS FUNCIONES. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS

El Dr. OCHOA (Gerente de Operaciones) presenta el tema diciendo que, cuando en 1977 los Ministros de Salud fijaron la meta de salud para todos en el año 2000, reconocieron también que era indispensable introducir cambios sustanciales en las estructuras de la Organización, en todos sus niveles, para tratar de alcanzar esa meta. En 1978 la Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que elaborase un documento sobre las estructuras y funciones de la OMS. En ese documento se consideraron como estructuras no solamente las que lo son en sentido estricto, sino también las funciones y relaciones de la Organización, y no solo la Secretaría sino lo que era lo más importante, los Gobiernos Miembros de la Organización y los Cuerpos Directivos. Hace ya cuatro años que ese documento fue examinado por la Conferencia Sanitaria Panamericana, en primer lugar, y posteriormente por el Comité Ejecutivo y un Subcomité del mismo. Este último elaboró un cuestionario para consultar a los Gobiernos; el documento, después de varias reuniones del Comité Ejecutivo, fue aprobado por el Consejo Directivo en 1980 (Resolución CD27.10) y en

Él se hacían recomendaciones tanto a los Cuerpos Directivos de la Organización como a los Gobiernos y a la Secretaría. Ese mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó también el documento global para toda la OMS.

En relación con este tema, debe citarse también la Resolución XX de la XXVII Reunión del Consejo (1980), sobre la aprobación de las estrategias regionales de salud para todos, así como las siguientes resoluciones aprobadas en la XXVIII Reunión (1981): XI, en la que se adopta el Plan de Acción; XII, sobre el estudio de las representaciones de Área de la OPS; XIII, sobre la contribución de la Región de las Américas al Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS y, finalmente, la Resolución XIV, relativa al informe sobre la aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS habida cuenta de sus funciones.

En el documento que se examina (CSP21/23) se exponen algunas de las actividades desarrolladas durante 1981 y se hace referencia al estudio que se está llevando a cabo sobre las Oficinas de Área de la OPS, así como al estudio de evaluación de los Centros. Otros temas de interés son los siguientes: el mejoramiento del sistema de programación y evaluación de la cooperación técnica en el sistema AMPES; el acuerdo actualmente en estudio entre la OPS y la Comunidad del Caribe (CARICOM); la estructura del programa y presupuesto de la OPS adaptado al Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS; la participación en el Grupo de Trabajo sobre el programa de la OMS (grupo subsidiario del Comité del Programa Mundial de la OMS) en el cual toman parte delegados de todas las regiones para coordinar las actividades a nivel mundial; la participación de la Región en los programas a plazo medio del Séptimo Programa General de Trabajo; y, por último, el diseño del sistema regional de monitoría y evaluación para aplicar la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, en la que se pide a la Secretaría que establezca este sistema para apoyar a los Gobiernos y que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos. Dada la estrecha relación que hay entre la modificación de las estructuras de la Organización y el desarrollo del Plan de Acción, se seguirá informando en los próximos años, dentro del sistema regional de monitoría y evaluación, en los informes periódicos que la Secretaría debe presentar al Consejo Directivo anualmente.

Dr. FAICH (United States of America) said that the inclusion of the 12 indicators recommended by WHO as part of the country profiles should further facilitate evaluation of the use of PAHO resources at the country level. Nevertheless, he had a number of questions to ask with respect to the report. First, on page 4 mention was made of the progress achieved in the study of Area Offices, but no information was given on the delegation of increased responsibilities to Country Representatives, except insofar as their attendance at health for all seminars was concerned. What was the situation in that respect? Second, the original resolution had recommended that the process of selecting Country Representatives should be broadened to include qualified applicants with international experience from a variety of backgrounds, particularly management. It would be interesting to know what progress had been made in that connection. Third, the report contained no mention of the ACMR, whereas the 1981 report had referred to the need to broaden the scope of its membership. Some information on that point, too, would be appreciated.

Mr. INGLIS (Canada) said that horizontal integration was a key feature of the study of WHO's structure in the light of the primary health care approach. As a principle it was fairly straightforward. However, when the concept was translated from abstract into practical terms in a field where there were so many health providers with vested interests in their own vertical programs, the situation was rather different. His Delegation wondered whether the horizontal integration of PAHO programs was really as effective as was indicated. The views of Member Countries in receipt of technical assistance from PAHO would therefore be welcomed. For instance, in the case of the Expanded Program on Immunization it would be interesting to know to what extent horizontal integration had been achieved in areas such as health promotion, clinical intervention, prenatal care,

school health, and endemic disease prevention and control. His own country's experience in delivering health services to people living in isolated locations in the North had shown the difficulties involved in implementing the horizontal approach to health programming, particularly when different aspects of health care were frequently provided by three different levels of government as well as by the private sector.

A great deal of work was being done to adjust the programming and evaluation system to the programs of technical cooperation with the various countries of the Region, but apparently the AMPES system was far from meeting its goal and expectations. A full evaluation of the efficacy of the system as a programming and evaluatory tool might therefore be needed.

El Dr. OCHOA (Gerente de Operaciones), refiriéndose a la pregunta del Delegado de los Estados Unidos de América relativa a la delegación de mayor responsabilidad o de más funciones en los Representantes en los Países, dice que ya existen algunos ejemplos en ese sentido. Uno de ellos es el programa de becas que, desde 1981 y a título experimental, se lleva a cabo en algunos países o áreas del Caribe, así como en el Perú y Colombia. A partir de enero de 1983 ese programa estará totalmente administrado por los Representantes en los Países, salvo en los casos cuando los becarios vayan al Canadá, Estados Unidos de América o países fuera de la Región, en cuyo caso será más práctico realizar las gestiones desde Washington.

También se han descentralizado ciertos servicios contractuales para algunas actividades de carácter regular, dentro del programa de cooperación técnica, o para servicios de urgencia solicitados por los ministros de salud. Asimismo, los Representantes pueden utilizar actualmente hasta un máximo de \$5.000 para compras, suministros o equipo de prioridad nacional.

Es evidente, por lo tanto, que se han traspasado ciertas responsabilidades en la gestión de los recursos de la Organización, siempre dentro del programa de cooperación técnica establecido en el AMPES de acuerdo con los Gobiernos.

Por lo que se refiere a la designación de Representantes que no sean médicos, con experiencia en asuntos administrativos, sociales, etc., el orador señala que ya se ha nombrado a uno en el Uruguay y que, según los informes recibidos, trabaja satisfactoriamente.

Con respecto a la ampliación del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, cuando se discuta el tema en una próxima sesión, el presidente de dicho comité podrá facilitar todos los datos necesarios.

En cuanto a la intervención del Delegado del Canadá, el orador tiene la impresión de que, en realidad, lo que aquel desea es escuchar las observaciones de los demás delegados sobre las experiencias obtenidas en sus respectivos países. La OSP, por su parte, ha procedido a la integración mediante la creación de grupos multidisciplinarios para abordar diferentes programas. Un ejemplo de ello es el grupo para el control de las enfermedades diarreicas, en el que participan funcionarios de las Divisiones de Prevención y Control de Enfermedades, Servicios Integrados de Salud, Protección de la Salud Ambiental y Recursos Humanos e Investigación.

De manera análoga, en la evaluación del PAI han participado activamente los funcionarios nacionales junto con los responsables de los programas de epidemiología, salud materno-infantil, salud ambiental, nutrición y otros. En el caso del sistema de vigilancia y evaluación, así como en el establecimiento de indicadores y criterios para vigilar la aplicación del Plan de Acción, también se ha adoptado un método multidisciplinario.

Por último, cabe citar la preparación del material básico para los seminarios regionales, en la que han participado unos 60 profesionales de todas las secciones de la OSP, gracias a lo cual se ha podido lograr una perfecta coordinación.

Para contestar la pregunta relativa al AMPES, señala el orador que ese sistema fue diseñado como un instrumento administrativo que permitiera identificar las necesidades primordiales de los Gobiernos y la asistencia o cooperación adecuadas, sean externas o provengan de la Organización. En la actualidad el sistema se utiliza no solo en el plano nacional, sino también en las áreas, en los centros y en todos los servicios del nivel regional, con objeto de integrar todo el programa de cooperación técnica de la OPS en los países en un solo documento y en un solo proceso.

Mediante el sistema puede obtenerse un análisis completo de las actividades de salud en un país, no solamente de las del ministerio de salud sino de todos los sectores, y saber con qué recursos se puede contar, tanto procedentes de la Organización como de los diferentes organismos de las Naciones Unidas. Así pues, una vez establecida la solicitud de cooperación técnica entre el ministerio de salud y el personal de la OPS en el país de que se trate, se estudia la posibilidad de conseguir más recursos que los marcados por el tope de la cuota asignada al país y, después de efectuar los reajustes correspondientes, el Representante puede examinar con el ministerio de salud la utilización más eficaz de todos los recursos.

Si bien es cierto que el sistema está funcionando bien, son pocos los informes regionales que hasta ahora se han recibido para poder comprobar de qué manera utilizan los países los recursos de la Organización. Esos informes permitirán conocer, en el caso de las becas por ejemplo, el número de solicitudes, a qué países van destinadas, cuáles son los meses de mayor demanda, qué orientación siguen los Gobiernos, etc. Así, en un futuro próximo, se podrán hacer análisis regionales para ver si las solicitudes de cooperación técnica por parte de los Gobiernos se ajustan a las políticas regionales establecidas por los Cuerpos Directivos.

The SECRETARY explained that in the past a Country Representative had been largely responsible for the administrative support of a group of professionals assigned from Headquarters to carry out certain tasks in individual countries. That situation had been substantially changed. Headquarters continued to provide technical guidance, but supervision now came largely from the Country Representative, who was responsible for the continuous direction of a team of people grouping together whatever skills were available in the Country Office concerned. That approach was going to substantially contribute effective horizontal integration.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que prepare un proyecto de resolución sobre el tema.

The SECRETARY recalled that one Delegate had suggested that the item under consideration might in the future be more effectively dealt with under the progress report relating to the implementation of the Plan of Action. He suggested that the Committee might wish to include a statement to that effect in the proposed resolution to be prepared by the Rapporteur.

ITEM 18: STUDY OF THE AEDES AEGYPTI PROBLEM

TEMA 18: ESTUDIO DEL PROBLEMA DEL AEDES AEGYPTI

El Dr. AYALDE (OSP), al presentar el tema, dice que en su XXVIII Reunión, celebrada en septiembre-octubre de 1981, el Consejo Directivo aprobó la Resolución XXI, en la que solicitó al Director que organizara un grupo técnico encargado de estudiar el problema y proponer alternativas de acción regional para erradicar el Aedes aegypti y medios para controlar el dengue y suprimir la amenaza de la fiebre amarilla urbana en el Continente. En cumplimiento de dicha resolución, el Director convocó la Reunión del Grupo Técnico en Mérida, Yucatán (México), del 1 al 5 de junio de 1982. Asistieron 50 representantes de los países más afectados, consultores de la Organización y expertos invitados. El Gobierno de México, además de su hospitalidad, ofreció todo el apoyo necesario.

El Grupo observó un incremento del dengue, ilustrado en forma muy clara por la pandemia de tipo 1 que empezó en 1977. Después de la introducción de este nuevo tipo en el Hemisferio, la virosis se extendió a casi todas las islas del Caribe y posteriormente a América del Sur (Venezuela, Colombia y Guayana Francesa) y a varios países de América Central. En 1979 el virus apareció en México y en 1980 en Texas, donde no se registraban casos autóctonos desde el decenio de 1940. Se estimó que durante la epidemia principal más de un millón de personas padecieron de dengue tipo 1.

En 1981 se comprobó la introducción en las Américas de dengue tipo 4, el único que no se había registrado antes en el Hemisferio. Sin embargo, la actividad de ese tipo se puede considerar como moderada y la enfermedad ha tenido carácter leve. Después de su aparición en las Antillas Francesas (San Bartolomé y San Martín), se registró su presencia en otros países de la Región. Ese mismo año, sin embargo, lo más importante fue la aparición, por primera vez en las Américas, de una epidemia de fiebre hemorrágica dengue con síndrome de "shock". Hasta esa fecha solamente se había presentado la forma clásica febril de la enfermedad, con carácter leve y casos esporádicos.

También en 1981 en Cuba se produjo un brote epidémico de fiebre hemorrágica dengue con síndrome de "shock", asociada al tipo 2 del virus, de graves proporciones. Se estimó que hubo cerca de 10,000 casos, 158 de los cuales fueron mortales. La pronta intervención de las autoridades cubanas en el combate contra el A. aegypti y en la atención de los enfermos impidieron que el problema alcanzara mayor gravedad.

El descubrimiento reciente de una epidemia de dengue de los tipos 1 y 4 en el Brasil prueba que el virus sigue ampliando sus fronteras. Hacía por lo menos 40 años que no se registraba la presencia de dengue en ese país cuando en 1982 se comprobó la existencia de una epidemia en Boa Vista, ciudad ubicada en el norte del país, cerca de la frontera con Venezuela y Guyana.

En cuanto a la fiebre amarilla, cinco países han registrado casos en los dos últimos años. Entre 1965 y 1982 se notificaron casos en 12 países de la Región y han ocurrido algunos brotes en lugares cercanos a áreas urbanas con altos índices de infestación por el A. aegypti, como ocurrió en Colombia en el período 1978-1979. Debido a las medidas de emergencia tomadas, se consiguió evitar la introducción en las zonas urbanas, pero este hecho ha obligado a considerar este problema como un peligro potencial de situaciones de desastre.

El Grupo desarrolló un amplio programa de trabajo que comprendía aspectos relacionados con el vector, el huésped humano, el virus y la enfermedad. De sus principales conclusiones y recomendaciones se citan algunas a continuación.

Por lo que se refiere al vector: 1) la erradicación del A. aegypti es técnicamente factible en los países de la Región; 2) existen ciertas limitaciones técnicas y falta de decisiones políticas que actualmente frenan el éxito de dicho programa a nivel regional; 3) cada país debe hacer intensos esfuerzos para erradicar el A. aegypti o reducir su densidad al nivel más bajo posible, de acuerdo con sus recursos técnicos y financieros y sus prioridades nacionales; 4) cada país debe analizar la relación costo-beneficio del control del vector, comparándola con el efecto sobre la salud y considerando que el valor de la pérdida de vidas es incalculable; 5) cada país debe preparar un plan de emergencia que incluya un inventario de los recursos, y 6) se deben realizar investigaciones sobre biología, ecología y distribución del A. aegypti y sobre las variaciones genéticas entre las diferentes cepas geográficas con respecto a su importancia vectorial, su comportamiento y la susceptibilidad a los insecticidas.

En cuanto al dengue y a la fiebre amarilla: 1) la extensión y la calidad de la vigilancia epidemiológica del dengue y la fiebre amarilla se consideran de alta prioridad, por lo cual se debe evaluar la cobertura, la metodología y las técnicas utilizadas, así

como la calidad de los laboratorios y las necesidades de adiestramiento; 2) ante la experiencia adquirida en la Región, y particularmente en Cuba, en octubre se reunirá en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., un grupo interregional de la OMS para revisar el Manual de diagnóstico y tratamiento de la fiebre hemorrágica originalmente preparado para la Región de Asia Sudoriental y la del Pacífico Occidental, en el que participarán expertos cubanos invitados por la OPS.

En lo referente a vacunas, el Grupo consideró la necesidad de revisar la política de vacunación contra la fiebre amarilla, en vista del riesgo potencial debido a la amplia reinfestación y expansión del A. aegypti, modernizando la producción de la vacuna para satisfacer las crecientes necesidades de inmunización de las poblaciones expuestas.

Por otra parte, se subrayó la necesidad de continuar las investigaciones sobre una vacuna contra el dengue, como medida complementaria de control y se informó sobre los progresos conseguidos en este campo, indicándose que no se espera contar con una vacuna utilizable en campañas de salud pública antes de cinco u ocho años.

Finalmente, el Grupo recomendó que los Gobiernos de las naciones latinoamericanas con problemas de dengue y fiebre amarilla fomenten la investigación sobre estas enfermedades, especialmente a nivel local.

O Dr. BICA (Brasil) observa ser esta a quarta vez que os órgãos deliberativos da Organização Pan-Americana da Saúde revisam a política de erradicação do Aedes aegypti do Continente, que foi adotada em 1947 e inúmeras vezes reiterada. Após examinar os relatórios de grupos de especialistas reunidos em 1967, 1969 e 1977, a Organização decidiu manter a política de erradicação. O crescente risco de urbanização da febre amarela silvestre e a epidemia de febre hemorrágica do dengue, recentemente ocorrida em Cuba, conferem novas dimensões ao problema.

Declara a seguir que o Governo do Brasil examinou com profundo interesse o relatório da reunião de Mérida e que a Delegação de seu país deseja fazer as seguintes observações sobre esse documento e sobre o problema em pauta:

O grupo concluiu que a erradicação do Aedes aegypti é tecnicamente exequível, mas que existem limitações importantes que podem reduzir o êxito do programa em nível regional. O grupo, entretanto, não especifica quais são esses fatores. Da leitura do documento se depreende que esses fatores são a apatia generalizada, a falta de uma política de governo e dificuldades administrativas e financeiras, todos passíveis de solução. O próprio grupo reconhece na página 25, item 3 do documento (CSP21/22), que os métodos empregados para o controle de vetores têm-se mostrado adequados para conseguir eliminar o vetor em vários países, quando aplicados com suficiente intensidade e cobertura. Excelente exemplo disso é o programa de erradicação do Aedes aegypti agora em curso em Cuba. Depois de vários anos de programas de controle ineficientes, o Governo daquele país estabeleceu a campanha nacional para a erradicação do Aedes aegypti. Baseada no apoio material e moral prestado pelo Governo ao programa e utilizando os métodos atualmente disponíveis, a campanha em Cuba conseguiu, ao finalizar o terceiro ciclo da fase de consolidação, reduzir os índices de incidência praticamente a zero. Outra coisa será a manutenção desse status que dependerá de um ativo e eficaz serviço de vigilância e da cooperação dos outros países ainda infestados.

Entretanto, o grupo recomenda que os países se esforcem por erradicar o A. aegypti ou reduzir sua densidade ao nível mais baixo possível, de acordo com os seus recursos técnicos e financeiros e suas prioridades nacionais. Isso significa simplesmente o abandono da política de erradicação até agora mantida pela Organização, cujo objetivo não foi atingido porque alguns países não cumpriram compromissos solenemente assumidos e reiterados em inúmeras reuniões. Baseados nesses compromissos, vários países, à custa de

imensos esforços e sacrifícios financeiros, erradicaram o Aedes aegypti de seus territórios, certos de que os outros países manteriam seus compromissos várias vezes reiterados. Não é justo, portanto, agora, modificar a esta altura as regras do jogo.

Estima-se que a erradicação do Aedes aegypti do Brasil custou até 1955, quando o país foi declarado livre do vetor, cerca de US\$250 milhões, mas nos últimos anos mais de 22 reinfestações têm vindo de seus vizinhos, e que obrigam a dispender vários milhões de dólares em descobrir e combater essas reinfestações. A salvaguarda desse enorme investimento em dinheiro e esforços humanos é de vital importância para todos os países das Américas que já conseguiram a erradicação do vetor. A erradicação não pode ser local ou regional. Deve ser continental, pois nenhum país conseguirá manter-se livre do vetor se os países vizinhos permanecerem infestados e exportarem o vetor. O mesmo se aplica aos países que adotaram programas de controle, pois será difícil manter o nível de infestação que tiverem escolhido como o mais apropriado para evitar a ocorrência do dengue e da febre amarela.

A erradicação do A. aegypti de um país não deve ser considerada unicamente como uma medida isolada para proteger seu território de uma ameaça potencial ou imediata, mas como elemento essencial de prevenção de febre amarela urbana ou do dengue em todo o Hemisfério.

Recorda a seguir que a origem do programa de erradicação do Aedes aegypti do Continente remonta ao fim do século passado. Antes de 1900, os Estados Unidos da América encontravam-se no extremo do âmbito de propagação internacional da febre amarela. Em 1889 a situação chegou a tal ponto que, em conferência celebrada em Montgomery, no Estado de Alabama, considerou-se a seguinte resolução: "Que é opinião desta conferência que todas as nações têm a obrigação de tomar medidas para erradicar de seus territórios qualquer foco de pestilência; que a existência desses focos constitui uma ameaça para as demais nações; e que se peça ao nosso Departamento de Estado que pela via diplomática transmita esta opinião aos governos considerados contrários à opinião expressa". O informe anual do Cirurgião Geral do Serviço de Hospitais da Marinha dos Estados Unidos correspondente a 1895, afirmava, em relação à febre amarela, que "a imunidade a essa terrível pestilência somente se conseguirá mediante uma ação sanitária inteligente em nossos portos do sul e também exigindo a nossos vizinhos que seus portos sejam tão pouco perigosos para a população dos Estados Unidos como os são os desta nação para eles". Em tom mais moderado, Walter Reed e James Carroll, em 1911, recomendaram que se tratasse de "persuadir as autoridades sanitárias da nossa república irmã, o México, e dos países das Américas Central e do Sul, que se juntassem a nós na adoção de métodos melhores para a eliminação desta epidemia tão prevalente". Isso só tomou forma final em 1947, quando o Conselho Diretor aprovou o programa de erradicação do A. aegypti do continente.

Afirmando que a erradicação do Aedes aegypti é ainda a única medida preventiva, eficaz e permanente contra a febre amarela urbana e o dengue, assinala que não se dispõe de vacina contra o dengue e não se sabe ao certo quando ela estará disponível, e que não basta ter a vacina; é preciso aplicá-la e isso custa mais dinheiro do que a erradicação. A longo prazo, a erradicação do A. aegypti, embora inicialmente mais custosa, torna-se mais econômica que a manutenção da densidade do vetor a um nível em que, como pitorescamente assinala o Grupo de Estudo de Mérida, dificilmente ocorra a transmissão da doença. Qual é esse nível? Depende de vários fatores. Além disso, não basta dificultar o aparecimento da doença, mas também impedir a exportação do vetor para os países livres do mosquito. Para os países infestados exportadores do vetor, o critério de contenção varia de acordo com as conveniências e as circunstâncias do momento. A erradicação é permanente e o controle tem de ser mantido indefinidamente e será a longo prazo mais dispendioso e, como todo programa que cai na rotina, se deteriora. Os programas de controle fracassam frequentemente devido à falta de financiamento adequado, problemas administrativos e de supervisão, falta de treinamento, etc., ou seja, pelas mesmas causas a que se atribui o insucesso de vários programas de erradicação. Menciona-se frequentemente como causas que impedem ou dificultam a erradicação, a falta de recursos

financeiros. Entretanto, os prejuízos causados por uma epidemia de dengue ou de febre amarela urbana são incalculáveis. Então, por que adotar a política tímida, quando se conta com um método eficaz, econômico a longo prazo que deu resultados permanentes para eliminar de vez a ameaça da febre amarela urbana e do dengue?

No item 3 na página 25 do Doc. CSP21/22, um grupo de estudo afirma que os métodos empregados para o controle de vetores têm sido adequados para a eliminação do Aedes aegypti; assim, o grupo admite que esses métodos são capazes de levar à erradicação. O grupo também recomenda, no tocante à vigilância do dengue e da febre amarela, um elaborado sistema de vigilância, fora do alcance da maioria dos países do nosso Continente. Além disso, é praticamente impossível a um país com extensas fronteiras terrestres e fluviais com outras nações, como é o caso do Brasil, manter uma vigilância adequada se os seus vizinhos mediatos ou imediatos continuarem a reinfestar. É um trabalho interminável e dispendioso.

Quanto à recomendação referente à realização de estudos de custo/benefício, convém lembrar que em 1970 uma empresa consultora em gestão administrativa realizou uma análise sobre a relação custo/benefício da prevenção das doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Este estudo, juntamente com outro, levado a efeito em 1970, foi arquivado. Os dois estudos concluíram que a erradicação era a política mais indicada. Eliminado o vetor, evidentemente torna-se desnecessária a maior parte das investigações propostas.

Quanto às recomendações propostas no campo da vacinação, elas são completamente irrealistas. Seria necessário, no caso de um retorno aos índices de infestação anteriores ao programa de erradicação, vacinar cerca de 320 milhões de pessoas somente na América Latina e no Caribe. Para manter a imunidade, seria preciso, periódica e sistematicamente, vacinar as crianças que nascem cada ano; cerca de 8 milhões. Ora, existem no mundo somente 12 laboratórios de produção de vacina anti-amarela aprovados pela OMS, dos quais três acham-se localizados nas Américas. Os baixos estoques e a limitada capacidade de produção dos laboratórios existentes constituem um sério obstáculo às medidas de prevenção e controle num caso de emergência que envolva grandes grupos de população. As possibilidades de aumentar a produção da vacina são limitadas por vários fatores. O desenvolvimento de uma vacina preparada com vírus cultivado em células e tecidos aumentaria grandemente a rapidez e a economia de produção, além de permitir uma rápida expansão no tempo de emergência. Os estudos para a elaboração desta vacina estão adiantados mas ainda é necessário algum tempo para que se possa ter a vacina, experimentá-la e liberá-la para uso humano.

Finaliza dizendo que o problema fundamental reside nos países exportadores de Aedes aegypti. Não se atenta contra a soberania de nenhum governo pedindo que não prejudique a seus vizinhos; e desta Conferência cabe esperar pelo menos que se inste aos países que, por tal ou qual razão não tenham realizado seus programas de erradicação, que se preocupem de evitar pelo menos a exportação do vetor, tarefa que não é impossível.

El PRESIDENTE propone que, dado lo avanzado de la hora, se levante la sesión.

The session rose at 5:45 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

THIRD SESSION
TERCERA SESION

Wednesday, 22 September 1982, at 11:15 a.m.
Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 11:15 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguin

Argentina

ITEM 18: STUDY OF THE AEDES AEGYPTI PROBLEM (continued)
TEMA 18: ESTUDIO DEL PROBLEMA DEL AEDES AEGYPTI (continuación)

El Dr. ALDERETE ARIAS (Paraguay), refiriéndose a los comentarios del Delegado del Brasil, dice que para Paraguay no hay otra alternativa que la de adherirse a la moción presentada por dicho Delegado. La erradicación del vector sería la solución pero, si fuera posible, debería hacerse a escala continental. Habida cuenta de la reinfestación ocurrida en el Paraguay, se están destinando fondos a una campaña de vacunación, como medida de urgencia, especialmente en las zonas expuestas a la fiebre amarilla, ya que ciertos países vecinos experimentan brotes de esa enfermedad. Termina haciendo un llamamiento para que se estudie a fondo la situación, pues la aparición de la fiebre amarilla sería catastrófica, por no hablar del azote que el dengue podría representar para los países de las Américas.

El Sr. LARREA DONOSO (Ecuador) informa que en su país se está desarrollando una campaña para el control permanente del dengue. Se ha preparado un documento al respecto, que se distribuirá a los delegados, pero desea presentar un breve resumen de los antecedentes de esa campaña. En 1948 comenzó en el Ecuador la lucha contra el A. aegypti, con la cooperación de la OPS y la OMS, y en 1958 se declaró oficialmente erradicado el mosquito (Resolución XXXV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana). Entonces se estableció un sistema de vigilancia, que fue suspendido en 1965. Después de llevar a cabo un plan de verificación de la presencia o ausencia del vector en varias ciudades y de firmar un convenio con la OPS y la OMS para su vigilancia, el cual no se cumplió hasta que se celebró otro con las mismas Organizaciones en 1974, se inició la vigilancia en ese último año. Tres años más tarde, el Servicio de Malaria, encargado de la vigilancia, detectó un foco de A. aegypti en Manta y luego, en 1981, se descubrieron larvas del mosquito en Portoviejo, cerca de Manta, ciudad que se vio reinfestada por tercera vez en 1982. Por último, el orador informa sobre las actividades de vigilancia y control que se realizan en el Ecuador, tales como tratamiento de los criaderos de mosquitos y su destrucción mecánica, drenaje de las aguas estancadas, educación de la comunidad y otras.

El Dr. CASTELLON (Nicaragua) felicita al Dr. Bica por la exposición hecha en la sesión anterior, exposición que, a su juicio, constituye un verdadero estudio de investigación. Añade que su Delegación estima que las conclusiones y recomendaciones contenidas en el informe de la Reunión de Mérida (México) son válidas. Por eso, Nicaragua ha empezado ya a aplicarlas, principalmente mediante educación sanitaria popular, eliminación de criaderos de mosquitos, aplicación de Abate en los recipientes llenos y en el agua de consumo, intensificación de la búsqueda del vector en los lugares más expuestos, como puertos marítimos y aeropuertos, puestos fronterizos, etc., mejoramiento del personal de lucha antivectorial, medidas para reducir la densidad del vector y divulgación entre el personal médico de las características del dengue clásico y de la fiebre hemorrágica.

Mr. INGLIS (Canada) said that the Canadian Delegation also was concerned at the spread and risk of yellow fever in the Region, the epidemic proportions of dengue fever in

the Caribbean and other countries of the Americas, and the advent of hemorrhagic manifestations in Cuba associated with high mortality in children. Cuba was to be commended on its control and eradication program with intensive consolidation and surveillance phases.

The Canadian Delegation agreed with earlier speakers that the eradication of the vector, Aedes aegypti, was the obvious solution to the problem. However, experience with vector eradication had clearly shown that traditional methods had not worked and might not work in the future.

A multidisciplinary subcommittee of the Advisory Committee on Medical Research, studying the sociology of malaria in Nicaragua, the Dominican Republic, and an area of southern Mexico, had looked at lifestyle, behavior, and migration patterns. Its study had recommended the adoption of a primary health care, horizontally organized, multisectoral approach to the eradication problem. Delegates might wish to consider a pilot project to test the effectiveness and efficiency of that more realistic approach to the problem. He suggested that a similar multidisciplinary study on the problems of yellow fever and dengue was clearly advisable.

He felt that PAHO should make every effort to implement the recommendations of the document under consideration, but that dengue or yellow fever surveillance committee should not be included as part of the Disaster Committee. Rather, he emphasized that countries should set up area programs for vector control because the vector did not stop at borders and that the intersectoral and intercountry cooperation was essential. In view of the seriousness of the malaria problem, such programs should include a separate section for malaria eradication. PAHO should treat dengue and yellow fever as matters of the highest priority because of their epidemic proportions in the Hemisphere.

Delegates might be interested to know that the Canadian Medical Research Council had been approached to conduct a study of laboratory requirements for the production of yellow fever vaccine and that the Canadian International Development Agency was actively considering the matter.

El Dr. CORRALES (Honduras) hace suyos los elogios tributados al Dr. Eica por el Delegado de Nicaragua. Explica que, en su país, se ha concedido prioridad a las enfermedades transmitidas por vectores, concretamente la malaria, las propagadas por el A. aegypti y, en cierto modo, también la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis. Aprovecha la oportunidad para expresar su agradecimiento por la ayuda inmediata ofrecida por los Estados Unidos de América a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional, que permitió adquirir material, equipo, vehículos e insecticida. También hace constar el reconocimiento de su país a Cuba, por la ayuda ofrecida por esta República en un problema en que posee vasta experiencia. Honduras tiene que enfrentarse con la seria situación que plantean las 53.000 hectáreas infestadas por el A. aegypti y los elevados índices de contaminación registrados en las zonas del litoral norte y sur. Puesto que los recursos son escasos, el país sigue expuesto a una epidemia de dengue hemorrágico como la registrada en 1978, que causó casi medio millón de casos. Se procura con todo empeño llevar a cabo una campaña en masa encaminada a promover la participación de la población adulta y escolar en la eliminación de los criaderos de mosquitos, y se espera que, en los dos próximos años, la infestación quedará reducida a un nivel que no permita la aparición de epidemias.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América), en nombre de su Delegación, felicita al grupo técnico por el trabajo realizado. Indica que no le sorprenden los datos presentados sobre la erradicación del A. aegypti en Cuba, país donde persistían focos de ese vector a pesar de haberse empleado muchos recursos humanos y gastado cuantiosas sumas para combatirlo. Es preciso establecer buenos métodos de vigilancia y medidas activas de control. El descubrimiento de cepas de Aedes en las zonas silvestres puede ser un factor de suma importancia para reconsiderar los trabajos de erradicación y lucha.

Señala que, durante muchos años, ha defendido el control en lugar de la erradicación, opinión contraria a la del Delegado del Brasil. En vista de la situación económica mundial, de los medios técnicos disponibles y de la posibilidad de nuevos descubrimientos, habría que seguir insistiendo en el establecimiento de un buen sistema de vigilancia y en la adopción de medidas de control adecuadas a las circunstancias. Hacen falta investigaciones detalladas sobre vigilancia y diagnóstico, biología del vector, medidas de control, etc.

O Dr. BICA (Brasil) refere-se à primeira recomendação do Doc. CSP21/22 e assinala que a mesma, ao aceitar o controle, está propondo uma total modificação da política de erradicação. Quanto maior for a demora em erradicar o Aedes aegypti, pior será a situação. Não existe programa fácil, cumprindo, portanto, examinar todos os métodos opcionais, e só depois de constatada a impossibilidade de erradicar, caberia formular uma recomendação favorável ao controle. Quanto às investigações, os termos da moção apresentada nada contém que possam desanimar os investigadores, porque o que os desanima é a falta de ação para controlar o problema. Há muito o que investigar, mas a prioridade, no caso presente, cabe à erradicação.

Passa a ler as recomendações 1 e 2 contidas na página 30 do mesmo documento, e afirma que a vacinação ali sugerida é irreal do ponto de vista de sua limitação e de seu custo. Sem negar a utilidade da vacina como arma de controle da febre amarela silvestre, opina que a vacinação, como base para a proteção contra a febre amarela, é utópica. Idêntica afirmativa é aplicável ao dengue, para o qual nem sequer existe vacina.

El Dr. PAGES (Cuba) indica que, a raíz de la epidemia ocurrida entre mayo y octubre de 1981, que afectó a un elevado porcentaje de la población de su país, el Gobierno de Cuba, por intermedio de la OPS, decidió erradicar la enfermedad y su agente transmisor, el mosquito A. aegypti.

De 1904 a 1954 no se ejecutó en Cuba ningún programa eficaz de lucha contra el A. aegypti, aunque para esa época algunos países de las Américas habían logrado ya su erradicación. Como no existía ninguna actividad de control, el índice de infestación en todo el territorio nacional oscilaba entre 11 y 26%. En 1959 se inició una campaña de erradicación en forma vertical en cuatro de las seis provincias existentes en esa época, obteniéndose índices de 0,1 a 53,4% en las localidades encuestadas. En 1967 se incorporó la campaña a los servicios generales de salud, mediante la red de policlínicas existentes en el país. En 1977 hubo un brote epidémico de dengue tipo 1, el primer caso notificado en 34 años. Una epidemia de dengue tipo 2 ocurrida en 1982 afectó a una gran parte de la población, 343.203 personas, y ocasionó fiebre hemorrágica, shock y varias muertes, aunque la tasa de mortalidad fue baja en comparación con la registrada en epidemias de ese tipo en otras partes del mundo. A partir de junio de 1981 se estableció el programa nacional para el control de la epidemia de dengue y la erradicación del A. aegypti bajo el asesoramiento y control técnico del Ministerio de Salud Pública.

La experiencia adquirida por Cuba en materia de erradicación del A. aegypti permite subrayar la importancia de realizar un trabajo similar en todos los países de las Américas, de delegar en el Estado la responsabilidad de encontrar soluciones para ese problema sanitario y de fomentar la activa participación del pueblo en las campañas de erradicación. Cuba está dispuesta a compartir su experiencia en este campo con los Gobiernos Miembros de la OPS, en la medida que se estime conveniente.

El Dr. AYALDE (OSP) agradece la participación de los delegados, en particular, la del Dr. Bica del Brasil. Aclara que el informe de la reunión de Mérida se preparó en respuesta al mandato del Consejo Directivo por medio del cual se solicitó al grupo técnico que estudiara el problema del A. aegypti y propusiera líneas de acción regional para erradicar ese vector, combatir el dengue y suprimir la amenaza de la fiebre amarilla urbana en el Continente. A pesar de que el informe es muy conciso, refleja la experiencia

y las aportaciones de los distintos miembros del grupo. Algunos países afrontan dificultades financieras para la erradicación y solo pueden cubrir el 60% del área infestada. El grupo de trabajo se ha visto en la necesidad de analizar la presencia del vector en los sitios habituales y en otras áreas, bajo distintas condiciones. El vector solía ser doméstico pero ahora es extradoméstico; se mantenía en el área peridoméstica pero ahora se ha alejado de esta; vivía en tierras bajas de 600 metros sobre el nivel del mar, pero ahora se encuentra a 2.200 metros. El informe abre la puerta para la investigación de nuevos métodos de erradicación.

Recuerda la observación hecha por el Dr. Arreaza Guzmán de Venezuela respecto del cambio ocurrido en el panorama de la distribución urbanorural de la población y señala que, a menudo, los criaderos están vinculados al mal manejo de los desechos sólidos o de cualquier objeto que pueda contener agua. Es importante que cada Gobierno tome su propia decisión en materia de erradicación, teniendo en cuenta que, en la actualidad, la propagación del vector no se limita al litoral de los países sino que se extiende al interior, hecho que fue comprobado recientemente con la aparición de un brote epidémico de dengue en el Estado de Roraima, en el norte del Brasil. El desarrollo de las vías de comunicación aumenta el peligro de reinfestación.

La recomendación del informe relacionada con la vacunación no tiene la intención de proponer dicha medida como medio para erradicar las enfermedades sino mejorar la inmunización para proteger a las personas.

Recuerda también el orador que el A. aegypti fue erradicado en un programa en el que solía trabajar. En ese programa, el costo se distribuyó entre varias actividades. El mosquito desapareció fácilmente de las áreas urbanas tratadas pero, con el tiempo, adquirió resistencia al DDT y eso exigió la adopción de otras medidas. En la erradicación del A. aegypti hay que tener en cuenta no solo el área cubierta sino también la altura a la que se encuentra el vector. En la actualidad se desconoce la capacidad vectorial de las cepas existentes fuera de sus habitats normales. Subraya que la finalidad del informe fue analizar varios aspectos relativos al vector así como al huésped humano, y considerar otras medidas conducentes a la solución del problema.

O Dr. BICA (Brasil), refiriendo-se às declarações do Delegado dos Estados Unidos, diz não ter conhecimento de qualquer descoberta nova a não ser a produção de vacina e o cultivo de tecido. Por outro lado, o mosquito está mudando seus hábitos em função de intermináveis programas de controle, e está se tornando mais resistente aos inseticidas atuais, cuja substituição por novos tipos será cada vez mais difícil.

No caso da reinfestação em Cuba, não seria de esperar que o país pudesse erradicar o Aedes aegypti em apenas um mês, quando muitos países não o fizeram em muitos anos.

Quanto a serviços horizontais, a sugestão serviria para países com um bom tipo de infra-estrutura de saúde. Contudo, para citar o caso do Brasil, 25% dos municípios carecem de serviços de saúde localizados principalmente em áreas na Amazonia. Ademais, os programas de controle atualmente em curso nos diversos países não impediram a expansão do vetor em todo o continente e o agravamento do problema do dengue. Não há tempo para organizar infra-estruturas de saúde a longo prazo, e uma inação frente ao problema poderá resultar num retrocesso sanitário de quase 80 anos.

Referindo-se à decisão tomada pelos países durante a XIX Assembléia Mundial da Saúde, de erradicar a varíola do mundo, classificou essa tarefa como muito mais difícil do que a erradicación do Aedes aegypti das Américas. O que vale é a união dos países para um fim comum, tanto é que, em 1962, 80% da área do continente americano estava livre do mosquito. O programa começou a marcar passo porque alguns países não cumpriram o compromisso assumido, o que resultou em reinfestações. Há mais de dez anos vinha-se prevendo o

aparecimento do dengue hemorrágico no Caribe o que de fato ocorreu, mas ainda persiste a idéia de um programa de controle, que vai exigir maiores despesas e mais tempo, sem nenhum resultado.

Finalizando, solicita que a mesa distribua um projeto de resolução apresentado pela Delegação de seu país.

El PRESIDENTE pide al Relator que prepare el proyecto de resolución correspondiente, incorporando lo expresado por los delegados y la propuesta de la Delegación del Brasil.

The session rose at 12:25 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:25 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

FOURTH SESSION
CUARTA SESION

Wednesday, 22 September 1982, at 2:55 p.m.
Miércoles, 22 de septiembre de 1982, a las 2:55 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguín

Argentina

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y cede la palabra al Dr. Ehrlich.

The SECRETARY announced that the General Committee had assigned three additional agenda items to Committee A, namely, items 34, 35, and 36.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

ITEM 13 a): PLAN OF ACTION FOR THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000. PROGRESS REPORT (conclusion)
TEMA 13 a): PLAN DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS (conclusión)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the progress report on the Plan of Action (Document CSP21/26 and ADD. I) prepared by the Director as well as the report of the Executive Committee;

Noting the steps that the Director has taken to strengthen the catalytic role of the Organization in the implementation of the Regional Plan of Action for health for all as well as the reports of Member Governments on their own activities to implement the process of health for all;

Taking note of the Global Strategy of Health for All by the Year 2000, approved by Resolution WHA34.36 of the World Health Assembly (1981) and Resolution XX of the XXVII Meeting of the PAHO Directing Council (1980);

Considering that Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council (1981) recognizes the urgency of pursuing the required strategies of health for all; and

Recalling that Resolution XI urged the Governments to instruct their Ministers of Health to formally reaffirm at this XXI Pan American Sanitary Conference their commitment to the implementation of the Regional Plan of Action,

RESOLVES:

1. To reaffirm the commitment of all the Member Governments of the Pan American Health Organization to develop the necessary activities that will ensure the implementation of the Regional Plan of Action.

2. To urge the Governments to:

- a) Support and promote the implementation of the Plan of Action by initiating further activities at the national level to promote a broader understanding of the process of health for all;
- b) Take further steps to adjust national health plans in keeping with the Plan of Action and, in that process, to assure the most effective reprogramming of external cooperation;
- c) Set in motion the process of improving national information systems so as to contribute to the effective incorporation of monitoring and evaluation systems in the managerial process for national health development;
- d) Ensure, at the highest level, the effective communication and cooperation among the different political, social, and economic sectors in order to make health an integral part of socioeconomic development.

3. To express appreciation to the Director for the activities initiated by the Organization in support of the implementation of the Plan of Action, and particularly for the series of regional seminar/workshops on the Plan of Action.

4. To request the Director to:

- a) Encourage and support additional activities at the national level to implement the Plan of Action;
- b) Support and increase the measures adopted to strengthen the catalytic role of the Organization in the exchange of experiences and cooperation among Member Countries and the international community.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe preparado por el Director sobre la marcha de los trabajos relativos al Plan de Acción (Documento CSP21/26 y ADD. I), así como el informe del Comité Ejecutivo;

Habiendo tomado nota de las medidas que el Director ha adoptado para reforzar la función catalizadora de la Organización en la instrumentación del Plan de Acción Regional de salud para todos, así como de los informes de los Gobiernos Miembros sobre sus propias actividades como parte del proceso de salud para todos;

Habida cuenta de la Estrategia Mundial de salud para todos en el año 2000 aprobada por la Resolución WHA34.36 de la Asamblea Mundial de la Salud (1981) y la Resolución XX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1980);

Considerando que en la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981) se reconoce que es urgente seguir las estrategias necesarias de salud para todos, y

Recordando que en la Resolución XI se insta a los Gobiernos a que instruyan a sus respectivos Ministros de Salud para que en la presente XXI Conferencia Sanitaria Panamericana reafirmen solemnemente su compromiso de dar cumplimiento al Plan de Acción Regional,

RESUELVE:

1. Reafirmar el compromiso de todos los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud de desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento al Plan de Acción Regional.

2. Instar a los Gobiernos a que:

- a) Apoyen y promuevan la instrumentación del Plan de Acción, emprendiendo al efecto actividades complementarias a nivel nacional que faciliten y difundan el conocimiento del proceso de salud para todos;
- b) Adopten nuevas medidas para que los planes nacionales de salud se ajusten al Plan de Acción y que, en ese proceso, aseguren la reprogramación más eficaz de la cooperación externa;
- c) Pongan en marcha el proceso de mejoramiento de los sistemas nacionales de información para facilitar la incorporación efectiva de sistemas de vigilancia y evaluación al proceso de gestión del desarrollo nacional de la salud;
- d) Aseguren al más alto nivel una comunicación y cooperación efectivas entre los distintos sectores políticos, sociales y económicos, con el fin de conseguir que la salud sea parte integrante del desarrollo socioeconómico.

3. Dar las gracias al Director por las actividades que ha emprendido la Organización en apoyo de la instrumentación del Plan de Acción, y en particular por la serie de seminarios/talleres regionales sobre dicho plan.

4. Pedir al Director que:

- a) Estimule y apoye actividades adicionales a nivel regional para dar cumplimiento al Plan de Acción;
- b) Apoye e intensifique las medidas adoptadas para reforzar la función catalizadora de la Organización en el intercambio de experiencias y la cooperación entre los Gobiernos Miembros y la comunidad internacional.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 13 b): FINANCIAL AND BUDGETARY IMPLICATIONS (continued)

TEMA 13 b): IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS (continuación)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the document prepared for the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee (Document CSP21/21), which describes the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action;

Bearing in mind Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council, which adopted the Regional Plan of Action for health for all by the year 2000 and Resolution WHA35.23, in which the World Health Assembly adopted the Global Plan of Action for implementing the global strategy for health for all by the year 2000;

Noting the revisions and recommendations made by the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming and by the 88th Meeting of the Executive Committee; and

Considering that health is a basic human right that must be safeguarded by the State,

RESOLVES:

1. To express appreciation to the Director for the study on the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action.

2. To request the Member Governments to make studies of the financial machinery in their countries and to adjust their national financial resources to their health needs, while implementing a policy of rationalization of current expenditures, austerity in personnel costs, and optimization of management functions in the health field and resorting to international financial assistance for clear and well-defined purposes in order to avoid needless indebtedness.

3. To request the Director to:

a) Continue to examine the international economic environment and national and international resource allocations to the health and related sectors and to inform the 92nd Meeting of the Executive Committee in 1984 of any significant changes affecting the attainment of health for all by the year 2000;

b) Advise those Member Governments which may request it on ways to implement the outcome of these studies.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento preparado para el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo (Document CSP21/21), que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción;

Habida cuenta de la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, que adoptó el Plan de Acción Regional de salud para todos en el año 2000, y la Resolución WHA35.23, en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción mundial para llevar a cabo la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000;

Observando los cambios introducidos y las recomendaciones hechas por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Considerando que la salud es un derecho humano fundamental cuyo cuidado es obligación del Estado,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director el estudio sobre las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción.

2. Pedir a los Gobiernos Miembros que hagan estudios sobre los medios de financiación en sus países y que adecúen los recursos financieros nacionales a sus necesidades de salud, llevando a cabo una política de racionalización del gasto corriente, austeridad en el gasto de personal y optimización de las funciones gerenciales de salud, haciendo un uso claro y definido de las ayudas financieras internacionales para evitar endeudamientos innecesarios.

3. Pedir al Director que:

a) Continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional y que informe a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo en 1984 sobre cambios significativos que afecten la posibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000;

- b) Dê asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios.

Mr. INGLIS (Canada) proposed the insertion of an additional operative paragraph, after operative paragraph 1 to read:

2. That no country of the Region of the Americas shall fail to reach the target set out in the Regional Strategies and Plan of Action through any act and omission by the Organization or its Member Countries.

The subsequent existing operative paragraphs would be renumbered accordingly. Furthermore, he proposed in the last operative paragraph the addition of a new subparagraph a) to read:

- a) To assign the highest priority to the allocation of resources and provision of technical assistance to those Member States that are in greatest need.

The existing subparagraphs would be renumbered accordingly.

El Dr. ARREAZA GUZMAN (Venezuela) estima que la proposición de la Delegación del Canadá es muy importante, por lo que sugiere que se reproduzca y reparta en la sesión del próximo día el proyecto de resolución con la modificación propuesta.

El Sr. LARREA DONOSO (Ecuador) manifiesta su preocupación con respecto al punto 4.a) del proyecto de resolución.

Le Dr. BROUELLE (France) fait la même suggestion que la Délégation du Venezuela et demande que le texte de l'amendement soit soumis par écrit, car, à son avis, il n'est pas bon qu'une décision soit prise tout de suite sans que l'on dispose du texte écrit.

El PRESIDENTE dice que, de acuerdo con los deseos expresados por las Delegaciones de Venezuela y Francia, el texto se pondrá a disposición de los delegados en la sesión de mañana.

El Dr. CABRERA (México) manifiesta que en principio está de acuerdo con la decisión adoptada. Le preocupa el párrafo 2 del proyecto de resolución, pues le parece que tal como ahora figura en el proyecto de resolución distribuido, es demasiado específico y, aunque el espíritu que lo anima es positivo, podría invadir la esfera de autonomía de los países. Le parece preferible que la redacción del párrafo 2 quede tal como aparece en el proyecto de resolución original que recomienda el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE indica que se tomará en cuenta la inquietud del Delegado de México con respecto al párrafo 2 del proyecto de resolución, el cual resultó de la inclusión de propuestas o sugerencias formuladas en el examen original del documento y de los respectivos proyectos de resolución del Comité Ejecutivo.

Mr. BOYER (United States of America) said that, while the second amendment proposed by the Delegate of Canada no doubt reflected the desire of many Member Governments, it was too simple in its formulation. The main obstacle in many developing countries to the input of greater resources was the lack of infrastructure to absorb them. The question of allocating limited resources, for which the Organization had a complicated mechanism, required the resolution to contain a more detailed formulation or it should not be addressed at all.

Mr. INGLIS (Canada), replying to the comment by the Delegate of Ecuador, said it was his understanding that if the plenary of the Conference adopted the resolution as amended, it would in effect be demonstrating its will that the Director should assign

priority accordingly. As for the comment of the United States Delegate, if the Organization assigned highest priority to those Member Countries in greatest need, part of its task would be to assist them in developing the necessary health sector infrastructure. The key issue was that resources should be allocated more in accordance with the health needs of Member Countries. An analysis made the previous year in connection with the proposed 1984-1985 budget had demonstrated that there was almost an inverse relationship between national mortality rates and gross national product, and the amount of assistance the countries were receiving from the Organization.

El Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo) cree que la resolución objeto de debate está muy ligada a la que se examinará al discutir el tema 29, ya que hace referencia a los criterios por los que se rige la división presupuestaria.

Con respecto al comentario del Delegado de México, es cierto que el punto 2 fue discutido con detalle por el Comité Ejecutivo, y se llegó a la conclusión de que debiera hacerse algo de orden general. En esa discusión participaron 21 países, entre observadores y miembros del Comité. Los países están de acuerdo en unos lineamientos y política que después puedan aplicar en la forma que estimen pertinente.

El Dr. CORRALES (Honduras), refiriéndose a los comentarios del Delegado de los Estados Unidos de América, dice que a su entender no tocan realmente el punto trascendente, ya que a menos que se ayude a aquellos países con menos recursos económicos, no podrán aprender a mejorar su capacidad operativa. Cree así que las aclaraciones del Delegado del Canadá son pertinentes, ya que no debe olvidarse que salud para todos en el año 2000 se traduce en metas concretas que se expresan a través de números: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, o indicadores de salud. Concuerda asimismo con lo expresado por el Delegado del Ecuador.

El PRESIDENTE deja pendiente el proyecto de resolución A-PR/2 para discutirlo en la próxima sesión y solicita a la Relatora que dé lectura al proyecto de resolución A-PR/3.

ITEM 14: IMPLEMENTATION OF THE DIRECTING COUNCIL'S RECOMMENDATIONS ON WHO'S STRUCTURES IN LIGHT OF ITS FUNCTIONS. PROGRESS REPORT (conclusion)

TEMA 14: APLICACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO REFERENTES A LAS ESTRUCTURAS DE LA OMS EN RELACION CON SUS FUNCIONES. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS (conclusión)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report of the Director (Document CSP21/23) on the implementation of the Directing Council's recommendations on WHO's structures in light of its functions;

Bearing in mind Resolution WHA33.17 and the extensive efforts by the Subcommittee set up to study the subject at the 84th and 86th Meetings of the Executive Committee;

Considering the positive impetus for change generated by the XXVII Meeting of the Directing Council, particularly in Resolutions X and XX; and

Recognizing the integral and complementary aspects of Resolutions XI, XII, XIII, and XIV of the XXVIII Meeting of the Directing Council,

RESOLVES:

1. To take note of the innovative and positive efforts made by the XXVII and XXVIII Meetings of the Directing Council in generating the impetus for change integral to the strategies of health for all by the year 2000 and the Regional Plan of Action.

2. To congratulate the Member Governments on their commitment and their continued efforts to implement the recommendations of Resolution X of the XXVII Meeting of the Directing Council.

3. To thank the Director for his report.

4. To request the Director to continue to monitor the further progress of these initiatives and inform the Governing Bodies through the reporting process of the monitoring and evaluation of the Regional Plan of Action.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director (Documento CSP21/23) sobre la aplicación de las recomendaciones del Consejo Directivo referentes a las estructuras de la OMS en relación con sus funciones;

Habida cuenta de la Resolución WHA33.17 y de la intensa labor desplegada por el Subcomité para el estudio del tema en las Reuniones 84a y 86a del Comité Ejecutivo;

Considerando el positivo ímpetu de cambio imprimido por la XXVII Reunión del Consejo Directivo, particularmente en sus Resoluciones X y XX, y

Reconociendo los aspectos integrales y complementarios de las Resoluciones XI, XII, XIII y XIV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota de los esfuerzos positivos e innovadores hechos por la XXVII y la XXVIII Reuniones del Consejo Directivo al imprimir el ímpetu necesario de cambio que entrañan las estrategias de salud para todos en el año 2000 y el Plan de Acción Regional.

2. Felicitar a los Gobiernos Miembros por su adhesión y su esfuerzo sostenido en el cumplimiento de las recomendaciones de la Resolución X de la XXVII Reunión del Consejo Directivo.

3. Dar las gracias al Director por su informe.

4. Pedir al Director que siga con atención los ulteriores progresos de esas diversas iniciativas y que informe a los Cuerpos Directivos por medio del proceso de información de vigilancia y evaluación del Plan de Acción Regional.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 19: ABUSE OF NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES

TEMA 19: USO INDEBIDO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

Dr. KATATSKY (PASB) said that the report in Document CSP21/13, which had been presented in response to Resolution XLI of the XXVII Meeting of the Directing Council, provided an overview of the current drug abuse situation in the Region and of the national and regional programs aimed at drug abuse control. It had been prepared on the basis of published research reports, unpublished communications from investigators working in the field, data from existing treatment services, and any information from other Regions that might be pertinent.

At the beginning of the Document, there was a discussion of the methodological difficulties in assessing drug abuse, and it was noted elsewhere in the document that none of the countries in the Region, with the exception of the United States of America and Canada, had any permanent mechanisms for monitoring drug abuse trends or their related social and public health consequences. The lack of attention to the collection of drug abuse related data provided very favorable conditions for increased illicit drug trafficking. By the time the authorities determined that a problem existed, it was already difficult to bring it under control.

It was clear from the data presented in Annex I of the Document that drug abuse was very widespread in the Region. The primary drugs of abuse were marijuana, the sedative-hypnotics, amphetamines, cocaine paste, and inhalants. By far the greatest limitation of the studies mentioned in Annex I was the fact that few investigators used additional data to provide insights or interpretations of their own data. For example, if 10 per cent of the teenagers in a particular city had used sedative-hypnotics and 4 per cent used them regularly, how many of them were really dependent on the drug, how many were experiencing social and psychological problems, and what social and health consequences were likely to occur? In the absence of additional research, there were no clear-cut answers to those questions.

In general, the inputs from the health sector to the national drug abuse control programs had been quite limited in the Region, first because data on drug abuse were not being collected, and second because action in the health sector might seem less effective and less dramatic. That was especially so in countries where the role of the public health sector was limited to treatment and rehabilitation, as was the case in most of the countries of the Region.

However, effective strategies that did have a measurable impact could be implemented by the ministries of health. Drug regulation, in particular, was an important means of controlling the supply of psychotropic and narcotic substances, and it was therefore a very basic and effective strategy for drug abuse prevention and merited immediate attention. At the present time, few of the Region's ministries of health had established any formal mechanism of coordination between their mental health authorities (who generally directed drug abuse programs) and their drug regulatory authorities (who were generally responsible for new drug approvals, registrations, import and export, and record-keeping in compliance with the international drug control treaties). Furthermore, in budgeting and programming for drug abuse activities, drug control was not generally viewed as drug abuse prevention.

Drug regulation systems were inadequate in many countries of the Region. Resources were insufficient and record systems were antiquated and cumbersome. Few of the countries could report their data on controlled substances with any degree of confidence. That situation produced ideal conditions for the diversion of raw materials and pharmaceutical products from legal to illegal channels, as well as an environment in which legally manufactured and marketed dependence-producing drugs were sold over the counter in pharmacies. Disorganization of procedures at the national level, lack of supervision of retail outlets and manufacturers, and/or insufficient personnel to monitor the situation properly could contribute to an over-supply of some psychotropic drugs and severe shortages of others.

As had been pointed out by the Director-General of the WHO at the opening session, the management of pharmaceuticals at all levels in the health care system needed urgent attention so as to control costs, reduce wastage, and ensure that essential drugs were available when and where they were needed. There was an inter-divisional group in PAHO working on the management of pharmaceuticals and the Regional Adviser on drug abuse was a member of that group.

Psychotropic drug control did not occur in a vacuum. It was firmly based on the existing infrastructure for general pharmaceuticals management and control. Until that infrastructure was in place and operating effectively, psychotropic drug control could not advance appreciably.

Another issue discussed in the document was the problems of the over-prescribing of psychoactive substances by physicians, but there was unfortunately a scarcity of data from the Region on that aspect of the drug abuse problem. Additional research on drug utilization should be carried out. Such research could provide the basis for planning promotional programs aimed at educating both the physician and the consumer about the risks and benefits associated with the use of psychoactive drugs; it could also assist in rationalizing drug use and cutting costs.

In the review of the drug abuse situation contained in the document, the organization of services for drug abuse patients was also covered. Those services were usually under-financed and understaffed and lacked a clear idea of their objectives. Over the past four years, several countries of the Region had begun to set up specialized institutions for drug abusers--usually located far from the communities in which the patients lived. They had been set up in accordance with an outdated model of care based on erroneous assumptions, the primary one being that, if funds were provided, the problem would be taken care of.

In reviewing other alternatives, governments should consider the development of community-based services fully integrated into the existing health care system. The most cost-effective of those services had proved to be those that utilized the existing health care system for brief periods of in-patient care, followed by referral to outpatient services in the community generally using nontraditional and nonmedical approaches. It was essential for governments to recognize that isolated medical approaches were totally ineffective in dealing with the drug abuse problem. To date, most of the countries which had drug abuse programs had included them in their general mental health programs.

In addition to drug abuse, the mental health programs supported a number of costly activities, including the maintenance and long-term treatment of large numbers of institutionalized patients. In most countries there were no ear-marked resources within the mental health program exclusively designated for drug abuse activities, generally organized as part of the mental health program; this approach had not shown very encouraging results so far. An alternative was to set up a separate and special drug abuse unit within the ministries of health with its own resources, resources that would in turn be invested in the mental health, epidemiology, and drug control and regulation programs. That approach offered substantial advantages because it rested on the principle of accountability, and resources could be expanded in accordance with objectives and priorities so as to maximize results. Program evaluation could be simplified and linked to specific objectives, activities, outputs, etc. Most importantly, the information for decision-making would be centralized in one office, which could then take appropriate and informed action in response to particular conditions--an extremely important factor in the field of drug abuse.

In conclusion, she said that the time appeared to be ripe for initiating monitoring and prevention activities such as the ones she had mentioned. She wished to emphasize, however, the need to look at the structure and function of national drug abuse agencies, particularly as they related to other social and health programs. She drew attention to the availability of resources from the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC) mentioned in the document. PAHO appreciated the support it had received from UNFDAC and would encourage countries interested in initiating drug abuse programs to approach the Fund for financing. PAHO would assist them in developing such proposals.

Mr. HANDLEY (United States of America) said that Document CSP21/13 made it clear that drug abuse was a serious problem in all countries in the Region and that little was

being done about it. It was not confined to major industrialized countries and it was not solely a matter of illicit substances but also the misuse of licit pharmaceutical products. It was evident that drug abuse which did not respond to traditional public health approaches had to be tackled on several fronts, particularly by greater control over the production and trafficking of drugs. In Florida the supply of drugs from outside the state had been virtually eliminated and campaigns were being undertaken elsewhere in the United States of America to eradicate the production of marijuana and other substances. Another important step, for which the Organization might provide assistance upon request, would be for Member Countries to consider developing or expanding appropriate access control systems for pharmaceutical products. PAHO might also assist its Members in educating health workers about drugs subject to abuse and in the management of drug supplies.

It was important to develop innovative approaches that did not require intensive investment, external funding, or complicated technology. To acquire better epidemiological information, studies of select population groups might prove more useful than the establishment of a costly major surveillance system. Family or community-based therapy was often more successful than expensive hospital treatment; countries might call on volunteers including the families of those suffering from drug abuse, to help with treatment and prevention. The subject of drug abuse might be incorporated into existing health education programs to expand popular awareness and understanding. To improve international cooperation on a problem that respects no national boundaries, as many countries as possible should adhere to the Single Convention on Narcotic Drugs and the Convention on Psychotropic Substances.

Similarly, countries should contribute to UNFDAC and should provide information on drug trafficking to the International Narcotics Control Board. Countries should also be active in the work of the United Nations bodies dealing with the subject. PAHO could certainly help in the essential task of sharpening public response to drug abuse, but basically it was a problem for the attention of each national government. It was to be hoped that they would all work both separately and together toward a permanent solution of the problem.

Dr. LENNOX (Canada) while endorsing the conclusions of Document CSP21/13, observed that it made no reference to the extensive work that had been done on the subject in Canada and the United States of America. Canada's experience might help other countries avoid unsuccessful methods.

El Dr. CASTELLON (Nicaragua) indica que en su país no se han realizado investigaciones en lo referente al uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Tampoco se dispone de estudios comparativos entre la situación actual y la que prevalecía antes del triunfo de la revolución popular sandinista, pero se puede inferir que ha ocurrido una modificación manifiestamente positiva de hechos como la eliminación del cultivo de marihuana, el control del tráfico ilícito de drogas, la disminución del número de pacientes afectados y cambios sustanciales en la conducta de las autoridades. El Gobierno de Reconstrucción Nacional canceló el antiguo Departamento Social de Prevención y Ayuda al Drogadicto, fundado en 1975, que no cumplía sus propósitos. Ahora, la estrategia para contrarrestar los daños individuales y sociales causados por tales problemas dependerá en gran medida de la experiencia que se obtenga con el programa multisectorial sobre el alcoholismo, actualmente en marcha. Se establecerán programas de investigación epidemiológica y social, medidas de atención, rehabilitación y, sobre todo, de prevención, conforme lo exija la experiencia.

El Dr. PAGES (Cuba) expone su preocupación con la situación que presenta la Región en cuanto al uso indebido de drogas. Considera que es necesario aunar esfuerzos que permitan valorar la dimensión del problema, y tomar las medidas requeridas para luchar con efectividad contra uno de los azotes más terribles que padece la sociedad contemporánea,

en especial, la juventud. En vista de que en Cuba no se confrontan situaciones similares a las expresadas por otros delegados, para él es muy satisfactorio transmitir sus puntos de vista en esta materia, así como la realidad objetiva de la toxicomanía en Cuba. Su deseo es contribuir así al éxito y propósito que anima el estudio de este tema.

Desde el inicio del proceso revolucionario, el Ministerio de Salud Pública estableció un control e inspección rigurosos sobre estas sustancias, limitándose su uso a los fines médicos y científicos necesarios, respetándose las medidas de fiscalización que establece la Convención Unica de Estupefacientes de 1961. La infraestructura del sistema nacional de salud permite establecer controles, procesar la información en cuanto al uso de estas sustancias, que fluyen desde la policlínica y las farmacias hasta la Sección de Drogas del Ministerio, consolidándose a este nivel su distribución y consumo real. El propio control y fiscalización de las prescripciones debe contar con datos confiables que faciliten un estudio continuo de las tendencias del uso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, lo que permitirá tomar medidas de carácter preventivo, antes de que el problema surja.

Desde luego, es necesario que ese control se acompañe de cambios sociales reales que permitan atender directamente las múltiples inquietudes de la sociedad, entre las que cabe señalar las referentes a la educación y la cultura. Educar al hombre, entre otras cosas, para servir a los demás y cumplir su obligación social elemental, es el principio en que se fundamenta la acción con nuestros adolescentes y jóvenes. Otro aspecto social importante es la ocupación del tiempo libre de los jóvenes, en especial, dedicándolo a actividades tales como el deporte y la recreación. En Cuba, la juventud tiene acceso democrático a la cultura física que acompaña a la enseñanza primaria.

Entre las medidas de carácter social, se han hecho esfuerzos para mejorar las condiciones de vida en las áreas rurales, que es donde generalmente tienen lugar los cultivos ilícitos, integrando a la población campesina en cooperativas de producción, mejorando las condiciones de vivienda, dotándolas de electrificación y suministros de agua. Todo ello ha contribuido a que no se estimule el cultivo de plantas que, como la marihuana, son propias de las zonas tropicales.

Sin embargo, su país no está totalmente libre del problema, ya que como consecuencia del tráfico ilícito en el área del Caribe, suelen llegar a las costas pacas de esta planta arrastradas por la corriente del Golfo, las que de inmediato son incineradas por las autoridades.

Por la importancia e implicaciones sociales del tema, apoya pues el planteamiento de que este problema debe estudiarse y controlarse con suficiente antelación, a fin de tomar las medidas preventivas y correctivas del caso, antes de que se convierta en un problema de difícil solución.

The session was suspended at 4:15 p.m. and resumed at 4:40 p.m.
Se suspende la sesión a las 4:15 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.

El PRESIDENTE anuncia que continúa el examen del tema 19.

El Sr. ELMORE (Perú) felicita a la Secretaría por el informe presentado, que constituye un documento de referencia sobre los estudios que se han realizado del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. El Perú, que es uno de los países que se mencionan como fuente de información en el anexo al documento, está consciente de los problemas que plantea esa nueva amenaza para la salud. La OPS debe conceder atención preferente a esos problemas, y en ese sentido el orador se suma a las manifestaciones de los delegados que le han precedido.

El Dr. SYMON (Chile) dice que el tema es importante no solo desde el punto de vista cuantitativo sino también cualitativo, teniendo en cuenta los grupos de edad que se

encuentran comprometidos en estos problemas. Propone que la Organización recopile la información que existe en los países acerca de los programas educativos que se ofrecen en relación con el abuso de las drogas y que se orienten hacia el escolar, la familia y la comunidad. La información debe incluir los contenidos de cada programa y datos sobre la metodología aplicada y resultados obtenidos en cada caso, ya que así se podrá considerar la posibilidad de adaptarlos y utilizarlos en otros lugares.

El PRESIDENTE otorga la palabra a la Dra. Katasky para que se refiera a los comentarios de los delegados sobre el tema.

Dr. KATATSKY (PASB) welcomed the comments that had been made on the document. Regarding the comments of the Delegate of the United States of America with respect to intermittent studies, she said that PAHO shared his assessment of the difficulties and cost involved in setting up real surveillance or monitoring systems. However, it did wish to urge countries to establish simple systems that would not necessarily involve the computerization of data (for instance) but would provide a formalized mechanism for communicating the data from the field to the directors of programs at the national level. It was distressing to note that, in many countries of the Region, while physicians in emergency rooms and hospitals across the country were aware of a number of phenomena, information on those phenomena did not reach the national level on a regular basis and there were no mechanisms at that level for taking action on that information. To clarify the point that was made in the document, those types of monitoring systems that were simple and low-cost and yet supplied the data required for decision-making at the national level were indeed an important factor.

As to the question of volunteerism raised by the same Delegate, it was impossible to over-emphasize the importance of tapping the community resources that existed in many of the countries. There was a tremendous spirit of voluntary action in the community on the part of a variety of types of groups, and the government authorities could take advantage of the good will, effort, and time of such groups by providing them with opportunities for consultation, advice, technical support, and so on, to enable them to act in a useful and effective manner in their communities. It was rare to see Governments taking much interest in the voluntary sector, but the possibilities and potential of harnessing the energies of those groups were very great.

Turning to the comments of the Delegate of Canada, she said that the document contained no reference to the drug abuse activities of the United States of America or Canada because the material was too voluminous to be included. She appreciated the opportunity to recognize publicly the very fine work done and the important collaboration that the Government of Canada had given PAHO and the Member Governments in the field of drug abuse control. A WHO collaborative Center, the Addiction Research Foundation, had provided the Organization and Member Governments with consultative services, participated in studies, organized meetings and seminars and trained fellows. PAHO appreciated the fine work that the Foundation had done for it.

The Delegate of Nicaragua had brought up the subject of alcoholism which had not previously been touched on at the Meeting, although it was one of the leading drug abuse problems and probably the most under-assessed health problem in the Region. It was a problem of tremendous proportions that affected millions of people, and yet it received almost no attention in the context of drug abuse. That was another area in which the voluntary sector was very important, and PAHO was making efforts to work with the private sector in that field.

The Delegates of both Chile and Cuba had brought up the question of youth and the damage that drug abuse could do to that group. PAHO was in full agreement with their views. It was collaborating with the Organization of American States and the Inter-american Children's Institute, on that specific problem. As to the suggestion of the

Delegate of Chile that the Secretariat should gather information and present a report on the problem at a future meeting, to her knowledge, very little was known about effective prevention. Many different countries had developed different types of educational approaches, but it was not just a question of education, it was a question of attitudes and social factors that were not really amenable to teaching. However, the Secretariat would be happy to make an analysis of the available information.

El PRESIDENTE agradece las explicaciones adicionales de la Dra. Katatsky y solicita a la Relatora que prepare un proyecto de resolución en que se tengan en cuenta los comentarios formulados en el debate sobre el tema.

ITEM 21: EVALUATION OF THE PAN AMERICAN CENTER FOR SANITARY ENGINEERING AND ENVIRONMENTAL SCIENCES

TEMA 21: EVALUACION DEL CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE

El Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo) señala que la Organización, siguiendo la política que le han señalado los Cuerpos Directivos, ha venido evaluando todos los centros panamericanos que tiene y que representan, aproximadamente, un 11% del presupuesto ordinario. Para la evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) se designó un Grupo de Evaluación, el cual realizó un estudio y preparó un informe detallado que incluye una serie de conclusiones y recomendaciones, tal como consta en el Documento CSP21/11.

El Comité Ejecutivo, en su 88a Reunión (junio-julio de 1982), revisó el informe del Grupo de Evaluación y aprobó una resolución que ahora se somete a la consideración de la Conferencia. Al respecto es preciso señalar que entre las recomendaciones principales del Grupo se encuentra la relativa a la asistencia técnica que presta el CEPIS y que representa un cambio en la política que se venía aplicando, en el sentido que se recomienda que el Centro reduzca su actual función de asistencia técnica y trate de reforzar en cambio las instituciones nacionales, de manera que los países puedan resolver sus propios problemas. Lo que se trata es de que cada país cuente con la infraestructura necesaria para que pueda llevar adelante los numerosos programas que se requieren para alcanzar las metas y los objetivos fijados en el campo de la salud ambiental, concediendo particular atención a las zonas rurales, que es donde habita la mayoría de la población.

En el informe también se recomienda que se mantenga en su forma actual el acuerdo que existe entre el Gobierno del Perú y la Organización, y al respecto resulta pertinente destacar el apoyo que dicho Gobierno ha dado al Centro.

Otra de las recomendaciones importantes se refiere a la designación de un comité asesor del CEPIS, tal como existe para otros centros panamericanos, que se encargaría no solo de velar por que se cumplan las políticas y los programas adoptados sino también de formular sugerencias para mejorar las actividades.

Considera que el CEPIS ha cumplido sus funciones y que únicamente hace falta que se vaya adaptando cada vez más a la realidad de los países.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América) considera que la evaluación es muy importante pero especialmente cuando se evalúan las labores de una Organización cuyos fondos no son ilimitados y con prioridades que pueden influir de manera decisiva en el devenir de la población.

Felicita al Grupo de Evaluación del CEPIS por el informe que ha elaborado, tan completo y profundo. Está de acuerdo con el informe en la importancia del desarrollo de la autosuficiencia de los Gobiernos Miembros y del adiestramiento de adiestradores. La aplicación de ese concepto evitará que el CEPIS aumente ilimitadamente su personal y su

presupuesto, lo cual crearía una situación difícil de mantener. Asimismo, cree que el Centro no debe duplicar las investigaciones que se realizan en otros lugares y que debe apoyar a una red de centros nacionales. Una tarea importante que puede desempeñar el CEPIS es la de incrementar el control de la calidad en los laboratorios nacionales y especialmente servir de laboratorio de referencia en todas esas actividades. Por eso sería conveniente el nombramiento en el Centro de un especialista con experiencia en laboratorio y de un consultor temporero en esa materia.

Felicita al Director y al personal del Centro por el buen trabajo que están realizando y deja constancia de su agradecimiento al Gobierno del Perú por haber puesto a disposición del CEPIS el magnífico edificio donde actualmente se ubican sus instalaciones. Propone que en el proyecto de resolución que se prepare sobre el tema se mencione el agradecimiento que se merece el Gobierno del Perú.

El Sr. ELMORE (Perú) agradece al Presidente del Comité Ejecutivo y al Delegado de los Estados Unidos de América sus palabras en relación con el cumplimiento que ha dado el Gobierno del Perú a sus obligaciones contraídas en virtud del acuerdo que concertó con la OPS en 1971.

El informe del Grupo Evaluación es un documento serio que merece el apoyo de los países. En efecto, el Grupo examinó con diligencia y acuciosidad las labores del CEPIS y ha formulado una serie de recomendaciones, la mayoría de las cuales tienden a reforzar las actividades del Centro. Sin embargo, hay dos o tres recomendaciones que preocupan al Gobierno del Perú, pues si se aplicaran no estarían totalmente dentro de la filosofía de trabajo reflejada en el acuerdo concertado en 1971, y que el propio Grupo recomienda que se prorrogue. Por ejemplo, la sección 3.2 del informe (pág. 10), que se refiere a la imagen del CEPIS, dice así:

"Debido a la alta calidad de sus servicios durante los últimos años CEPIS ha adquirido una excelente reputación por la competencia técnica de su personal y por su deseo de ser útil y de comprender las necesidades de los países. Es importante conservar esa buena reputación del Centro cuando cambie su orientación de la asistencia técnica a otros sectores, particularmente el de adiestramiento de personal".

Y el siguiente párrafo continúa:

"En algunos casos los países quisieran recibir una asistencia técnica más directa mediante visitas de mayor duración por personal y consultores del Centro. Unos pocos desean que se intensifiquen las investigaciones sobre sus propios problemas".

Y esta posición, que responde precisamente al desarrollo histórico de las actividades del CEPIS, es la que preocupa un tanto al Gobierno del Perú, cuando la compara con la recomendación respectiva, que aparece en el punto 8.2 (página 26), y que dice:

"En consecuencia, de acuerdo con la política de la Organización, se recomienda que CEPIS reduzca su actual función de asistencia técnica y trate de reforzar en cambio las instituciones nacionales, de manera que los países puedan resolver sus propios problemas".

Por otra parte en el punto 4.2 del informe (pág. 13), referente a la asistencia técnica y científica, se dice que:

"Son muchas las instituciones nacionales que tienen en alta estima los servicios de CEPIS en este sector, y algunas desearían que se los ampliara".

El principio planteado en el informe es sano y el Gobierno del Perú lo comprende plenamente. Se trata, en general, de que todas las actividades de la OPS se orienten a reforzar las entidades nacionales. Lo que le preocupa es que la recomendación se lleve al

extremo, y en un momento dado el CEPIS no pueda dar la cooperación técnica que los Gobiernos solicitan, lo cual no deberá suceder. La asistencia técnica, aunque se reduzca paulatinamente, siempre debe ser una de las herramientas fundamentales del CEPIS para el avance tecnológico de la OPS en el campo de la ingeniería ambiental. A través de dicha asistencia el personal del Centro se mantiene en contacto con los problemas que tienen que enfrentar los países de la Región.

De acuerdo con esas consideraciones, el Gobierno del Perú solicitó al Director General del Medio Ambiente que explorara la reacción que tendría la decisión de que el CEPIS dejara de prestar asistencia técnica a los países. La reacción fue unánime, y se observó una gran sorpresa de que el contrato del CEPIS, ante la realidad de los países, hubiera disminuido ya apreciablemente en los últimos dos o tres años.

La Delegación del Perú no se opone a que haya un cambio de ritmo en las labores del CEPIS; por el contrario, apoya los esfuerzos para reforzar las instituciones nacionales. Lo que sí desearía es que la recomendación se tomara con cierta precaución.

Otro aspecto que preocupa al Gobierno del Perú es el relativo a las investigaciones. En el informe del Grupo se dice al respecto (pág. 15) que se estima que es escasa la utilidad práctica de seguir investigando aspectos técnicos tales como estanques de estabilización, terraplenes sanitarios, fosos sépticos, etc., porque ya se han estudiado exhaustivamente en otros lugares. Y en cambio se señala que hay ciertos temas cuyo estudio podría promover el CEPIS con mayores probabilidades de utilidad inmediata, como el desarrollo institucional en cuestiones ambientales, agua potable y alcantarillado, legislación sobre medio ambiente y salud pública, rasgos culturales y psicosociales que influyen en el problema del saneamiento, investigación epidemiológica, etc.

Indudablemente no es conveniente duplicar investigaciones, pero tampoco parecería que en estos momentos algunos de los campos que se han señalado deberían corresponder al CEPIS. Por ejemplo, el relativo a la investigación epidemiológica de los efectos del medio ambiente sobre la salud humana, parecería que es un asunto del que podría ocuparse el Centro de Ecología, más bien que el CEPIS.

En el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, cuando hay presiones muy grandes para cumplir metas específicas, no parece que deben dedicarse esfuerzos especiales a investigaciones sobre legislación relativa al medio ambiente y salud pública, dándole una envergadura que en estos momentos escapa a las funciones del CEPIS.

En cuanto a las recomendaciones del informe sobre investigaciones (pág. 27), hay una en especial con la que no está conforme el Gobierno del Perú y es la que dice que el CEPIS debe poner término gradualmente a sus propias actividades de investigación y concentrarse en la prestación de ayuda para acelerar los proyectos que emprendan las instituciones cooperadoras. El Perú está de acuerdo con la segunda parte de la recomendación, pero tiene dudas de que la ausencia del CEPIS como elemento responsable en la conducción de algunas investigaciones sea lo más recomendable. No parece conveniente, en todo caso, que el Centro abandone definitivamente sus propias actividades de investigación pues muchas de ellas, que han sido reconocidas como de gran valor en foros internacionales, son una fuente de valiosos conocimientos en el campo de la ingeniería ambiental.

Está de acuerdo en que se restituya el cargo de experto en el control de la calidad del agua y el de especialista de laboratorio.

Para terminar, propone que el inciso 1) del párrafo 3 del proyecto de resolución incluido en el Documento CSP21/11 se modifique para que diga así:

1) que apoye y aplique, según proceda y con la debida caución en el caso de asistencia técnica directa a los países y en el de los proyectos de investigación de responsabilidad del CEPIS, los resultados y las recomendaciones del Grupo de Evaluación.

Le Dr. BROUELLE (France) félicite le groupe de l'évaluation du CEPIS et pense que la qualité de son travail place ce rapport parmi les meilleurs qui aient été soumis depuis le début de l'évaluation des Centres panaméricains. Elle apprécie l'analyse qu'il contient ainsi que les recommandations qui réorientent les activités du Centre en général, en fonction des progrès accomplis dans les pays, tant en matière d'assistance technique que de recherche, de formation et d'information. A son sens, l'assistance technique et la recherche dans le cadre du CEPIS n'ont pas été supprimées, mais simplement modifiées. Elle désire cependant souligner quelques points. D'une part, elle estime intéressante la recommandation relative au problème du contrôle de qualité, élément particulièrement important et d'un grand intérêt pour l'ensemble des pays dont la capacité dans ce domaine fait parfois défaut. D'autre part, la coopération et les relations avec les autres Centres panaméricains, et en particulier le Centre d'Ecologie du Mexique, lui paraissent indispensables, étant donné les champs d'activité très voisins des deux Centres. Le Dr. Broyelle rappelle que dès la création du Centre d'Ecologie du Mexique, la question de chevauchement des activités des Centres avait été soulevée et elle souhaite savoir comment on remédiera à cette critique et quels sont les mécanismes en place ou envisagés pour mieux harmoniser les programmes et utiliser les ressources existantes. Sa préoccupation, déjà exprimée aux réunions précédentes, est la suivante: comment prévoit-on d'intensifier les liens entre les deux Centres, en vue d'assurer le fonctionnement efficace et économique des structures existantes?

El PRESIDENTE anuncia que el debate sobre el tema continuará en la próxima sesión de la Comisión A.

The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

FIFTH SESSION
QUINTA SESION

Thursday, 23 September 1982, at 9:00 a.m.
Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 9:00 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguín

Argentina

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

- ITEM 13: PLAN OF ACTION FOR THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000: a) PROGRESS REPORT; b) FINANCIAL AND BUDGETARY IMPLICATIONS (conclusion)
- TEMA 13: PLAN DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. a) INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS; b) IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS (conclusión)

El PRESIDENTE somete a consideración el proyecto de resolución sobre el tema:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the document prepared for the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming of the Executive Committee (Document CSP21/21), which describes the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action;

Bearing in mind Resolution XI of the XXVIII Meeting of the Directing Council, which adopted the Regional Plan of Action for health for all by the year 2000, and Resolution WHA35.23, in which the World Health Assembly adopted the Global Plan of Action for implementing the global strategy for health for all by the year 2000;

Noting the revisions and recommendations made by the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming and by the 88th Meeting of the Executive Committee; and

Considering that health is a basic human right that must be safeguarded by the State,

RESOLVES:

1. To express appreciation to the Director for the study on the financial and budgetary implications of the Regional Strategies and Plan of Action.
2. That no country of the Region of the Americas shall fail to reach the targets set out in the Regional Strategies and Plan of Action through any act of omission by the Organization or its Member Countries.
3. To request the Member Governments to make studies of the financial machinery in their countries and to adjust their national financial resources to their health needs, while implementing a policy of rationalization of current expenditures, austerity in personnel costs, and optimization of management functions in the health field and resorting to international financial assistance for clear and well-defined purposes in order to avoid needless indebtedness.

4. To request the Director to:

- a) Assign highest priority to the allocation of resources and provision of technical assistance to those Member Countries that are in greatest need;
- b) Continue to examine the international economic environment and national and international resource allocations to the health and related sectors and to inform the 92nd Meeting of the Executive Committee in 1984 of any significant changes affecting the attainment of health for all by the year 2000;
- c) Advise those Member Governments which may request it on ways to implement the outcome of these studies.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento preparado para el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo (Documento CSP21/21), que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción;

Habida cuenta de la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, que adoptó el Plan de Acción Regional de salud para todos en el año 2000, y la Resolución WHA35.23, en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción mundial para llevar a cabo la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000;

Observando los cambios introducidos y las recomendaciones hechas por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Considerando que la salud es un derecho humano fundamental cuyo cuidado es obligación del Estado,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director el estudio sobre las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción.

2. Que ningún país de la Región de las Américas debe dejar de alcanzar las metas fijadas en las Estrategias Regionales y en el Plan de Acción a causa de cualquier omisión por parte de la Organización o de los Países Miembros.

3. Pedir a los Gobiernos Miembros que hagan estudios sobre los medios de financiación en sus países y que adecúen los recursos financieros nacionales a sus necesidades de salud, llevando a cabo una política de racionalización del gasto corriente, austeridad en el gasto de personal y optimización de las funciones gerenciales de salud, haciendo un uso claro y definido de las ayudas financieras internacionales para evitar endeudamientos innecesarios.

4. Pedir al Director que:

- a) Conceda la máxima prioridad a la asignación de recursos y a la prestación de asistencia técnica a aquellos Países Miembros que más lo necesiten;
- b) Continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional y que informe a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo en 1984 sobre cambios significativos que afecten la posibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000;

- c) Dé asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios.

Mr. INGLIS (Canada), introducing a further amendment to the text, proposed, first, that operative paragraph 2, which had caused some concern because of the way it had been interpreted, should be deleted and the succeeding paragraphs renumbered in sequence; and, second, that the phrase "Assign highest priority" at the beginning of the renumbered paragraph 3.a) should be replaced by the words "Pay special attention." His Delegation would be making a similar proposal in the plenary session concerning agenda item 29.

El PRESIDENTE dice que, si no hay objeciones, considerará aprobado el texto del proyecto de resolución con la enmienda propuesta por el Delegado de Canadá.

Decision: The proposed resolution as amended was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 21: EVALUATION OF THE PAN AMERICAN CENTER FOR SANITARY ENGINEERING AND ENVIRONMENTAL SCIENCES (conclusion)

TEMA 21: EVALUACION DEL CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE (conclusión)

El Dr. WITT (Jefe, División de Protección de Salud Ambiental) agradece a los Delegados de los Estados Unidos de América, Perú y Francia los comentarios formulados sobre el informe de evaluación del CEPIS, que se tendrán en cuenta al aplicar las recomendaciones del informe. Hace constar su reconocimiento al Perú por la valiosa colaboración que ha permitido el satisfactorio funcionamiento del Centro.

Refiriéndose a las actividades del Centro, señala que la asistencia técnica, el adiestramiento, la investigación y la divulgación de información fueron objeto de especial atención por parte del grupo evaluador. En consecuencia, teniendo en cuenta una serie de factores, como el exceso de solicitudes de asistencia en relación con los recursos, el hecho de que en ciertos países ya existe una capacidad instalada de gran calidad, las diferencias entre los países, etc., ha recomendado que se disminuya la asistencia técnica, para obtener una mejor distribución en las funciones del CEPIS y para acentuar aquellas que pueden contribuir más efectivamente al desarrollo de la capacidad nacional sin que ello suponga la eliminación de ninguna de las cuatro funciones que el Centro viene desempeñando. Precisamente se considera que actividades como la formación de adiestradores y la investigación constituyen uno de los campos en que mejor se pueden utilizar sus recursos. Igualmente la Red Panamericana de Información ofrece una valiosa cooperación a los países, si bien es necesario aumentar sus funciones. En resumen, se pretende equilibrar mejor las actividades del CEPIS frente a las realidades actuales.

Respondiendo a los comentarios de la Delegada de Francia, explica que la cooperación entre el CEPIS y el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) se facilita notablemente porque ambos Centros pertenecen a la misma División, lo que evita también duplicaciones. A este respecto cita los programas del CEPIS enumerados en el Informe del Grupo de Evaluación (pág. 6) y los del ECO, que son los relativos a salud de los trabajadores, control de las sustancias químicas peligrosas, epidemiología ambiental, estrategias ecológicas e indicadores biológicos, efectos de salud y socioeconómicos de los proyectos de desarrollo y sistemas de información.

En la Sede se coordina también a otro nivel la labor de los dos Centros con la de las otras Divisiones de la OPS. Así, se han establecido grupos de trabajo, como por ejemplo, en relación con la salud ocupacional, pesticidas y enfermedades diarreicas, y se organizó una reunión en el ECO, patrocinada por la OMS, para definir mejor la función de la Organización en materia de ecología humana y salud.

Seguidamente, el PRESIDENTE somete a consideración el proyecto de resolución sobre el tema.

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the report on the evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) (Document CSP21/11);

Considering the provisions of Resolutions XXXI of the XX Pan American Sanitary Conference and XXXI of the XXVI Meeting of the Directing Council; and

Mindful of the significant requirements of the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade,

RESOLVES:

1. To take note of the report on the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences, and to thank the Member Governments which have actively participated in the evaluation process.

2. To thank the Director for making available the evaluation report and the recommendations of the Evaluation Team of CEPIS.

3. To request the Director to:

a) Support and implement, as appropriate and with due caution in regard to direct technical assistance to the countries and to research projects for which CEPIS is responsible, the findings and recommendations of the Evaluation Team;

b) Continue to seek extrabudgetary resources to further CEPIS' collaboration with Governments in implementing their programs.

4. To request the Governments to:

a) Contribute financial and other support for activities carried out by CEPIS in the countries, for training programs which require national support, for the reproduction of materials initially prepared by CEPIS, and for the general costs of those programs;

b) Identify and support national institutions that would join CEPIS as part of a network of collaborating institutions to further training, information exchange, and applied research programs.

5. To thank the Government of Peru for its unflagging support to CEPIS and for generously supplying to the Center all resources needed for the performance of its functions.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe sobre la evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) (Documento CSP21/11);

Considerando lo dispuesto en las Resoluciones XXXI de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana y XXXI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo, y

Consciente de las considerables necesidades en relación con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, y dar las gracias a los Gobiernos Miembros que han participado activamente en el proceso de evaluación.

2. Dar las gracias al Director por haber facilitado el informe de evaluación y las recomendaciones del Grupo de Evaluación del CEPIS.

3. Pedir al Director:

a) Que apoye y aplique, según proceda y con la debida caución en el caso de asistencia técnica directa a los países y en el de los proyectos de investigación de responsabilidad del CEPIS, los resultados y las recomendaciones del Grupo de Evaluación;

b) Que siga recabando recursos extrapresupuestarios para intensificar la colaboración del CEPIS con los gobiernos en la ejecución de los programas de estos.

4. Pedir a los Gobiernos:

a) Que presten apoyo financiero, entre otras cosas, a las actividades que desarrolle el CEPIS en los países, a los programas de adiestramiento que requieran ayuda nacional, a la reproducción de materiales inicialmente preparados por el CEPIS y a los gastos generales de esos programas;

b) Que identifiquen y apoyen instituciones nacionales que se sumarían al CEPIS para integrar una red de centros colaboradores en el fomento del adiestramiento, el intercambio de información y los programas de investigación aplicada.

5. Dar las gracias al Gobierno del Perú por el apoyo constante que ha dado al CEPIS poniendo generosamente a su disposición los medios necesarios para el desempeño de sus funciones.

El PRESIDENTE dice que si no hay observaciones, considerará aprobado el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 22: PAN AMERICAN FOOT-AND-MOUTH DISEASE CENTER

TEMA 22: CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA

El Dr. FERNANDES (Jefe, Programa Especial de Salud Animal) recuerda que en la XX Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978 se aprobó una resolución en la que se pidió al Director que, en consulta con los órganos competentes en la materia, estudiara la posibilidad de transferir las responsabilidades que incumbían a la Organización, en relación con el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, a alguna entidad internacional más estrechamente vinculada con la agricultura, teniendo cuidado de que esa transferencia se efectuara sin menoscabo de la valiosa labor que se venía realizando. Un año después, en la XXVI Reunión del Consejo Directivo, se aprobó una resolución en el sentido de mantener el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) como programa ordinario de la OPS. Igualmente, en

la XII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, en abril de 1979, los ministros de agricultura o sus representantes recomendaron que PANAFTOSA continuase operando como programa de la OPS con el apoyo financiero de los Gobiernos de los Países Miembros y de los Países Participantes. El Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), fue el único organismo que, en respuesta a la consulta del Director de la OPS, manifestó su interés por participar en los estudios necesarios para la transferencia eventual de PANAFTOSA. Sin embargo, el IICA ha señalado que el aporte de recursos de los Gobiernos que financian el Centro, parte integrante del presupuesto ordinario de la OPS, debería ser transferido también a esa institución. Su estructura salarial es similar a la de la OPS, pero los beneficios y políticas sociales y fiscales son distintos. Durante la XXVI Reunión del Consejo Directivo se expresó inquietud sobre los efectos de la inflación en la situación presupuestaria de PANAFTOSA y del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) y su relación con los programas de cooperación técnica y las prioridades de salud. En la Resolución XXVII de esa misma Reunión, se instruyó al Director a fin de que concediera alta prioridad a la evaluación integral externa de CEPANZO y PANAFTOSA, para la que designó un grupo externo, el informe del cual fue sometido a la XXVII Reunión del Consejo Directivo en 1980.

Sobre la base de las recomendaciones del grupo y por mandato del Consejo, se preparó un documento titulado "Propuesta de un programa quinquenal integrado de control y erradicación de zoonosis y fiebre aftosa en América Latina y el Caribe". Esa propuesta fue aprobada por la II Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial, celebrada en marzo de 1981 en Washington, D.C., y por la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, de ese mismo año.

Con la finalidad de aprovechar al máximo los recursos humanos y financieros, se ha intensificado la interacción entre los programas de cooperación técnica de PANAFTOSA y los de las otras unidades del Programa Especial de Salud Animal. A solicitud de los países se están unificando los sistemas de información y vigilancia epidemiológica para las enfermedades vesiculares y las zoonosis más importantes en salud pública. Por otro lado, muchas de las estrategias y tecnologías empleadas por PANAFTOSA tienen una aplicación cada vez mayor y más directa en el campo de las zoonosis y de la salud pública en general.

En cuanto a la capacitación de recursos humanos, la OPS lleva a cabo un programa de adiestramiento en salud animal para América Latina. En ese extenso e importante programa, con la contribución del BID, que es de cerca de \$2 millones, PANAFTOSA tiene una destacada intervención. Por último, el orador señala que los objetivos del Plan de Acción, en relación con la salud pública veterinaria y la salud animal, comprenden el mejoramiento de la nutrición humana, mediante el incremento de la disponibilidad de proteínas de origen animal, y la reducción de las pérdidas socioeconómicas causadas por las principales zoonosis y la fiebre aftosa.

Mr. INGLIS (Canada) recalled that his Delegation had already expressed concern regarding the financing difficulties encountered by PAHO and the budgetary implications of the study submitted to the Subcommittee on Long-Term Planning and Programming. It was particularly concerned about the large proportion of the PAHO regular budget being devoted to PANAFTOSA.

Canada recognized Brazil's generous support of the Center and the important functions the Center performed in animal health, whose relationship to the goal of health for all by the year 2000 was not in dispute. Nevertheless, it seriously doubted whether some 20 per cent of the assets of an Organization entrusted with the task of improving the health of the people of the Region through primary health care should be used for animal and veterinary public health programs.

It should be borne in mind that the world economic situation had deteriorated sharply since the adoption by the Directing Council of a resolution favoring retention of

PANAFTOSA within the PAHO regular budget, and resources were becoming increasingly difficult to obtain from the economically-strained donor countries. Moreover, while control of foot-and-mouth disease could be said to help provide better nutrition, management of the essential program by an institution specializing in animal production, with specific expertise in animal health, namely the Inter-American Institute for Cooperation in Agriculture (IICA), would prove more efficient and avoid duplication of efforts.

A recent study by an advisory committee on international cooperation in animal health in which Canada had participated, had found a lack of coordination among the international organizations concerned and had proposed that consideration be given to placing the administration of animal health programs under a single international agency. The animal health program initiated by IICA in 1979 had focused on strengthening national animal health institutions and equipping them to maintain a capability for effective ongoing action against animal disease. Since agencies like IICA were also concerned with the other aspects of food production and marketing, they were better able to assign priorities among animal health programs in the context of overall food production. Moreover, IICA's activities were multinational: they supported national agencies working in agricultural development. They were geared to concrete problems and they were responsive to the needs of Member Countries. The institution also contributed new ideas, methods, models, and practices for the development of viable alternative solutions to animal health problems.

In short, in view of PAHO's serious budget problems and the fact that the major thrust of its programs was toward health for all people by the year 2000, his Delegation proposed that a resolution be drafted requesting the Director to open negotiations with IICA, with the participation of Brazil, aimed at developing a plan of action for the transfer of PANAFTOSA from PAHO to that specialized institution.

O Dr. BICA (Brasil) concorda com o ponto de vista esposado pela Delegação do Canadá e afirma que a Organização Pan-Americana da Saúde está dispendendo uma quantia exagerada em saúde animal. Sem negar a utilidade do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, recorda que, na XX Conferência Sanitária Pan-Americana, celebrada em Grenada, a Delegação do Brasil apresentara um projeto de resolução, aprovado como Resolução XIX, conforme consta no Documento Oficial 162, que pedia a transferência do Centro para uma entidade internacional mais estreitamente vinculada com a agricultura.

Declara que o Governo do Brasil e ele próprio têm muito interesse pelo Centro, que historicamente, representava uma idéia nascida na Organização dos Estados Americanos, mas que chegara o momento de estudar cuidadosamente sua transferência a outro órgão internacional.

Finalizou dizendo que, não sendo uma zoonose, a febre aftosa guarda com a saúde humana uma relação que só se enquadra na definição abrangente da OMS, e que o trabalho reconhecidamente excelente do Centro não seria prejudicado com sua passagem para outro órgão, com o qual guarde relação mais estreita.

Le Dr. VERNEREY (France) remercie le Rapporteur et se range à l'avis du Canada et du Brésil, car l'important est de conserver l'excellente qualité du travail accompli jusqu'à présent par le Centre de la Fièvre aphteuse. Il appuie le transfert envisagé à l'IICA, sous réserve qu'il soit précédé d'une étude complémentaire assurant que la qualité du travail accompli jusqu'à maintenant sera bien conservée.

El Dr. ALDERETE (Paraguay) dice que PANAFTOSA ha venido colaborando eficientemente desde hace 31 años en todos los países latinoamericanos en actividades de prevención, control y erradicación de esa enfermedad, y que la transferencia del Centro a otra entidad no solo deterioraría esas actividades sino que debilitaría otras del programa de salud

animal, como la vigilancia epidemiológica, la formación de recursos humanos, el control de zoonosis, etc. Considera que PANAFTOSA debe seguir funcionando dentro de la OPS y apoya el proyecto de resolución presentado.

El Sr. CABRERA (México) apoya lo expresado por la Delegación del Paraguay, y reafirma que sería conveniente que el Centro permaneciera como uno de los programas de la OPS.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica) said that, while she appreciated the financial analysis presented by the Delegate of Canada, she wished to point out that the less-developed countries felt strongly that animal health was not just vaguely related to human health. It was not necessarily viewed merely as a source of protein, but as a source of income which could then support other less expensive forms of protein. Her Delegation endorsed the views expressed by the Delegations of Paraguay and Mexico to the effect that PANAFTOSA should be considered as an ongoing PAHO program. Her delegation was deeply concerned that the 31 years of experience in which the program had been delivered with other technical cooperation activities of PAHO would suffer if it were terminated.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) dice que, para resumir las inquietudes de algunos delegados, leerá algunos pasajes del documento sobre las actividades de cooperación técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, presentado en la primera Conferencia Internacional sobre el Impacto de las Enfermedades Viricas en el Desarrollo de los Países Latinoamericanos y de la Región del Caribe, celebrada en Rio de Janeiro del 22 al 27 de marzo de 1982. Así, en el documento se señala que la fiebre aftosa continúa siendo una de las enfermedades víricas del ganado que ocasiona mayores pérdidas económicas en los países de América del Sur, reduciendo la disponibilidad de leche y carne, limitando los mercados de exportación de productos de origen animal e interfiriendo seriamente en el comercio internacional de animales y productos pecuarios.

América del Norte y Central, Panamá y los países del Caribe están libres de la enfermedad. En América del Sur, todos los países se encuentran afectados, con excepción de la Patagonia argentina, la frontera entre Colombia y Panamá, las Guyanas y Chile. El BID concedió créditos por valor de \$65 millones a los países latinoamericanos, en el período 1966-1979, para combatir la fiebre aftosa. Gracias a la acción del Centro, ha sido posible establecer en el Uruguay un servicio de vigilancia epidemiológica y epizootica con un excelente sistema de información y adiestrar más de 2.614 funcionarios de 42 países de la Región de las Américas y de otras regiones.

El orador apoya el concepto del mejoramiento de la nutrición humana mediante el incremento y la disponibilidad de proteínas de origen animal y la reducción de los perjuicios socioeconómicos causados por las principales zoonosis y la fiebre aftosa. Desea presentar a la Comisión el siguiente proyecto de resolución:

Pedir al Director: a) que, en consulta con los organismos internacionales correspondientes y de acuerdo con las prioridades y necesidades programáticas de los Gobiernos de los Países Miembros, trate de ampliar los servicios de cooperación técnica prestados a los países en materia de salud animal y salud pública veterinaria, evitando la duplicación de esfuerzos; b) que se mantenga el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa como un programa regular de la OPS.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) apoya los planteamientos hechos por las Delegaciones del Paraguay, México y Jamaica y el proyecto de resolución presentado por el Delegado del Uruguay. Recalca la importancia que para su país tiene la producción porcina y la labor desempeñada por PANAFTOSA cuando en el Uruguay se produjo una epidemia de peste porcina africana.

Mr. PAHALAN (Guyana) said that, after discussions with the Guyanese Ministry of Agriculture, his Delegation had come to the conclusion that there was no advantage to be

gained from placing PANAFTOSA under the administration of another agency. The Center had performed effectively in the past and should remain under PAHO, while cooperating with IICA.

O Dr. BICA (Brasil) afirma que a passagem do Centro PANAFTOSA para outro órgão irá dotá-lo de maior liberdade de ação e de maiores recursos, pois é difícil, para uma organização de saúde que não dispõe de fundos para tratar de programas humanos prioritários, solicitar dinheiro para uma doença animal. Disse estranhar o interesse dos ministros de agricultura em transferir uma responsabilidade que cabe às suas pastas para um órgão de saúde, ainda mais que a febre aftosa é um problema agrícola e econômico, e sua prevenção se faz em seus ministérios. Da mesma forma, a solução desse problema não é da alçada dos serviços de saúde, tal como ocorreu no México e nos Estados Unidos, quando de uma grande epidemia de febre aftosa.

Mr. DENIS (Grenada) also felt that PANAFTOSA should continue to be an ongoing PAHO program. The transfer of responsibilities from PAHO to IICA without a guarantee that the funds to which PAHO had access for the program would also be transferred to IICA would not make for greater effectiveness. IICA had some 22 or 23 members while PAHO now had 37. Since all the members of PAHO were not members of IICA, there was some doubt that if the program were placed under IICA, all the benefits would reach those countries which were not IICA members.

La Sra. FINLEY (Cuba) se adhiere a los criterios expresados por otras delegaciones respecto del mantenimiento de PANAFTOSA dentro de la OPS.

Dr. PAUL (Trinidad and Tobago) also expressed concern about the possible transfer of PANAFTOSA from PAHO to another agency. In particular, if funds were automatically transferred with the program, she could foresee administrative and other problems for those countries which did not yet belong to IICA and might not wish to participate. No doubt that point could be resolved, but in any case her Delegation supported retention of PANAFTOSA under PAHO.

El Sr. MORAN (Observador, IICA), citando el Documento CSP21/12 señala que el IICA es la única entidad internacional, más estrechamente vinculada con la agricultura, que ha manifestado su interés por una eventual transferencia de responsabilidades del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, según lo indicado en la Resolución XIX de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El IICA está ligado históricamente al Centro, ya que con su participación se hicieron los planes de creación de PANAFTOSA en 1950, bajo el proyecto 39 del Programa de Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el área agrícola. Su administración fue solicitada por la OEA a la OSP, que era el único organismo especializado del sistema que, en esos años, disponía de servicio veterinario para preparar un programa de asistencia técnica contra la fiebre aftosa en colaboración con el IICA.

El Consejo Directivo de la OPS, en su IV Reunión de septiembre de 1950, aprobó la participación de la OSP en este estudio, lo cual fue refrendado en la Resolución XX de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950).

A principios de 1951, el proyecto de establecimiento del Centro preparado por la OSP y el IICA fue presentado e incluido en el Programa de Presupuesto del Programa de Cooperación Técnica de la OEA, con su designación del Proyecto 77. El proyecto fue aprobado por el Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) quedando designada como entidad colaboradora la OSP.

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa fue aprobado como Proyecto 77 por un período de cinco años que se prolongó otros cinco más, dentro del Programa de Cooperación

Técnica de la OEA. En 1963 se propuso la continuación de sus actividades como proyecto especial, pero debido a la falta de fondos el CIES acordó continuar sus actividades dentro del Programa sobre una base anual.

Durante las Cuartas Reuniones del Comité Interamericano de la Alianza para el Programa (CIAP) (abril, 1965) se acordó buscar la forma de poder otorgar al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa financiamiento permanente a partir de 1968 y, entre tanto, seguir atendiéndolo con los recursos del Fondo Especial. Este mandato del CIAP originó el grave problema financiero del Centro, ya que el CIES, que estaba encargado de aprobar el presupuesto anual del Centro, redujo las partidas de su presupuesto y, en su IV Reunión, celebrada en Buenos Aires en marzo de 1966, formuló la Resolución 34-M/66, en la que recomendó que la OEA y la OPS adoptaran medidas conjuntas para estudiar la manera de establecer un sistema de pagos de los países con el fin de asegurar el financiamiento permanente y estable de dicho Centro.

Esta recomendación del CIES fue presentada a la VIII Reunión del CIAP (mayo de 1966, Washington, D.C.) que ratificó la recomendación del CIES y pidió que se aceleraran los esfuerzos tendientes a establecer un programa multinacional para eliminar la fiebre aftosa en el Cono Sur. Esa recomendación ya había sido hecha por el CIAP en su Reunión de 1963 en São Paulo, Brasil.

Sobre la base de esas recomendaciones, las Secretarías de la OEA y de la OPS prepararon un documento intitulado "Informe sobre el estudio para el financiamiento permanente y estable del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa", que fue presentado a la IX Reunión del CIAP celebrada en Washington, D.C. en octubre de 1966. En el documento se hacía una descripción de la situación del problema de la fiebre aftosa en las Américas y de las funciones y actividades del Centro, y se planteaba un esbozo sobre el futuro financiamiento permanente y estable que requería el Centro.

Sin embargo, aunque en el documento citado se indicaba que el Centro requería un sistema de pago de cuotas fijas por parte de los Gobiernos de las Américas, de acuerdo con la escala de la OEA no se señalaba qué organismo haría las consultas con los Gobiernos ni qué cuerpo directivo (con capacidad de asignar cuotas) tomaría a su cargo esa responsabilidad. Por este motivo, el entonces Secretario General de la OEA, Dr. José A. Mora, y el Director de la OPS, Dr. Abraham Horwitz invitaron al entonces Vicepresidente del Perú, Ing. Eduardo Seoane Corrales, para que, actuando como Representante Especial de ambas Organizaciones, visitara los países del Hemisferio y analizara con los respectivos Gobiernos el problema de la fiebre aftosa y su coordinación continental.

El orador comenta, en relación con el financiamiento de PANAFOTSA, que desde 1951 hasta 1967 el presupuesto del Centro fue financiado exclusivamente por el Programa de Cooperación Técnica de la OEA, y en los últimos años por el Fondo Especial. Como se señala en la Resolución XX de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, la OPS nunca incluyó recursos del organismo de salud para el Centro, ni el presupuesto del Centro figuraba en los ejercicios financieros de la Organización. Solo en el ejercicio financiero de 1969 aparece el presupuesto del Centro dentro del ejercicio financiero de la OPS, como título VI específico.

En la concepción del nuevo financiamiento permanente solicitado por el CIAP y el CIES en 1966 y refrendado por la OPS en 1967, se establecía de facto que el financiamiento provendría de los ministerios de agricultura, de los que dependían las actividades de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y que eran las entidades gubernamentales con las que trabajaba directamente el Centro. Por eso, la Misión Seoane-Palacios, en su visita a los países del Hemisferio, se entrevistó fundamentalmente con los ministros de agricultura, a quienes consultó sobre las proyecciones futuras del Centro y su compromiso para el pago de las cuotas señaladas en las estimaciones presupuestarias. El resultado de esas gestiones se observa en el documento de esa Misión, en cuyos anexos

figuran 21 cartas de ministros de agricultura de las Américas, aceptando el financiamiento del Centro con base en la proyección de cuotas presentada por la OPS en esa oportunidad.

En mayo de 1979 el IICA estableció el Programa de Salud Animal del Instituto. Este programa ha tenido una gran acogida por parte de los ministerios de agricultura y, en los últimos dos años, ha alcanzado un gran desarrollo en las diferentes regiones del Continente. Se han emprendido programas de lucha contra la peste porcina africana, el cólera porcino, la anemia infecciosa equina, la enfermedad de Newcastle, y hemoparásitos y garrapatas, en Centro América y Sud América, así como en el Caribe, con la colaboración del IICA. En 1981 se inició un proyecto regional para el mejoramiento de laboratorios de diagnóstico de salud animal en la Región.

En los últimos dos años el IICA ha suscrito acuerdos específicos para el fortalecimiento institucional y programático en salud animal con Argentina, Brasil, Barbados, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América, Haití, México, Trinidad y Tabago y Venezuela. Esto ha motivado el gran interés del IICA por participar en el desarrollo de ese Centro, que se ocupa de una enfermedad animal como la fiebre aftosa, cuyos programas de prevención y control son de la incumbencia del sector agrícola.

El Director General del IICA ha expresado verbalmente y por escrito al Director de la OPS el deseo del IICA de participar en el estudio señalado en la Resolución XIX de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, a fin de que la OPS y el IICA puedan realizar un estudio conjunto para determinar las posibilidades de transferencia del Centro de un organismo al otro.

La realización de un estudio conjunto de esta naturaleza ha sido recomendada recientemente por el Comité Ejecutivo del IICA, y se ha formulado la resolución correspondiente en nombre de la Junta Interamericana de Agricultura.

El orador, en nombre de los Cuerpos Directivos del IICA y de su Director General, solicita que se considere en forma favorable la solicitud del Instituto, para que se realice un estudio OPS/IICA sobre las operaciones futuras del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

Mr. INGLIS (Canada) said his Delegation felt that a decision by the Conference to retain PANAFETOSA in the PAHO program would be potentially damaging to animal health programs in the Americas because animals represented not only a source of protein, but a major aspect of economic development. Multilateral and bilateral assistance to developing countries specifically for the agriculture and livestock sector far exceeded the assistance made available for health. If PANAFETOSA was transferred to IICA and a careful plan of action drawn up, Member Countries of PAHO need not, he believed, have any fear that the high level of service provided by the Center would not be maintained.

The session was suspended at 10:50 a.m. and resumed at 11:20 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:50 a.m. y se reanuda a las 11:20 a.m.

O Dr. FERNANDES (Chefe, Programa Especial para Saúde Animal), informa que, no orçamento da Organização, a proporção correspondente ao programa de saúde animal não é superior a 10% do total, e que mais de metade dos recursos do Programa, incluindo grande parte dos programas do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, provêm de convênios da OPAS com outros organismos internacionais.

Quanto à observação de que não haja sido efetuado um cuidadoso estudo, nos termos da Resolução XIX, aprovada em Grenada, esclarece que cópias da mesma foram enviadas a absolutamente todos os ministros de agricultura dos Países membros da Organização, acompanhadas de um pedido do Diretor no sentido de que formulassem seus comentários sobre o assunto. Todas as respostas recebidas recomendavam ao Diretor que o Centro fosse mantido

no âmbito da OPAS. Posteriormente os ministros de agricultura, em reunião realizada em Curaçao, discutiram o assunto em profundidade, tendo aprovado por unanimidade uma resolução no sentido de que PANAFTOSA continuasse operando como um programa regular da OPAS. Além disso, foi igualmente recebida correspondência de vários organismos internacionais, em que a matéria era abordada. Depois da Resolução XXVI do XXVI Conselho Diretor, a Secretaria passou a aguardar uma orientação dos Membros desta augusta Conferência.

Mr. INGLIS (Canada) said that he would like to propose an amendment to the resolution proposed by the Delegate of Uruguay to reflect some of the views of the host country, of Canada, and of the observer from IICA. In the preamble, he would like the Rapporteur to incorporate an expression of recognition of the value of international cooperation in animal health and, as a second point, a reference to the various views expressed by delegations. Third, he proposed that a paragraph on the following lines be inserted in the operative part:

To request the Director to conduct a comprehensive joint PAHO/IICA study to carefully identify the financial, program, and administrative implications associated with the proposal to transfer PANAFTOSA from PAHO to IICA and to report back to the XXX Meeting of the Directing Council.

Dr. EHRLICH (Deputy Director) suggested that the Rapporteur be asked to prepare a draft resolution, in consultation with the Delegates of Canada and Uruguay, and distribute it at the earliest opportunity.

El Lic. CABRERA (México) considera conveniente que se incluya en alguna parte de la resolución un elemento relativo a la preocupación expresada por el Delegado de Grenada ante la posibilidad de que los beneficios del programa de PANAFTOSA no lleguen a todos los países que los necesitan, porque los miembros de IICA no son necesariamente los mismos de la OPS.

Mr. INGLIS (Canada) said that the Minister of Agriculture of Canada had received a letter from the Director General of IICA stating that IICA was willing to enter into a joint study of the problem with PAHO. He did not know whether the other Governments had received similar letters, or whether delegates would be interested in reading it.

El PRESIDENTE dice que la Relatora se encargará de preparar el proyecto de resolución pertinente.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) solicita que se aclare si la propuesta del Delegado del Canadá de introducir enmiendas va a ser discutida por las delegaciones correspondientes para presentar un proyecto de resolución ante la Comisión.

El PRESIDENTE responde afirmativamente.

ITEM 23: FIVE-YEAR REGIONAL PLAN OF ACTION ON WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT. PROGRESS REPORT

TEMA 23: PLAN QUINQUENAL REGIONAL DE ACCION SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS

Dr. CHIN (Executive Committee) noted that, pursuant to Resolution XV of the XXVIII Meeting of the Directing Council, a Special Subcommittee on Women in Health and Development had been established to monitor progress made toward achieving the goals of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. The Subcommittee, comprising Mexico, Jamaica, and Nicaragua, had met for the first time on 22 June 1982 and reviewed the first progress report prepared by the Secretariat, containing information gathered from 16 countries on programs and activities planned and initiated since the adoption of

the five-year plan. The Subcommittee's conclusions and observations were set out on pages 4-6 of Document CSP21/15 and among them he wished to draw particular attention to the following:

First, the goals decided on in the five-year plan continued to be a valuable instrument for formulating strategies and activities relating to women in health and development.

Second, many countries had still not adopted measures relating to women in health and development and the Subcommittee had emphasized the need to incorporate activities in the Plan into national strategies of health and development.

Again, the Subcommittee had noted that, although specific indicators had been established and requests made to Member Governments, the information received from them was inadequate for measuring change in the general situation regarding women in health and development.

The need to standardize information so that comparisons could be made between countries had been noted.

Countries should begin to adopt measures in sectors where needs had been identified. Again, the Subcommittee had noted that, although PAHO had made progress regarding appointments and promotion of women to professional posts, there was still a great imbalance which could only be corrected by special efforts to employ more women and to give those already in PAHO greater opportunities for promotion.

In most countries of the Hemisphere there were many unemployed or self-employed women and legislation was needed to protect them and their children.

Member Governments should cooperate with and support innovative and nongovernmental groups. In addition, PAHO should strengthen its coordination with them and with other organizations of the Inter-American and United Nations systems in order to avoid duplication of programs and to strengthen the role of women as contributors to and users of basic health services.

The Subcommittee had felt that it was necessary to establish and promote an inter-sectoral committee at the national level to coordinate activities and compile information on women in health and development, with the support and guidance of PAHO at regional, area, and national levels.

More support should be given to continuing education of women so that they could acquire the skills which would enable them to move up to the decision-making level.

Lastly, the Subcommittee had recognized the excellent work done by the Secretariat in preparing the progress report, even with limited information, congratulated the section of the Secretariat concerned with women in health and development on the coordination it was promoting in the technical areas and stressed the need to stimulate further efforts in that direction.

After the presentation of the Subcommittee's report, there had been fairly extensive discussion in the Executive Committee. Some of the points made were as follows:

It was felt that every effort should be made in the Region to help women overcome all hurdles and especially to raise their cultural levels. In that regard, it was not a matter of "women's liberation" but of their struggle against discrimination.

There was a need to support women working in WHO and PAHO since their appointments to high posts in these Organizations were still negligible.

It had been pointed out that historical and cultural reasons had been responsible for putting women at a disadvantage in Latin America. If equality of capabilities and opportunities was to be achieved, it would be necessary to educate women so that their training could enable them to work in all health fields.

There were also some particular problems pertaining to women's health. In Latin America, 30 per cent of children were conceived in casual encounters, and the fatherless child became the mother's responsibility. In that respect, the Executive Committee felt that PAHO could promote women's health by identifying mechanisms for family planning. It was also necessary to provide adequate pregnancy, delivery, and postnatal care and to attend to the nutritional requirements of both mother and child.

Death from cancer of the uterus need never occur if it was diagnosed in time, but there were administrative problems which prevented patients from obtaining surgery or radiotherapy after the diagnosis had been made.

The Executive Committee had noted that the statistics of PAHO staff showed that efforts were being made to recruit and promote women, but that progress was slow, particularly in the field of recruitment, and it was agreed that PAHO should try to give more consideration to providing better opportunities for training and promotion of women already employed in PAHO. It was generally agreed that there was a lack of information, not only with respect to the health of women, but also to that of men. Each country needed to take steps to fill existing gaps and speed up the reporting process.

It was agreed that the creation of a special subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development, the reports that had been prepared, and the resolutions which had been approved showed the genuine interest of Member Governments in women's real participation in health and development. Not all the countries were going at the same pace and there was a need to focus on the problem from a multifaceted point of view. Health could be a point of entry to important issues, especially in the social and educational sectors. Equality of opportunity meant that people were better educated to achieve the goals, which implied that training was very important. Unless there was full integration of women in all of society's activities, it would be difficult to achieve health for all by the year 2000. The Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development had not yet been incorporated into the activities of ministries of health and should be borne in mind when planning activities within the health sector of each country.

In the light of its discussion, the Executive Committee had recommended the adoption by the Conference of the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recognizing the importance of integrating the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development into the Regional Plan of Action to implement the strategies to achieve the goal of health for all by the year 2000;

Acknowledging that information on women in health and development is scarce and that many activities are in the planning and early stages;

Mindful of the need for each country to establish a mechanism to coordinate the implementation of activities and collect information on women in health and development on an intersectoral level;

Bearing in mind the urgent need to improve the situation of women in health and development; and

Renewing its commitment to the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development,

RESOLVES:

1. To thank the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development, in cooperation with PASB, for preparing its progress report (Document CSP21/15).

2. To recommend that Member Governments:

- a) Establish, in each country, a focal point for women in health and development to coordinate related intersectoral activities and to establish an information system through which to channel data about existing and planned activities on women in health and development;
- b) Improve statistical information so that definitions and criteria for measuring change in the situation of women in health and development are comparable among the countries of the Region;
- c) Develop and implement national policies to provide for the health needs of working women in institutional and unregulated sectors of the economy, especially mothers and female heads of household and their children;
- d) Incorporate the special health needs and requirements of women into ongoing activities without creating new programs focused solely on women, and to incorporate activities of the Five-Year Regional Plan of Action into national health and development strategies and plans;
- e) Develop health education and community participation activities with special emphasis on involving women and women's organizations, both governmental and nongovernmental, as providers and users of primary health care services, as well as decision-makers;
- f) Increase training opportunities for women, especially in professions in which they are underrepresented, and intensify selection and recruitment of these individuals for professional and policy-making positions.

3. To request that the Director:

- a) Intensify coordination with other organizations in the Inter-American and United Nations Systems, including women's organizations, to use available expertise, information and resources, and to avoid duplication of efforts;
- b) Continue to identify the main health problems and needs in the Region which particularly relate to women, and promote awareness of these problems as well as changes needed to address them;
- c) Continue efforts to obtain and channel regional budgetary and extrabudgetary funds to support activities related to women in health and development.
- d) Convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development immediately preceding the meeting of the Executive Committee to monitor and evaluate the progress achieved in the implementation of the Five-Year Regional Plan, and to make observations and recommendations to the Directing Council or Pan American Sanitary Conference, and to meet again immediately following the meeting of the Directing Council or Sanitary

Conference to follow-up on appropriate decisions taken during the meeting and to review any new activities completed in the course of the year.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo la importancia de integrar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo en el Plan Regional de Acción para la instrumentación de las estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo que la información sobre la mujer en la salud y el desarrollo es escasa y que muchas actividades se encuentran en la fase de planificación y en etapas incipientes;

Consciente de la necesidad de que cada país establezca un mecanismo para coordinar la ejecución de actividades y acopiar información sobre la mujer en la salud y el desarrollo a nivel intersectorial;

Habida cuenta de la urgente necesidad de mejorar la situación de la mujer en la salud y el desarrollo, y

Reiterando su adhesión al cumplimiento del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

1. Dar las gracias al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, en cooperación con la OSP, por su informe sobre la marcha de las actividades (Documento CSP21/15).

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que:

- a) Designen un punto focal para la mujer en la salud y el desarrollo en cada país que coordine las actividades intersectoriales pertinentes, y que establezcan un sistema de información que canalice datos acerca de actividades en curso y previstas relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- b) Mejoren la información estadística de manera que las definiciones y criterios para evaluar el cambio de la situación de la mujer en la salud y el desarrollo sean comparables entre los países de la Región;
- c) Formulen y apliquen políticas nacionales acordes con las necesidades de salud de la mujer que trabaja en instituciones y sectores no regulados de la economía, especialmente las madres y mujeres cabezas de familia, y sus hijos;
- d) Incorporen las necesidades y requisitos especiales de salud de la mujer a las actividades en curso, sin establecer nuevos programas destinados exclusivamente a la mujer, y que incorporen las actividades del Plan Quinquenal de Acción a las estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo;
- e) Desplieguen actividades de educación para la salud y participación de la comunidad especialmente concebidas para involucrar a la mujer y a las organizaciones femeninas (gubernamentales y no gubernamentales) como prestadoras y usuarias de servicios de atención primaria en salud y como autoridades con poder decisorio;
- f) Den mayores oportunidades a la mujer para formación profesional, especialmente en sectores donde está poco representada, y que intensifiquen la selección y la contratación de mujeres para puestos profesionales y directivos.

3. Pedir al Director que:

- a) Refuerce la coordinación con otras organizaciones de los Sistemas Interamericano y de las Naciones Unidas, inclusive las organizaciones femeninas, para aprovechar la especialización, la información y los recursos disponibles, y evitar duplicaciones de esfuerzos;
- b) Siga identificando los principales problemas y necesidades de salud de la Región que se refieran particularmente a la mujer, y que promueva el conocimiento de esos problemas y los cambios que se necesitan para resolverlos;
- c) Siga procurando obtener y canalizar fondos presupuestarios y extrapresupuestarios regionales en apoyo de actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- d) Convoque una reunión del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo inmediatamente antes de la que celebre el Comité Ejecutivo, con el fin de vigilar y evaluar los progresos realizados en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional, y formular observaciones y recomendaciones dirigidas al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana; y convocar otra reunión que siga inmediatamente a la del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria para dar seguimiento a las decisiones apropiadas que estos órganos hayan adoptado y examinar las nuevas actividades realizadas en el curso del año de que se trate.

The Executive Committee had also agreed with the Special Subcommittee's recommendation that Panama should replace Mexico when the latter's term of membership on the Executive Committee ended.

La Lic. FINLEY (Cuba) informa que en Cuba el programa de atención integral a la mujer se puso en marcha en 1967, en la Provincia de La Habana, y en 1970 se extendió a todo el país. Su finalidad es contribuir a la salud de la comunidad mediante la promoción y recuperación de la salud, labor que realiza el Ministerio de Salud Pública en coordinación con otras instituciones del Estado y con la participación de las organizaciones sociales del país. Los objetivos del programa para el quinquenio 1981-1985 son los siguientes: vincular más estrechamente el trabajo gineco-obstétrico a la familia y a la comunidad; brindar atención precoz periódica, continua y completa a la mujer embarazada; mejorar la calidad de la atención durante el puerperio; incrementar la lactancia materna; reducir las tasas de morbilidad materna y perinatal mediante acciones ejecutadas sobre las principales causas que la originan; incrementar la educación sanitaria de la mujer y la comunidad; disminuir la morbilidad por cáncer ginecológico; impulsar el desarrollo de la ginecología infantil, de la adolescente y la geriátrica, y contribuir a fomentar la educación sexual.

Cuba tiene capacidad institucional para alcanzar las metas propuestas en el Plan Quinquenal de Acción, y lamenta que muchos países de la Región no hayan adoptado ninguna medida para mejorar la condición de la mujer en la salud y el desarrollo, a pesar de que el Plan de Acción Mundial se adoptó en 1975.

Es de suma importancia entrar en contacto con los organismos de las Naciones Unidas que se ocupan específicamente de la mujer, por ejemplo, las Subdivisión para la Promoción de la Mujer y el Instituto Internacional para la Promoción y Capacitación de la Mujer. Pero el éxito de cualquier programa de educación sanitaria depende mucho de la participación activa de la comunidad. A esos efectos se han establecido estrechas relaciones entre el Ministerio de Salud Pública y la Federación de Mujeres Cubanas, que tiene en la actualidad más de 2.500.000 miembros. La Federación cuenta con un grupo de brigadistas

sanitarias que reciben cursos de capacitación y trabajan voluntariamente en policlínicos y hospitales rurales. Hoy en día hay más de 65.000 de esas brigadistas. A partir de 1959 se inició un programa para nuevos empleos, a fin de incorporar a la mujer a la fuerza de trabajo y, en mayo de 1981, la participación femenina en el mercado de trabajo era del 33%. Fue necesario igualmente elevar el nivel de educación y de conocimientos técnicos de la mujer y, hoy en día, la mujer cubana está plenamente incorporada al estudio en distintas clases y niveles de enseñanza. Para atender las necesidades creadas por la entrada de la mujer al sector de trabajo, el Gobierno de Cuba estableció centros de atención infantil y escuelas especiales, donde los niños reciben alimentos, ropa y enseñanza en forma gratuita. Se han adoptado medidas para conceder a la mujer trabajadora licencia por maternidad remunerada en un 100% por un período de 18 semanas, además de 6 días o 12 medios días de licencia remunerada, para fines de atención médica antes del parto y un día de licencia por mes durante el primer año de vida de su hijo para ir al centro asistencial pediátrico.

La oradora sugiere que se hagan los siguientes cambios en el proyecto de resolución, en el párrafo 2, inciso a), agregando al final:

"... para que puedan, entre otros aspectos, suministrar una información regular acerca del cumplimiento del Plan Quinquenal de Acción."

En el párrafo 3, se agregue un nuevo inciso c) que diga así:

"... que establezca un sistema de presentación de informes a fin de que la información que presenten los países sobre el cumplimiento del Plan Quinquenal de Acción sea más uniforme y pueda ser utilizada con fines comparativos".

La Lic. DE SAMUELS (Panamá) dice que son muchos los logros alcanzados para mejorar la condición de la mujer en Panamá, pero que queda mucho por hacer. Reitera el deseo del Gobierno de su país de que se cree dentro de la OPS un puesto permanente de alto nivel para dirigir el programa de la mujer. Reconoce los esfuerzos desplegados por la OPS por mejorar las condiciones de sus funcionarias y resalta la importancia de incorporar a la mujer al proceso de desarrollo.

Dr. FAICH (United States of America) said that the United States Delegation applauded the efforts made by PAHO in producing and disseminating reliable statistical information on the health status of women in the Americas. The addition of a section on women in the new edition of Health Conditions in the Americas and a publication scheduled for 1983, Health Conditions of Women in the Americas, could assist countries in developing programs to meet the special health needs of women.

He welcomed the emphasis placed on integration with regular PAHO and country programs and requested the Secretariat to comment on the results of the contacts that PAHO had established with a number of other agencies, as indicated in the Report.

On the basis of figures given in the Report, he calculated that only 10 per cent of female staff members at PAHO occupied professional and senior management posts, which suggested that PAHO and, perhaps more importantly, the Member Governments should identify and propose qualified women for high-level posts in the Organization.

He then referred to efforts made in the United States of America with respect to women in health. The number of women admitted to medical schools had risen from less than 10 per cent in 1969 to almost 30 per cent in 1980. Nurse practitioners and nurse midwives were much more widely accepted now than a few years ago. The Department of Health and Human Services (DHHS) had launched a nationwide campaign to promote good health practices among pregnant women. The Department had also released a major study on the issue of women and smoking and had been producing public service materials warning against the

dangers of smoking, in particular for young women and expectant mothers. DHHS was also informing the public of the problems of alcohol consumption during pregnancy. Furthermore, research was being conducted on on-the-job safety for working women, which had increased considerably in number since 1971. The Department had funded workshops for executives from large corporations to discuss company policies affecting families of their employees, including working mothers. Language prohibiting discrimination on the basis of sex had been used for the first time in legislation relating to the Department. Of all non-career appointees in the Department, 52 per cent were women, as were 38 per cent of all non-career senior executive service appointments under the Reagan administration. Some very high-level government positions in health-related areas were occupied by women.

El Dr. TERCERO-TALavera (Nicaragua) señala que, en su país, no hay planes quinquenales sino anuales de atención sanitaria para la mujer, pero se tienen en cuenta los puntos fundamentales del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo para resolver los problemas comunes. Se han tomado medidas concretas para coordinar las actividades de las instituciones estatales con las del sistema nacional de salud y los organismos no gubernamentales representativos de la mujer. Es de destacar la activa participación de la Asociación de Mujeres Nicaragüenses "Luisa Amanda Espinosa" en el Consejo Nacional de Salud.

En Nicaragua existe una política definida de atención a la mujer y al individuo en general, y la legislación protege a la mujer antes y después del parto y durante la lactancia. La mujer participa activamente en la educación sanitaria, haciendo uso efectivo del derecho que como individuo tiene de elevar los niveles de salud con poder de decisión como usuaria y prestadora de servicios. Por último, el orador apoya las sugerencias hechas al proyecto de resolución por las Delegadas de Panamá y Cuba.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) cita algunos datos importantes e indicativos del proceso de cambio social en su país, entre los que destacan la activa participación de la mujer en la campaña electoral, la creación de la Dirección General de Promoción de la Mujer como órgano adscrito a la Presidencia de la República y el nombramiento de mujeres para altos cargos públicos. Cabe anotar que, en la actualidad, el Ministerio de Educación y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales son dirigidos por mujeres y que en el Congreso Nacional existe un gran número de legisladoras. En la OPS, la República Dominicana está representada por una mujer.

El orador respalda los planteamientos de las Delegaciones de Cuba, Panamá y Nicaragua y expresa su deseo de que, un día, se asigne la dirección de la OPS a una mujer. El porcentaje de mujeres en puestos de dirección en la OPS y en la mayoría de los países latinoamericanos es realmente bajo. Urge modificar los antiguos códigos legales que limitan a la mujer, pues es necesario que esta se incorpore a las actividades de su respectivo país sin distinción de sexo. La mujer ha estado esperando por muchos años que el hombre produzca cambios sociales que la favorezcan, pero es preciso que la mujer plantee sus reivindicaciones y que luche por defender sus derechos con su trabajo cotidiano. Ninguna posición debe ser desempeñada por un hombre o una mujer por razón de su sexo sino como consecuencia de su propia capacidad. Por eso la mujer debe luchar cada día por superarse intelectual y técnicamente.

En la República Dominicana, la mujer ha podido desarrollar actividades propias y defender sus derechos sociales y políticos a un ritmo bastante apropiado, y en la gestión gubernamental recién iniciada se ha dado un gran impulso a las actividades tendientes a mejorar su condición.

Dr. KEY (United Kingdom), commenting on the observations and conclusions of the Report, noted that it was perhaps time to stop saying that results could not be expected after only one year of the Five-Year Regional Plan. It was now the end of the sixth year of the Decade for Women and progress should be apparent. Soon it would be too late.

She considered that the conclusions of the report tended to be very general and urged the Subcommittee to be more specific in future reports. For example, countries that had taken action should be identified and allowed to lead the way and share their experience with others.

With regard to mention in the report of the focal point developed within PAHO, she would like to obtain more detailed information on the activities of the focal point for the next meeting, and to know who is the PAHO spokesman or spokeswoman on Women in Health and Development. The United Kingdom Delegation supported the view of Cuba that a serious, technically qualified and experienced person should be made available for this program.

She was pleased to note the gradual improvement in recruiting women at all levels at PAHO and, in that regard, intended to propose an addition to the operative paragraph of the draft resolution under consideration.

The valuable study on fellowships had done more than demonstrate variations in the sex distribution of persons receiving those awards. She suggested that an in-depth evaluation of the fellowship program should be conducted to follow up the nearly 10,000 health professionals who had held fellowships over the past 10 years and to consider the relative worth of short and long awards in view of escalating costs of the latter. The program should contain an ongoing evaluation mechanism.

She reiterated her Delegation's full support for the Plan of Action.

In conclusion, she had a number of amendments to propose to the draft resolution. First, she would like the following paragraph to be added to the preamble: "Noting with interest the retrospective study on fellowships awarded by PAHO since the program commenced."

In the operative part, she proposed that the following subparagraphs be added to paragraph 3, under "To request that the Director":

"Continue to intensify the selection, recruitment and promotion of women to professional posts including those at the highest levels, and to promote leadership abilities of women within the Pan American Sanitary Bureau, particularly in policy-making positions."

"Intensify support at regional, subregional and national levels for the implementation of the of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development as an integral part of the Regional Plan of Action."

"Give high priority throughout the Region and particularly at country level to the training of women health professionals at all levels and from all countries of the Region."

"Commence an evaluation study to follow up the women who have already had the benefit of a PAHO study fellowship in an attempt to measure the benefits of the award both to the individual and her country and further, to build into the fellowship program an ongoing mechanism for evaluation and feedback for every award made."

The session rose at 12:35 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:35 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

SIXTH SESSION
SEXTA SESION

Thursday, 23 September 1982, at 2:30 p.m.
Jueves, 23 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Victorio V. Olguín

Argentina

- ITEM 23: FIVE-YEAR REGIONAL PLAN OF ACTION ON WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT. PROGRESS REPORT (continued)
TEMA 23: PLAN QUINQUENAL REGIONAL DE ACCION SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS (continuación)

El Dr. MORENO (Colombia) se muestra complacido por la forma en que el Subcomité Especial sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, del Comité Ejecutivo, estudió el tema que tan bien presentó el Dr. Chin.

Explica que en Colombia se dió un paso muy importante en 1968 cuando el Congreso aprobó la creación del Instituto de Bienestar Familiar, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con el fin de llevar a cabo un programa nacional de nutrición para los pre-escolares, lactantes y población de escasos recursos, poner en marcha un programa de derecho de la familia, con especial atención en la paternidad responsable, e implantar un servicio civil de la mujer en el campo social y en el desarrollo. Posteriormente se estableció el Consejo Colombiano para la Integración de la Mujer al Desarrollo, a nivel de la Presidencia de la República.

En el informe sobre el tema que se debate se han tratado muchos aspectos de los que ya su país se ha ocupado. Sin embargo, hay uno que no se ha mencionado y que resulta muy importante, como es el de la rehabilitación de la mujer cuando se ha dedicado a la prostitución desde una época temprana de la vida. Los programas que estudien el asunto cuidadosamente y propongan soluciones pertinentes son muy necesarios en muchos países de América Latina que se enfrentan con este problema. En este sentido el mencionado Consejo Colombiano se ha vinculado con entidades privadas que se ocupan específicamente de la rehabilitación de la mujer. El programa respectivo tiene el propósito de capacitar a la mujer que se había dedicado a la prostitución para que pueda realizar un trabajo digno que le permita atender sus necesidades económicas y ocuparse de sus hijos; fortalecer los valores morales de la mujer a fin de afianzarla dentro del núcleo familiar; proporcionar conocimientos sobre protección de menores, etc.

Informa el orador que Colombia solicitará la ayuda de la OPS para la organización de un foro en el que se debata el tema de la erradicación de la prostitución creando fuentes de trabajo para las mujeres. Se espera que participen en la reunión representantes de instituciones activas en la prevención de la prostitución infantil y otras interesadas en este problema, que tanto afecta a la familia en todo el mundo.

Para terminar, manifiesta su apoyo al proyecto de resolución presentado, con las enmiendas propuestas por las Delegaciones de Cuba, Panamá y Nicaragua.

El Dr. LOPEZ (Venezuela) dice que en Venezuela la mujer tiene derecho al voto desde 1946 y en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social existe una dirección que se ocupa de todos los problemas de salud de la mujer, y otra de su bienestar social y se realizan numerosos programas en otros ministerios en ese sentido. Por otra parte, en el Gabinete cinco mujeres ocupan el cargo de Ministros: de Planificación, de Agricultura y Crfa, de Desarrollo Urbano, de Relaciones Legislativas, y de Desarrollo de la Mujer.

Asimismo, recientemente se ha reformado el Código Civil para conceder a la mujer igualdad de derechos ante la ley, y suprimir todas las diferencias que pudieran existir entre el hombre y la mujer.

El Dr. CORRALES (Honduras) informa que en su país la nueva Constitución estipula la igualdad jurídica de la mujer y el hombre, y hoy día la mujer tiene los mismos derechos y atribuciones que el hombre. Existen todavía leyes obsoletas que hacen que la mujer quede en desventaja ante el hombre, pero se espera que en los próximos años se eliminen todas las disposiciones que discriminan a la mujer.

En el campo educativo, por ejemplo, se han logrado ciertos avances. Según los datos que le han facilitado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, el porcentaje de mujeres que estudian, que hace 10 años era del 2%, ha aumentado al 30%; en la de Odontología, el 60% de los estudiantes son mujeres.

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tres importantes divisiones son dirigidas por mujeres: la de control de las enfermedades diarreicas, la de recursos humanos y la asesoría legal.

El problema de la mujer en el desarrollo, sin embargo, es bien profundo y más bien tiene su origen en la dominación, por parte de unos pocos hombres, de la mayoría de los hombres y sobre casi todas las mujeres. Para resolver el problema tiene que haber una transformación de los principios de la sociedad. La mujer tiene que recibir la educación que merece desde niña, para que más tarde se encuentre en capacidad de ocupar buenos puestos y cargos directivos en la sociedad en que vive.

En el informe que se ha presentado se habla con razón de la necesidad de que se dé a la mujer más oportunidades de formación profesional. Sin embargo, no está de acuerdo en que se deba intensificar la selección y contratación de mujeres para puestos profesionales y directivos, pues los cargos deben ser ocupados por las personas más calificadas para ellos, independientemente de su sexo.

En el proyecto de resolución debe destacarse que desde que nace una persona tiene iguales derechos y deberes que los demás, lo que a la larga producirá la transformación de la sociedad que permita la participación real, efectiva y justa de la mujer en el desarrollo.

El Dr. ALVAREZ CRUZ (El Salvador) concuerda con el Delegado de Honduras en que en cada país la Constitución debe otorgar los mismos derechos y deberes a todos los ciudadanos, sin discriminación por motivo de sexo, y que los puestos directivos deben otorgarse al más calificado, sea hombre o mujer.

En El Salvador se ha ido dando cada vez más importancia a la participación de la mujer en el desarrollo económico y social y hoy día no hay discriminación contra la mujer en el campo político. Tanto en el Poder Legislativo como en el Ejecutivo existen cargos importantes que son ocupados por mujeres. Lo mismo sucede en otros campos, como en el de los servicios de salud.

Concuerda con las expresiones de los demás delegados en el sentido de que las resoluciones que se aprueben en estas reuniones deben estar encaminadas a avanzar cada vez más para conseguir la igualdad de la mujer en todos los países.

Ms. WILLIAMS (Grenada) read the fifth paragraph on page 2 of Document CSP21/15, in which the key role of women as providers and promoters of health care was stressed. She said that paragraph was an indication both of PAHO's understanding of the position of women and of the thrust of its work in that area. Her country felt that the Five-Year Regional Plan of Action would succeed, although it felt no complacency about the results so far.

She then drew attention to the statement in paragraph 3 (page 5) that many countries had not yet taken any action related to women in health and development or to the Five-Year Regional Plan of Action. She felt that the report might indicate the specific areas in which there had been a lack of action. She urged all Member Countries to do whatever they could, within the limits of their individual capacities, to initiate action or maintain it under the Regional Plan. As the Director-General of WHO had pointed out at the inaugural session, there were only 18 more years in which to achieve health for all by the year 2000, and if no action were taken by Member Countries in those 18 years, that could mean long series of disasters for women. She was pleased that the document drew attention to that fact.

Turning to section IV, subsection 1.1, she drew attention to the second paragraph on page 9, which stated that only 44 per cent of PAHO's staff at the end of 1981 were women and only 22 per cent were in professional level posts. That did not seem to coincide with the assurances that had been given elsewhere by PAHO that it was striving to increase the proportion of women on its staff. She made that comment with some caution, but she felt that everyone should be aware that progress in that area was not entirely satisfactory. She would support an amendment to the proposed resolution which would make that point clear.

She endorsed the conclusions set out on page 21 of the report, particularly conclusion 5, which called for an intensification of the training and recruitment of women, and conclusion 6, calling for the provision of support services for women. She interpreted the last recommendation to mean that the Governments of Member Countries were being urged to provide such services through their governmental structures. With those few comments, she expressed satisfaction with the report as a whole.

In Grenada, the slogan health for all by the year 2000 had been interpreted to mean health for women--all women--as well as men. Grenada is a small country, with a population of only 110,000, over half of which are women, a situation that was not unusual in the Region. Of the 50,000 or so women, 28,000 are of child-bearing age, a fact that was taken into account when health facilities and services were being established. That entailed a strong emphasis on teenage pregnancies, pre- and post-natal care, malnutrition, family planning, and family counseling. Women were the backbone of the health delivery system in Grenada; they served as district nurses, midwives and public health nurses, and health care providers. Women also played a leading role in intersectoral programs, such as health education. There was a clear relationship between the enthusiasm the women put into their work and the Government's contribution; their sense of commitment meant that the health of women could not be divorced from the broader social and economic conditions of the country. They were very closely related. One of the results of that relationship over the last three years has been the adoption of the maternity leave law, which had brought tremendous psychological, physical, and financial relief to working women of child-bearing age.

Also of great benefit was the milk feeding and school meal program, and similar projects. Thus, although its resources were limited, Grenada was engaged in attaining some of the goals PAHO encourages and fights for.

She wished to call on PAHO as an institution to continue to help its Member Countries achieve those goals. As the Delegate of El Salvador had said, women were an equal part of society; she was not sure, however, that, as the Delegate of Honduras had said, women could do everything men could do. At this time, there was a need for special attention to be given to women's problems, in recognition of the particular dilemma they faced as a social group at the present stage in history. Her own and the other Caribbean Governments were certainly committed to PAHO's goals in the field of women's health.

El Dr. SYMON (Chile) dice que en su país la mujer, en promedio, vive seis años más que el hombre y, por disposiciones legales, se jubila seis años antes.

En cuanto al cargo que se ha propuesto en la Organización para que se ocupe de los asuntos de la mujer en la salud y el desarrollo, considera que eso sería algo precipitado, teniendo en cuenta que un nuevo Director asumirá sus funciones próximamente y debe dársele la oportunidad de que revise las tareas que ha de realizar y las conclusiones de la presente Conferencia para poder establecer después, si se estima pertinente, nuevos puestos para determinadas actividades.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica) said that Jamaica had a woman as Deputy Minister of Health and indeed women constituted the backbone of its health services. However, it was a broad based pyramid with most women at the bottom. She endorsed the three additions to the Executive Committee Resolution VII proposed by the Delegate of the United Kingdom. As a member of the Special Subcommittee on Women in Health and Development, she felt strongly that Committee A should consider putting pressure on PAHO to create a high-level post with responsibility for ensuring that the proposals currently being discussed were implemented.

Mr. INGLIS (Canada) recalled that in Canada women held the posts of Minister and Assistant Deputy Minister of National Health and Welfare. The rights of women were recognized in the recently adopted Canadian Constitution and there were affirmative action programs in the public and other sectors. The commendable progress report (Document CSP21/15) covered only an eight-month period and it would not be reasonable to expect significant results in that period of time. It was to be hoped that the program would move into top gear without delay. One of the achievements mentioned in the report was that, in 1981, female participation in PAHO fellowships had increased to 43 per cent. However, there was room for further improvement, since women represented over 70 per cent of health care workers.

He was not in favor of the evaluation of the fellowship program proposed by the Delegate of the United Kingdom. It would be costly and the selection of adequate criteria for a retrospective evaluation would be difficult. An ongoing evaluation built into the program would be preferable. He noted with satisfaction the efforts being made to increase the number of women in PAHO senior professional and technical posts; however, still greater efforts were needed to correct the current imbalance. Like other delegates, he wondered whether the Plan of Action on Women was receiving wholehearted Secretariat support in view of the junior level assigned to the post of program coordinator, who as an individual, was doing excellent work.

He hoped that in collecting data on various aspects of the subject, PAHO would coordinate its activities with those of other international organizations, particularly the International Labor Organization and the Economic Commission for Latin America, to avoid duplication.

Some comments in Document CSP21/15 called for clarification. Paragraph 4 of the introduction stated that there was no intent to create new programs focused solely on women, but subsequently there was a reference to the need for extrabudgetary support, which appeared to be inconsistent with that aim. The questionnaire sent to Area and Country Representatives had not been brought to the attention of the United States and Canada. When it was revised, he would suggest that occupational health should appear as a separate item and not as a subset of environmental health. In Canada, occupational and environmental health were not necessarily the same. In conclusion, he expressed the hope that the Secretariat would give its wholehearted cooperation to the existing PAHO Women's Resource and Development Group whose goals were admirable.

El Dr. CABRERA (México) felicita al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo que se ocupó de estudiar el tema que ahora se debate por el magnífico informe que ha preparado sobre el mismo.

La Delegación de México apoya el proyecto de resolución presentado, pues considera que dará impulso al desarrollo de la mujer. En muchos países, como en México, últimamente se han logrado adelantos en ese sentido.

Apoya las enmiendas formuladas por la Delegación de Cuba y, con ciertas reservas, las que presentó la Delegación del Reino Unido. En efecto, en cuanto a la propuesta de que se establezca un puesto en la OPS para que se ocupe de los asuntos de la mujer, considera que al nuevo Director podría hacérsele saber, por intermedio de los Cuerpos Directivos, que se considera conveniente que aumenten en la Organización los puestos que se otorgan a las mujeres, pero sin indicarle específicamente que debe establecer uno u otro puesto. Quizás en el proyecto de resolución pudiera reiterarse la importancia de dar a la mujer cada vez más oportunidades en todos los campos.

El Dr. GARCIA RAMIREZ (República Dominicana) estaba dispuesto a apoyar la propuesta de la Delegación de Jamaica, pero las intervenciones de los Delegados de Chile y de México le han hecho reflexionar un poco más sobre el asunto. Sin embargo, considera que, aunque no se den instrucciones específicas al Director sobre el establecimiento de un cargo, sí podría dejarse establecido de manera clara que la política de la Organización debe favorecer la integración de la mujer, tal como se plantea en el informe presentado. Debe señalarse sin lugar a dudas que se han de crear tantos puestos como se estime conveniente para llevar adelante el programa que se encarga de la mujer en la salud y el desarrollo, y que deben ser puestos de alto nivel con la función específica de ocuparse del asunto en consideración. En otras palabras, debe fortalecerse el aspecto administrativo de este programa que tiene por objeto el avance de la mujer.

Dr. KEY (United Kingdom) said that, when she had supported the Delegate of Cuba with respect to the need for a focal point of responsibility for the program, she had not been advocating the creation of a new post. What she wished to know was who was to have responsibility for the program. If it was the Assistant Director, that should be clearly stated, and there should be a report from him, possibly every year. At the moment, a group of people seemed to be dealing with the program, which was not entirely satisfactory as no one person was speaking for it and responsible for it. In her previous intervention, she had called for a technically qualified person to be made available. The position was one that required a certain expertise and specialized knowledge. The Delegate of Jamaica, who had been a member of the Special Subcommittee on Women in Health and Development, had concurred with her view.

As to the point made by the Delegate of Canada with respect to the fellowship program, she accepted that it might not be financially possible to carry out a retrospective study at this stage, but she would still suggest an ongoing evaluation of the program. As the program is one in which women are relatively well represented, it would be a pity to lose sight of them. It would be interesting to take that group of women and see what happened to them over the years. This should be something for study within the context of the program for women's development.

Dr. FAICH (United States of America) said that everyone agreed on the desirability of having a focal point and identifiable resources within the Organization for the program. The next question was whether an additional post should be created to serve as that focal point. It might be worthwhile to remember that, if that was to come about, it should do so as part of an integrated phenomenon throughout the Organization and its activities, not separately identified in terms of a position or a single person. Bureaucratic experience showed that that might well be detrimental. That did not mean that a single person should not be charged with the responsibility, but placing all the responsibility on one specially designated person might not be very desirable. Secondly, the Organization was under considerable financial constraints, and the creation of a new post might mean that an old one had to go. Thirdly, he would be somewhat reluctant to bind the new Director to any specific personnel action when he was setting up his personnel structure. A reasonable approach would be to seek progress toward an identified focal point and with an identified person being responsible, and assure accountability by the presentation of a progress report in 1983. That might mean that a new post would be created, but not necessarily so.

The SECRETARY said that he thought it might be helpful to give the Administration's point of view on the question of a focal point of responsibility. It should be recognized that only one person was responsible for the programs of the Organization, and that was the Director. A new Director had only just been elected and it might be inappropriate to direct him to appoint a specific person to provide a focal point for a particular program. That was a management decision that would make it very difficult for the Director to run the Organization or for the Governing Bodies to provide appropriate policy guidance. The Director could be commended or criticized for the action he took, that was the prerogative of the Governing Bodies, but he should not be faced with a fait accompli.

In the case of the program on women in health and development, the Director had delegated responsibility to the Assistant Director, who would have been present to explain what his activities were, except that his duties required that he be in the plenary meeting. However, the Secretary himself, and other staff members, could explain what was happening in the program, because all members of the staff were involved. If the role of women in health and development and their position at PAHO were to be improved, this could not be achieved by delegating responsibility to a single individual; the idea must be integrated in all the programs of the Organization. The management established for the program was designed to do just that. The Assistant Director was assisted by a very competent Staff Assistant, but she did not bear the responsibility for the program. That responsibility, although delegated to the Assistant Director, was ultimately that of the Director.

As far as the technical aspects of the program were concerned, an individual had been designated in each of the Divisions of the Organization because women had a role to play in each Division. It was therefore important that someone in each Division be responsible for promoting the involvement of women in the Division's programs. If the Committee, in its wisdom, felt there was a need for a new high level post to which responsibility for the program could be assigned it could so decide, but he thought the women's program would function more successfully and make better progress if it became part of all the ongoing projects of the Organization. If a single focal point were created, there would be a danger of the programs being segregated from the Organization's other activities, which was to be avoided. In any event, it was now for the new Director to consider how the program could best be managed so as to ensure that progress was rapid and effective, given the resources that were available.

Ms. RICE (PASB) said she would outline the contacts that PAHO had made with other agencies, and the results thereof, in answer to the questions asked by the Delegates of Cuba and the United States of America.

In March 1981, the Director sent a letter to about 22 agencies asking for collaboration in the area of women in health and development, to which he received 12 replies. After the Five-Year Regional Plan of Action was approved by the Directing Council later that year, the Secretariat contacted not only those 12 agencies but a number of others, many of which she described. She reviewed a few of them to give an idea of the kind of follow-up conducted by the Organization. A summarized listing of the kinds of activities the Secretariat has been carrying out could be found on pages 11 and 12 of Document CSP21/15. The purpose of the progress report was to give an idea of the range of activities that had been carried out; it therefore did not go into great detail on any particular item.

In July 1981, some members of the PAHO staff went to New York to visit a number of international agencies in order to establish links and mutual cooperation on specific projects related to women in health and development. One of these was UNICEF, which, together with the Sub-Group on Women and Development of the Joint United Nations Information Committee's Working Group on Development Education, has developed a series of

educational materials. PAHO and UNICEF plan to adapt those materials for use at the community level, focusing on specific health issues appropriate to the Region, including guidelines for follow-up discussion and action.

PAHO staff also visited the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) and, as a result of that meeting, agreed to review UNFPA-funded projects to identify how activities underway could be expanded at the country level to include a focus on women in health and development. PAHO and the United Nations Development Program (UNDP) also discussed the promotion of activities on women in health and development at the country level. Exploratory talks had been held with the Population Council to define the kinds of projects in which PAHO could collaborate. A response from the Council was pending.

A visit had also been made to the United Nations Voluntary Fund for the United Nations Decade for Women, which was reviewing a project from Ecuador related to occupational health, (described in Annex V, page 2, of the document). The PAHO group also visited the International Women's Tribune Center and discovered that the Center was putting out a newsletter. One issue of the newsletter related specifically to women's centers and went into some detail about women's centers and health. Through that contact, PAHO was establishing a network through which it hoped to identify active women's organizations in Member Countries and then promote further activities in the area of primary health care. PAHO also hoped to develop a training manual in cooperation with the International Women's Tribune Center which would promote the participation of women in primary health care activities.

The group also visited the International Planned Parenthood Federation. The Federation had recently published a book entitled "Planned Parenthood and Women's Development: Lessons from the Field" containing nine case studies, two of which were from the Region (Costa Rica and Jamaica). The Federation has an extensive network of national agencies working on a voluntary basis, and PAHO hoped to improve collaboration at the community level with these agencies through its Country Offices.

Talks had been held also with a few funding agencies, such as the Carnegie Corporation which was mainly interested in developing programs related to the occupational health and safety of women in Commonwealth countries. PAHO hoped to pursue further collaboration in those areas at the country level. The Rockefeller Foundation was also visited. Its main emphasis is on contraceptive technology, reproductive biology, the training of Third World demographers, and research into the role and status of women as they relate to fertility. The Foundation had not yet developed any specific policy related to women, but was conducting a study of what it might do in that area. It was interested in increasing the number of programs that would address the health risks of female workers, including those in the home.

The follow-up to that trip was a report that had been circulated to the Country Offices. It contained specific information about the agencies and the people to contact in order to promote at the country level a follow-up to those specific activities.

PAHO had been in contact other agencies. She would be happy to provide information about them to anyone who was interested. PAHO had held talks with the International Labor Organization's Adviser on Women and Child Workers and was pursuing the possibility of a joint project in the Andean countries to systematize teaching aides for rural women. It had also been in contact with the United States Agency for International Development and had circulated the Five-Year Regional Plan of Action to its health and population experts. PAHO was awaiting further response for collaboration in that area. There had also been contacts with the Inter-American Commission on Women, and joint activities were being developed in connection with the Inter-American Year of the Family in 1983. At the request of the OAS, PAHO would be reporting to its General Assembly in November 1982 on its activities in the field of women in health and development, which included the Five-Year Regional Plan. At the present time PAHO was considering giving the Commission observer status.

The Economic Commission for Latin America (ECLA) had been working with PAHO. A group of staff members attended a week-long workshop held in Panama in January 1982, where ECLA presented the Five-Year Plan of Action and outlined the health priorities in the Region. The International Institute on Training and Research for the Advancement of Women (INSTRAW) was just emerging and getting organized. PAHO had been represented at the preliminary meeting of its Board of Directors held in January 1982. The Institute was in the process of defining its goals and objectives, and at the time of the Board meeting it decided to focus on women's participation in water supply and sanitation. PAHO agreed to collaborate through WHO Headquarters in Geneva. The same was true of the development of activities in conjunction with the United Nations Center for Social Development and Humanitarian Affairs in Vienna. Both PAHO and INSTRAW were participating with UNICEF, UNDP, UNESCO, and FAO in a special Inter-Agency Task Force on Women and the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade, which would be developing specific recommendations on women in development.

The Save the Children Foundation was developing a number of programs related to primary health care and was asked by PAHO to describe its programs in order to establish areas of mutual collaboration. The Center for Population Activities was also asked to present an outline of its five-week management training program offered to women of Third World countries to identify areas of mutual support. The seminars deal with issues concerning family planning and women in health and development. Although these have usually been conducted in English, the first Spanish language seminar is being planned for October 1982. PAHO hopes to be able to provide fellowships for women from the countries of the Region to attend these seminars.

The International Center for Research on Women worked with PAHO to conduct a seminar held in Washington, D.C., in 1981 on the problems and possible development of activities generated by the interface between the nurturing and productive roles of women.

The National Leagues against Cancer and the American Cancer Society are working with PAHO to cosponsor a conference to be held in Latin America to exchange information and promote further national attention to priority areas related to the prevention of cancer. In June 1980, the Equity Policy Center cosponsored with PAHO an international symposium on women and health, and later hosted a two-day follow-up workshop. The proceedings are now available in a publication entitled "The Health Needs of the World's Poor Women."

Finally, PAHO was in the process of exploring contacts and had proposed activities with the new Trans-Century Foundation, the InterAmerican Foundation, Johns Hopkins University, FAO, UNESCO and, the World Bank.

The other question she wished to address was the apparent discrepancy, pointed out by the Delegate of Canada, that PAHO was asking for additional funds for the women's program and yet it was not proposing new projects focused solely on women. PAHO stressed the need for development of activities related to women's health within the framework of the existing programs. More and more activities were being developed in the area of primary health care, with increased emphasis on self-care, and, in order to do that, efforts had to be increased in the area of promotion, education, and community participation, for which additional resources and additional training would be needed.

Furthermore, PAHO had a mandate to integrate the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development into the Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies to achieve the goal of health for all by the year 2000. Both plans outline specific activities related to women in health and development, and would therefore require additional resources to implement them. The activities for which extrabudgetary resources were being requested were for specific activities proposed by countries or those already being carried out within the scope of primary health care. PAHO was expecting to get requests from countries for specific projects, and at that time would look for additional resources, and not the other way round.

Ms. TONEY (PASB), referring to the observations of the Delegates of the United Kingdom and Canada, agreed that PAHO had not conducted a global evaluation of fellowships, which would be a costly exercise in view of the fact that over 11,000 fellowships had been awarded during the ten-year period concerned. A number of general evaluations of the longer fellowships had, however, been undertaken and, most recently, there had been a successful evaluation in the English-speaking Caribbean countries with the cooperation of the countries concerned. Researchers had located all 604 individuals who had been awarded fellowships of six months or more in the period 1971-1979. Identical questionnaires had been sent to former fellows and to the relevant ministers of health and follow-up visits paid to eight of the countries concerned. Of the 604 former fellows, 16 per cent were currently overseas, many of them studying. Of the remainder, 95 per cent were working in their home countries, 86 per cent in the field of their fellowship study. Further information would be available upon completion of the data analysis. Furthermore, for nearly two years PAHO had been conducting a system of continuing evaluation. There had been difficulties owing to local staff shortage, but it was hoped that the system would be operating smoothly by 1983. The suggestion of the Delegate of the United Kingdom that the relative benefits of long or short fellowships should be evaluated was interesting, and the Secretariat would like to undertake it. However, she would suggest that any general evaluation, whether by region or type of fellowship, would be more appropriately conducted under human resources than the women's program.

El Lic. BARAHONA (OSP) agradece, en nombre de la Administración, el reconocimiento casi unánime de los delegados a los esfuerzos realizados por la Organización por mejorar la participación de la mujer en el desarrollo de sus programas de actividades, mediante de su nombramiento y promoción en puestos profesionales.

Aclara seguidamente al Delegado de los Estados Unidos de América que la participación femenina en el rango de profesionales de la OPS no es de tan solo el 10%, sino de más del 20%.

Está de completo acuerdo en que los esfuerzos realizados por la Organización deben continuar, y esto es, precisamente, lo que se persigue por el momento. En la Sede de la OPS la representación de mujeres en puestos profesionales el año pasado era de 28,92%, y ahora, en septiembre de 1982, un año después, la proporción ha subido al 32,55%. Asimismo, en septiembre de 1981 el número de mujeres profesionales que ocupaban cargos del nivel profesional más alto ascendía a 14, mientras que ahora hay 20. Retrocediendo un tanto, en septiembre de 1980 eran 10 las mujeres situadas en las categorías más altas, así que en ese intervalo el aumento ha sido del 100%. De septiembre de 1981 al mismo mes de 1982, los nombramientos en la Sede fueron 16 en total, de los cuales 10 recayeron en mujeres. En el campo la situación ha mejorado, pero sigue siendo sustancialmente baja la proporción cuando se compara con la Sede. Cree que debe encontrarse la forma de obtener más candidatos para ocupar puestos profesionales en los países y para ello solicita nuevamente el apoyo de los Gobiernos Miembros.

Para mejorar la participación de la mujer en puestos clave de gestión administrativa de la Organización las actividades en el área de personal y administración en general no se limitan al reclutamiento sino que además se han mejorado considerablemente las oportunidades de adiestramiento. Se ha aumentado el número de créditos para ayuda a los funcionarios que cursan estudios universitarios, a los que la OPS contribuye con el 75% de los costos. Se ha tratado de difundir esta acción a través de algunos seminarios sobre planificación de carrera, dirigidos principalmente al personal de servicios generales y a profesionales de bajo nivel.

Por otro lado, se han efectuado algunas actividades conjuntas con el Grupo de Recursos y Desarrollo de la Mujer (WRDG), constituido por miembros del personal de la OPS interesados en mejorar la situación de la mujer en la Organización. Este Grupo organizó, conjuntamente con la Administración, un seminario que se celebró hace poco, y en el que

participaron funcionarios de alto nivel de la OPS, hombres y mujeres, tanto del área administrativa como del área técnica, con el propósito de examinar el problema de la mujer en la OPS. Otro objetivo de esta actividad fue proporcionar mayor información y motivación en cuanto a la necesidad de integrar los esfuerzos de los recursos humanos de la Organización, independientemente del sexo. Las conclusiones a que llegaron los grupos de trabajo fueron muy interesantes. Habrá otra sesión del seminario en noviembre próximo, y se espera que este tipo de actividad, que se desarrolló en forma técnica, con participación de consultores contratados con ese fin, tenga frutos y permita programar actividades de carácter fundamentalmente integral. Lo ideal sería elaborar un programa de dos o tres años de duración, en el que puedan definirse las actividades, los plazos y los recursos apropiados, en vez de gastar recursos y esfuerzos en actividades aisladas. Es de esperar que las conclusiones de estos seminarios ayuden a definir los programas precisos.

Ms. WILLIAMS (Grenada) said it was clear from the statements by members of the Secretariat that there was much activity on women's issues in PAHO. However, she felt that the general sense of the intervention by delegations, some of which had specifically called for a high-level post on women's affairs, was that something more forceful was required within PAHO itself. Without wishing to dictate to the Director about post establishment, delegations wanted the program to have an impact at the political level, as well as at the administrative and technical levels. There was no desire for affirmative action or a segregationist approach to the problem. But in many Latin American countries women held coordinating posts in certain ministries with the aim of ensuring the generation of successful women's programs. Grenada itself had just established a Ministry of Women's Affairs, the second in the Hemisphere. Women of the Americas needed their morale lifted and their sense of participation increased. She personally considered that an additional post or network would meet the case, provided there was a realistic appraisal of what was required.

The SECRETARY said that within the resources available, the Secretariat was trying to give the strongest political, technical, and administrative support to the program within the framework of the Five-Year Regional Plan of Action, which contained a number of specific activities and objectives. The plan had only been approved by the Directing Council in 1981. If future progress reports showed that the Organization was not achieving the anticipated results, Member Governments could voice their dissatisfaction and the Secretariat would certainly re-examine its methods of operating the program. Nevertheless, it should be borne in mind that the Plan of Action was still in the early stages and that some positive results had already been obtained.

El PRESIDENTE expresa que, en su sentir, el tema ha sido ampliamente debatido, lo que en resumen demuestra el gran interés que reviste y que todos los países comparten. Por otro lado, es reflejo de las actitudes que los países han adoptado frente a una serie de aspectos de orden político, administrativo y legislativo, que reclaman justa atención. Así, estima importante concretar una resolución que exprese los puntos de vista e interesantes aportes de los delegados. Sugiere, por lo tanto, la creación de un Grupo de Trabajo, para cuya integración propone a los Delegados de Cuba, Nicaragua, Panamá y Reino Unido, en el que también podrán participar todos aquellos que deseen hacerlo.

The session rose at 4:50 p.m.
Se levanta la sesión a las 4:50 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

SEVENTH SESSION
SEPTIMA SESION

Monday, 27 September 1982, at 9:25 a.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 9:25 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. José Dolores García Ramírez

Dominican Republic

In the absence of the President, the Vice-President took the Chair.
En ausencia del Presidente, el Vicepresidente ocupa la Presidencia.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTION PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DEL PROYECTO DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

ITEM 18: STUDY OF THE AEDES AEGYPTI PROBLEM (continued)
TEMA 18: ESTUDIO DEL PROBLEMA DEL AEDES AEGYPTI (continuación)

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura al proyecto de resolución pendiente de aprobación.

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having studied the Final Report of the Meeting of the Technical Group on Aedes aegypti, Dengue, and Yellow Fever (Document CSP21/22);

Considering the present status of the program for the eradication of Aedes aegypti in the Americas and the serious problems of reinfestation plaguing many of the countries;

Considering that the risk of urbanization of jungle yellow fever and the aggravation of the dengue situation in the Americas--given the increase in virus activity in many countries, the spread of the disease to new areas, the appearance of the hemorrhagic form with the occurrence of fatal cases--pose serious threats to the Hemisphere; and

Bearing in mind that the decision taken by the Directing Council at its I Meeting (1947) is still in effect,

RESOLVES:

1. To maintain the present policy for eradication of Aedes aegypti from the Hemisphere and to recommend to the Governments of the countries and territories still infested by the vector that they take appropriate measures to remove the financial and administrative difficulties that may be hindering the progress of their programs, and that they give such priority as is necessary to the allocation of funds, personnel, and materials for the completion of those programs.

2. To recommend to the countries and territories already free of Aedes aegypti that they step up their surveillance efforts with a view to the early detection of any manifestation and to its elimination before it spreads.

3. To request the countries that had succeeded in eradicating Aedes aegypti and have later been reinfested to take every appropriate measure to eradicate the vector.

4. To recommend that countries still infested give the necessary priority to the implementation of measures which prevent exportation of the vector to other countries.

5. To recommend to the Director that he take all appropriate measures to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign for the eradication of Aedes aegypti so that the goal of elimination of the vector may be attained as quickly as possible.

6. To recommend to each Government, considering that the general goal of eradication will not be reached by all the countries in the Region in the short run, and in view of the danger of fresh dengue epidemics and the threat of urbanization of yellow fever, that it draw up an emergency plan to inventory the resources available in neighboring countries and a plan of operations for implementation in the event of an epidemic.

7. To recommend that the countries assist each other either directly or through the Pan American Sanitary Bureau, by means of bilateral loans and grants and provision of equipment and materials, and with technical advisory services to vector eradication programs.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe final de la Reunión del Grupo Técnico sobre Aedes aegypti, Dengue y Fiebre Amarilla (Documento CSP21/22);

Considerando la actual situación del programa de erradicación de Aedes aegypti en las Américas y los graves problemas de reinfestación con que se enfrentan numerosos países;

Considerando que el riesgo de que la fiebre amarilla selvática se convierta en urbana y la agravación de la situación en cuanto a dengue en las Américas--vista la recrudescencia de la actividad del virus en muchos países, la extensión de la enfermedad a nuevos territorios y la manifestación de la forma hemorrágica de esta, con los consiguientes casos mortales--constituyen una grave amenaza para el Hemisferio, y

Habida cuenta de que sigue en vigor la decisión de la I Reunión del Consejo Directivo (1947),

RESUELVE:

1. Mantener la actual política de erradicación de Aedes aegypti en el Hemisferio y recomendar a los Gobiernos de los países y territorios aún infestados por el vector que adopten las medidas necesarias para eliminar las dificultades de carácter económico y administrativo susceptibles de impedir el progreso de sus programas y que concedan la prioridad debida a la provisión de las consignaciones presupuestarias, el personal y los materiales imprescindibles para llevar a término dichos programas.

2. Recomendar a los países y territorios ya exentos de Aedes aegypti que intensifiquen sus actividades de vigilancia para la detección precoz de cualquier manifestación y para eliminarla antes de que se extienda.

3. Pedir a los países que después de erradicar el mosquito Aedes aegypti hayan sido reinfestados que adopten todas las medidas apropiadas para eliminar el vector.

4. Recomendar a los países aún infestados que otorguen la prioridad necesaria a la aplicación de medidas que impidan la exportación del vector a otros países.

5. Recomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña continental de erradicación de Aedes aegypti, de manera que la meta de eliminación del vector pueda alcanzarse en el más breve plazo.

6. Recomendar a cada Gobierno, habida cuenta de que el objetivo general de erradicación no será alcanzado a corto plazo por todos los países de las Américas, así como el peligro de nuevas epidemias de dengue y la amenaza de urbanización de la fiebre amarilla, que prepare un plan de emergencia con un inventario de los recursos disponibles en los países vecinos y un plan de operaciones para el caso de que se produzca una epidemia.

7. Recomendar a los países que se ayuden recíprocamente, sea de manera directa o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante préstamos o subvenciones bilaterales y provisión de equipo y suministros, así como de asesoría técnica para los programas de erradicación del vector.

La Lic. FINLEY (Cuba) propone que se agregue un octavo párrafo a la parte resolutive del proyecto en el que se agradezca a los científicos que se reunieron en Mérida para tratar de la situación actual del Aedes aegypti, el dengue y la fiebre amarilla, y se tome nota de sus recomendaciones.

Dr. FAICH (United States of America) agreed with the addition suggested by the Cuban Delegate and proposed the following further insertions: in operative paragraph 1, after "eradication of Aedes aegypti from the Hemisphere" the phrase "and other approaches to controlling dengue"; at the end of operative paragraph 4, a new sentence: "Such countries should increase surveillance and control efforts based on epidemiological knowledge of local situations"; and following paragraph 5, a new sentence: "For those countries still infested, the Director should encourage Governments to increase surveillance and control activities."

El Dr. ARREAZA-GUZMAN (Venezuela) propone que se modifique el punto sexto de la parte resolutive, de modo que solamente se recomiende preparar el plan de emergencia en caso de epidemia con un inventario de los recursos disponibles y un plan de operaciones, dejando de lado la inclusión de un inventario de los recursos disponibles de los países vecinos, por considerar que se trata de una tarea de muy difícil realización.

Mr. INGLIS (Canada) said that his Delegation had considerable difficulty with the proposed resolution although it supported the Cuban and United States suggestions. He felt the resolution's approach was excessively horizontal and negative, and that it was inconsistent with the spirit of health for all by the year 2000. It failed to include research, vaccine production and the migration, attitudinal and multisectoral aspects of the problem. He proposed that a small working party should be formed to redraft the resolution and resubmit it to the Committee.

O Dr. BICA (Brasil) apóia as propostas formuladas por Cuba e pela Venezuela, as quais, no seu entender, melhoram o projeto de resolução, e solicita o texto das propostas formuladas pelos Estados Unidos. Quanto às observações do Delegado do Canadá, comenta que a erradicação do Aedes aegypti se enquadra na meta de saúde para todos no ano 2000.

Observa também que os programas de controle, quando mal executados, favorecem a mudança dos hábitos do mosquito, que não só se torna resistente como muda de habitat para se defender. Assim, ao passar da condição de inseto doméstico para a de peridoméstico, o mosquito provocará intermináveis modificações nos programas de controle.

Mr. INGLIS (Canada) said that his remark concerning inconsistency with the spirit of health for all referred not to eradication but to the wording of the resolution, which ignored various primary health care aspects, including the multisectoral approach and community involvement, as well as research and the production of viable vaccines.

O Dr. BICA (Brasil) diz haver entendido perfeitamente as palavras do Delegado do Canadá e acrescenta que o importante é o objetivo a alcançar no ano 2000, e não o método para tanto empregado. Assim sendo, o que cumpre em última análise é erradicar o Aedes aegypti.

El PRESIDENTE considera que existe consenso en lo referente al fondo de la resolución y que las modificaciones y adiciones propuestas por los Delegados de Cuba, Estados Unidos de América y Canadá se refieren sobre todo a la redacción.

Propone la formación de una comisión integrada por los Delegados de Brasil, Cuba, Estados Unidos de América y Canadá para que ayude a la Relatora y durante el receso se estudie el contenido, pero sobre todo el estilo de la resolución, a fin de presentar más tarde el texto acordado.

ITEM 35: TOPIC FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS TO BE HELD IN 1984 DURING THE XXX MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL OF PAHO, XXXVI MEETING OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS

TEMA 35: TEMA PARA LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE SE CELEBRARAN EN 1984 DURANTE LA XXX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, XXXVI REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

El Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo) recuerda a los delegados que el tema se refiere a las Discusiones Técnicas de 1984 por haberse elegido ya el correspondiente a 1983 (Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales).

El tema "Aumento de la capacidad de operación de los servicios de salud con vistas al logro de la salud para todos en el año 2000" se examinó en la 88a Reunión del Comité Ejecutivo, a la que asistieron 11 observadores de diversos países. El Comité recomendó su aprobación a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Un problema brevemente debatido en el Comité y sobre el cual interesa oír algunas opiniones por haberse planteado también en el seno del Consejo y en la OMS es el referente a la conveniencia de dedicar un día y medio a las Discusiones Técnicas. Aunque se estuvo de acuerdo en que ese tiempo es adecuado, desde el punto de vista económico y sobre todo en vista de las múltiples reuniones que deben realizarse, quizá convenga acortar la duración de las Discusiones a un plazo razonable que permita trabajar mejor a los Cuerpos Directivos. Se acogerán con beneplácito opiniones al respecto para que la 90a Reunión del Comité Ejecutivo pueda tomar las determinaciones pertinentes.

No sería conveniente, sin embargo, suprimir las Discusiones Técnicas si es que en algún momento llegara a plantearse esa decisión, puesto que eso requeriría una modificación constitucional y su aprobación es un procedimiento de larga duración, como se está demostrando en la OMS en el caso del aumento del número de miembros del Consejo Ejecutivo.

Mr. INGLIS (Canada) thought the Committee should see what could be done to improve the operation of the Technical Committee within the framework of the Constitution. He proposed that the resolution on item 35 should be revised to request the Executive Committee to review all aspects of the Technical Discussions and to submit a report to the XXXIII Meeting of the Directing Council with recommendations for maximizing their impact and significance and minimizing the expenditure of national and Secretariat human and fiscal resources. The Executive Committee could hereby serve as the vehicle for improvement.

El Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo) interpreta que, tal como lo previera el Comité Ejecutivo, hay acuerdo en el tema elegido para 1984. Concuera también con la enmienda propuesta por el Delegado del Canadá y está seguro de que la misma encontrará aprobación unánime.

The SECRETARY asked the Canadian Delegate to repeat his proposed amendment.

Mr. INGLIS (Canada) rephrased his proposal, and suggested it should be given final form by the Rapporteur.

El PRESIDENTE declara que en vista del consenso de los delegados y de que aparentemente no hay oposición a la enmienda propuesta por el Delegado del Canadá, se considera aprobado el tema para las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984.

Decision: "Increasing the operational capacity of the health services for the attainment of the goal of health for all by the year 2000" was approved as the topic for the Technical Discussions to be held in 1984 during the XXX Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXVI Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas.

Decisión: Se aprueba el tema "Aumento de la capacidad de operación de los servicios de salud, con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000" como tema de las Discusiones Técnicas que se celebrarán en 1984 durante la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

ITEM 36: BLOOD TRANSFUSION SERVICES

TEMA 36: SERVICIOS DE TRANSFUSION DE SANGRE

Dr. LENNOX (Canada) reviewed the importance of blood transfusion as a therapeutic tool and voiced certain concerns of his Delegation regarding blood collection, fractionation, quality control, and the use of blood and blood products in the provision of medical care, as well as adequate procedures and the training of personnel. Canada was convinced that PAHO was capable of coordinating cooperation among Member Countries to promote safe and effective transfusion services, and therefore urged Member Governments to assign priority to such services in their national health strategies. The Canadian Delegation accordingly proposed that the Director be asked to seek technical cooperation from relevant international organizations for that purpose and to work out an appropriate methodology for evaluating Member Countries' needs and providing assistance.

Canada had prepared a short background document on the issue, designed to encourage a more in-depth study, which could perhaps be considered at the forthcoming Meeting of the Executive Committee. It had also drawn up a draft resolution, the operative part of which read as follows:

1. To urge Member Countries to make provision and control of blood transfusion services a priority item in their national strategies for HFA/2000.
2. To set the year 1990 as the goal for achieving effective blood transfusion services in all countries of the Region, taking into consideration each Member Country's needs and capacity to provide such services.
3. To request the Director to:
 - i) Seek the technical cooperation of the League of Red Cross Societies, the International Society of Blood Transfusion, and other international bodies concerned with the use of blood products in the provision of health care, to develop an appropriate methodology to evaluate Member Countries' needs and the methods of assistance required for the processing and control of blood and blood products and for the provision of effective blood transfusion services;
 - ii) Assist smaller Member Countries to establish cooperative mechanisms for the provision of adequate and safe supplies of blood and other blood transfusion products;
 - iii) Present proposals for the achievement of the goal of effective blood transfusion services by 1990 for the consideration of the XXXV Meeting of the Directing Council.

El Dr. PAGES (Cuba) recalca la gran importancia de la implantación de servicios de transfusión de sangre como requisito para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y considera que aún queda mucho por hacer en este campo.

Los servicios de transfusión de sangre no pueden separarse de los servicios de salud en general si han de realizarse de manera adecuada y satisfactoria como una obligación del Estado con el pueblo.

Tal es lo que ocurre en Cuba, donde no se contó con servicios generales de transfusión de sangre hasta que pasaron a ser obligación del Estado a través del Ministerio de Salud Pública. La prestación de dichos servicios depende de la existencia de instalaciones sanitarias, de instituciones formadoras de personal técnico y sobre todo de un objetivo planificado en el que no interviene la comercialización del vital elemento.

Considera que la Primera Reunión Consultiva sobre Planificación de Servicios Nacionales de Transfusión de Sangre celebrada en Colombia facilitó recomendaciones concretas muy útiles, por lo que le interesa conocer lo hecho por la OPS en ese campo a partir de la Reunión de Bogotá.

Dos medidas de aplicación inmediata son de importancia decisiva cuando comienza a funcionar un sistema nacional de transfusión de sangre: 1) el suministro de sangre y sus componentes en forma eficiente y económica debe ser responsabilidad exclusiva del Estado, y 2) la supresión radical y definitiva de todo lo relacionado con el comercio directo e indirecto de la sangre y sus componentes, que solo puede perjudicar a los pueblos en desarrollo mientras enriquece a las compañías transnacionales.

Califica de positiva la propuesta del Delegado del Canadá encaminada a aprobar una resolución que permita dar continuidad a los trabajos sobre este tema.

Dr. FAICH (United States of America) observed that, although his Delegation would be sympathetic to a resolution along the lines suggested by Canada and recognizes the advantages of voluntary donation and state collection and distribution, commercial aspects of blood purchasing and marketing involved domestic, economic, and legislative issues. In the United States of America it would be very difficult to ban private collection and sale of blood. However, he believed that the approach employed in his country, of regulation as opposed to a ban, could ensure a safe and adequate supply.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) informa acerca del servicio nacional de transfusión de sangre creado por ley en el Uruguay, que comprende cuatro programas: 1) banco de reserva e intercambio, en el que se coordina la utilización de sangre por los diversos bancos y que en los primeros seis meses de funcionamiento aumentó el rendimiento de la sangre usada en un 340%; 2) sueros hemoclasificadores, programa que permite distribuir en el sector público y privado todos los sueros de ese tipo que utilizan los diversos servicios de sangre; 3) elaboración de hemoconcentrados, que prácticamente abastecen el 100% del sector privado y el 100% del sector oficial, y 4) fraccionamiento de plasma, todavía en vías de desarrollo.

Se han regionalizado los servicios de transfusión de sangre y el Uruguay cuenta con servicios de nivel regional, departamental y local, completamente normalizados en cuanto a procedimientos, tecnología y recursos humanos. Según lo acordado en la reunión de 1981 celebrada en Bogotá, el Uruguay ha alcanzado prácticamente los objetivos propuestos para 1990.

El orador propone, finalmente, que para facilitar la ayuda técnica y la cooperación para el desarrollo que la OPS brinda, el "programa de laboratorios" destinado a servicios de hemoterapia se convierta en un subprograma de servicios de hemoterapia.

O Dr. BONOW (Brasil) relata a experiência brasileira com o programa nacional de sangue e hemoderivados--PROSANGUE--que objetiva a organização de um sistema de hematologia e hemoterapia no Brasil. Os princípios norteadores desse programa se basearam nos resultados das ações e diretrizes empreendidas pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco, HEMOP, implantado em 1977.

Criado pelo Governo brasileiro em 1980, o PROSANGUE visa ao desenvolvimento das atividades hematológicas e hemoterápicas no país, disciplinando as ações referentes à coleta de sangue, sua utilização, produção, e distribuição de hemoderivados. São objetivos do PROSANGUE disciplinar, regulando as ações pertinentes à coleta de sangue e à produção e distribuição de componentes e derivados do sangue. Disciplinar, estabelecendo normas e diretrizes para o exercício do controle de qualidade, disciplinar, avaliando as ações das instalações no que se refere à concordância com os princípios éticos estabelecidos, assim como, no seu desempenho técnico. Operar, implantando e implementando a rede de instalações responsáveis pelo suprimento e distribuição do sangue e hemoderivados e definindo as responsabilidades em todos os níveis da formação de recursos humanos especializados para a atividade, incentivando a pesquisa na áreas de hematologia e da hemoterapia, promovendo intercâmbio entre as instituições integrantes do sistema e aquelas que direta ou indiretamente contribuem para o seu desenvolvimento.

Na consecução desses objetivos, o PROSANGUE é norteado pelo seguintes princípios: doação voluntária não remunerada de sangue, segurança para o doador e para o receptor, integração das áreas de hematologia e hemoterapia, universalização no atendimento à população e inclusão da hemoterapia no contexto da saúde pública.

Basicamente, o PROSANGUE desenvolve suas atividades no sentido de coordenar as ações de manutenção dos sistemas de hematologia e hemoterapia, que envolvem instituições a nível federal e estadual e atividades no sentido de implantar e implementar a rede nacional de centros de hematologia e hemoterapia, os Hemocentros. Cada Hemocentro é a unidade executora do PROSANGUE, bem como a unidade governamental componente do sistema nacional de hematologia e hemoterapia destinada a coordenar e/ou centralizar, em cada unidade da federação, a coleta, a distribuição e a utilização de sangue e seus componentes derivados. Os Hemocentros deverão estar capacitados a coordenar e/ou centralizar a coleta de sangue, produzir e distribuir componentes e derivados do sangue, exercer controle de qualidade dos produtos, capacitar recursos humanos, desenvolver a pesquisa, prestar assistência hematológica e hemoterápica à população e fornecer dados epidemiológicos. A atuação do PROSANGUE se estende por todo o território nacional, objetivando de início a criação desses centros, e é objetivo do Governo brasileiro que em 1984 todas as unidades federadas deverão possuir um centro oficial de hematologia e hemoterapia, terminando assim a primeira fase do programa. Nas capitais dos Estados, este programa expandirá suas ações no interior, visando a cobrir todo o país.

Le Dr. VERNEREY (France) est satisfait du projet de résolution présenté par la délégation du Canada, car il représente un élément très important pour l'amélioration de la santé des populations. Il rappelle qu'en France, donner du sang est gratuit et que les prix de vente des divers dérivés sanguins sont réglementés et correspondent aux coûts de préparation de ces produits dans des centres qui doivent obligatoirement recevoir l'agrément du pouvoir public.

El Dr. PONCE DE LEON (Perú) plantea el problema de la posible transmisión de enfermedades tales como la de Chagas, la malaria (en reciente aumento en la Región) y otras a través de las transfusiones; señala la necesidad de seleccionar a los donantes de sangre.

El Dr. SYMON (Chile) informa que en todos los servicios de salud de Chile dependientes del Ministerio de Salud se clasifican los bancos de sangre de acuerdo con su complejidad y según sea esta se les asignan distintos niveles. Se prevé además un plan de desarrollo a mediano y corto plazo. En las actividades relacionadas con los bancos de

sangre participan también activamente otras instituciones tales como los hospitales universitarios y la Cruz Roja, que están fuera del sistema del Ministerio de Salud.

Está de acuerdo con el punto 2 de la recomendación para los objetivos que han de cumplirse en 1985 y considera acertado que el Estado regule y reglamente el funcionamiento de los bancos de sangre, además de supervisar la labor que allí se desarrolla, pero no está conforme que dirija y financie todos los bancos de sangre existentes dentro de su territorio.

El Dr. ARREAZA-GUZMAN (Venezuela) informa que en Venezuela la sangre usada en transfusiones procede únicamente de donantes voluntarios. No se permite comerciar con la sangre y sus derivados. La Asociación de Donantes Voluntarios de Sangre, con base en todos los servicios de salud del país a nivel regional, es la institución encargada de atraer donantes.

El PRESIDENTE, hablando en calidad de Delegado de la República Dominicana, informa acerca de la seriedad del problema de las transfusiones en su país, donde hasta hace cinco años la sangre era objeto de comercio, y se la extraía en bancos privados sin seleccionar al donante, que no era tal, sino un vendedor, con las consiguientes repercusiones en la calidad del material obtenido.

La legislación de 1978 eliminó totalmente los bancos de sangre privados y públicos, suprimiendo la compra-venta de sangre e instituyendo, con la colaboración de organismos estatales y de servicios públicos como la Cruz Roja, los Leones, 20-30, los clubs de donantes, etc. Estos garantizan al donante el suministro de sangre para él o su familia en el momento de necesitarla.

A pesar de los obstáculos encontrados en la organización de los clubs de donantes se está progresando y uno de los resultados más importantes ha consistido en verificar que un gran número de los que vendían su sangre eran personas enfermas que recurrían a este comercio con demasiada frecuencia. Por tal motivo, la introducción de este tema en la Conferencia tiene gran importancia, no solo desde el punto de vista técnico sino también humano.

The SECRETARY suggested that the draft resolution proposed by Canada be distributed, and that the working group responsible for redrafting the Aedes aegypti resolution meet during the coffee break.

El Dr. PAGES (Cuba) solicita al Presidente que deje el análisis del Documento CSP21/22 para la sesión de la tarde debido al escaso tiempo disponible, si no hay objeción.

The session was suspended at 10:25 a.m. and resumed at 11:10 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:25 a.m. y se reanuda a las 11:10 a.m.

ITEM 34: GOVERNOR SHEPHERD BUILDING. STATUS REPORT

TEMA 34: EDIFICIO GOVERNOR SHEPHERD. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS

Dr. BORGÑO (Chairman, Executive Committee) explained that Document CSP21/29 summarized the action taken by the Organization in respect of the Governor Shepherd Building from the 85th Meeting of the Executive Committee in 1980 up to the 88th Meeting of the Committee in 1982. The Governor Shepherd Building was a building owned by PAHO located across the street from the main Headquarters building and used to provide office space for the Secretariat. Its development was being supervised by a Subcommittee of the Directing Council consisting of Chile, Jamaica, and the United States of America. In order to save time the Directing Council and the Executive Committee had delegated certain functions to the Director.

The proposed new building was to be constructed entirely on land owned by PAHO, and adjacent properties had been excluded. It would consist entirely of office space, amounting to approximately 90,000 square feet above ground, in conformity with the general zoning regulations of the District of Columbia. The design of the building would be similar to that displayed to the delegates at the XXVIII Directing Council. The condominium idea had been dropped from the proposal owing to market conditions in the United States of America, which made a mixed-use building an extremely risky venture. The new building would not affect the PAHO budget. PAHO would have to enter into partnership. Many proposals for the development had been received, reviewed and professionally analyzed. The choice had been narrowed down to one or two reputable firms. The terms of potential arrangements were still under negotiation, and the proposals under consideration indicated that it would be possible to construct a building that would allow PAHO to lease 30,000 square feet at below market rates and to share in the potential profit without assuming the risk attached to the development. The Subcommittee of the Directing Council had been kept fully informed of actions taken by the Secretariat, and the Executive Committee had received a full report. The Secretariat hoped that a preliminary agreement would be possible by the end of 1982. It might be possible to submit the plan and obtain the permit by the June 1983 Meeting of the Executive Committee or at least by the next meeting of the Directing Council. Under the PAHO Financial Regulations, no final arrangement could be adopted without the approval of the Executive Committee.

Mr. MULDOON (Chief of Administration) said that progress in making the arrangements for developing the building had been slow, largely because of the complicated nature of the financing involved and the need to resort to outside experts. The prospective developers had now been narrowed down to two. Their recommendations would be reviewed and the findings placed before the Subcommittee, which would decide how to proceed from that point on. Subsequently the entire matter would be placed before the Executive Committee for final approval according to the terms of Resolution XXIX of the XXVIII Meeting of the Directing Council.

El Dr. ARREAZA-GUZMAN (Venezuela) dice que de la exposición del Presidente del Comité se deduce que varias de las opciones propuestas durante las discusiones sobre el tema han sido eliminadas progresivamente, debido a los cambios producidos en la situación económica del país. Teniendo en cuenta que la evolución constante de dicha situación puede conducir a unas circunstancias más favorables, desea saber por qué ha de adoptarse una resolución urgentemente. Si hay razones que lo justifiquen, está dispuesto a aceptarla.

El Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo) señala que la reconstrucción del nuevo edificio "Governor Shepherd" se planteó debido a que, al tener ya varios años de existencia, es necesario proceder a una serie de reparaciones cuyo importe podría ser igual al de una nueva construcción. Al mismo tiempo, se podrían instalar más despachos de los que está tan necesitada la Secretaría.

Al pensar en hacer un edificio más grande se estimó incluso que podrían comprarse el local de la farmacia o la gasolinera que están contiguos, posibilidad que hubo de descartarse porque los precios eran demasiado elevados. Por ello, se volvió a la idea de reconstruir el edificio en terreno actual.

Por supuesto, no existe una urgencia extrema, pero conviene considerar que las gestiones con los medios financieros y los constructores llevarán aproximadamente un año. Si a ese plazo se añade otro año que se necesitaría para los trabajos, es comprensible que se quiera llegar a una decisión lo más pronto posible.

Otro argumento que debe tenerse en cuenta es el interés de muchas personas por ser socios de la Oficina en el nuevo edificio. Por supuesto, será necesario analizar cuidadosamente su solvencia con objeto de que la Oficina esté en una situación favorable. Esto

ya se ha hecho respecto de algunas firmas que, en principio, reúnen las condiciones financieras y jurídicas precisas.

Por todo ello, sería conveniente que se hubiese adoptado una decisión antes de la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

Le Dr. BROUELLE (France) désire mieux comprendre ce qui se passe et explique que si, en premier lieu, est abandonnée l'idée de la copropriété envisagée pour atténuer les dépenses, puisqu'on récupérerait l'argent correspondant à la vente de certains appartements, elle désire savoir quelles sont les incidences financières et le montant de ces opérations. En deuxième lieu, elle veut savoir comment il serait possible qu'il n'y ait pas d'incidences budgétaires sur l'OPS puisqu'il faut bien que quelqu'un finance ces activités. En troisième lieu, se pose le problème de la procédure selon laquelle il sera soumis un certain nombre d'études de faisabilité au sous-comité chargé de suivre cette affaire et de présenter un rapport au Comité Exécutif en 1983. A son entendement, cette tâche reviendra au Conseil Directeur puisqu'il sera inscrit au budget même des dépenses extra-budgétaires. Enfin, continue le Dr. Broyelle, l'année dernière, on avait demandé le nombre de bureaux existant actuellement dans le bâtiment et surtout, quels seraient les besoins pour les années à venir de l'Organisation panaméricaine de la Santé en matière de bureaux; il serait bon, à son avis, que ces informations soient fournies maintenant, étant donné qu'elles n'étaient pas disponibles l'année dernière.

Mr. MULDOON (Chief of Administration) said that the downturn in the economy of the United States of America had a certain advantage as far as the development of the new building was concerned, since competition was now so keen that builders were willing to offer more favorable terms. Moreover, interest rates had been falling, and the Secretariat hoped that they would continue to do so.

The three-member Subcommittee appointed by the Directing Council acted as an oversight committee. It has met periodically with the Secretariat to review progress and to prepare reports and recommendations for consideration by the Governing Bodies. The Executive Committee now had authority from the Directing Council to make a final decision. It would no doubt submit a full report on the action taken to the Directing Council.

The project would have no effect on the regular budget. The funds for financing it would be borrowed for that purpose. The amount involved would depend very much on the final design of the project. It would probably be in the region of \$11 or \$12 million. The land value had been appraised at \$3.6 million by one potential developer. The likely rental value would be in the vicinity of \$25 to \$28 per square foot above the ground and \$12.5 per square foot below ground. The size of the new building had not yet been finally determined. At present 108 PAHO staff members were working in the building; in addition, the Organization was providing space to the Credit Union and the Staff Committee, and space was being rented to the National Council for International Health. It was estimated that 30,000 square feet would be a reasonable amount for the Organization's needs for the foreseeable future, although the new Director might have plans which would involve additional or lesser needs. The three-member Subcommittee had insisted that flexibility would have to be built into the project so that the Organization would be able to expand or contract. The total floor space of the new building would be in the region of 90,000 square feet above ground, so there would be plenty of space in excess of the Organization's needs. The excess space would be available for rental, and the Organization would share in the profits.

Mr. INGLIS (Canada) expressed concern regarding the economic credibility of the proposed arrangements. If PAHO retained one third of the available floor space, amounting to approximately 30,000 square feet, some 60,000 square feet would be available as income property. Allowing for a rental of \$25 per square foot, which was probably too high a

figure, an income of \$1.25 million would be generated, which would be very little more than the interest payable on \$12 million at 10 per cent. If PAHO retained 30,000 square feet, was it intended that PAHO should be charged rental to be paid out of the regular budget in order to generate income to service the principal and interest?

Mr. MULDOON (Chief of Administration) said that if the project were not viable economically, the Organization would not wish to go ahead with it. That was why it had engaged the services of the best economic consultants it could find. The key economic factors, including the interest rate payable and the rental chargeable, had been fed into the consultants' computer programs in a very sophisticated way. The results obtained would continue to be discussed in great detail in the three-member Subcommittee. The consultants considered that a rental of \$25 per square foot would be perfectly feasible in the Governor Shepherd development, and that was the figure with which they had been working. The Organization would not, of course, pay \$25 per square foot of space, since it would be given preferential treatment in the business deal to be concluded. All potential developers, when submitting their proposals, had included a provision to the effect that the Organization would pay a rental below the market rate. It was hoped that costs would be kept approximately as they were now, with some year-to-year adjustment for inflation. The impact on the budget would be roughly what it was at the moment.

El PRESIDENTE estima que, al no haber más observaciones, la Comisión puede dar por recibido el informe presentado por el Presidente del Comité Ejecutivo y agradece al Sr. Muldoon todos los datos facilitados.

Decision: The Committee took note of the report.

Decisión: El Comité tomó nota del informe.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

ITEM 19: ABUSE OF NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES (conclusion)

TEMA 19: USO INDEBIDO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTRIPICAS(conclusión)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking note of the Director's report on drug abuse (Document CSP21/13);

Considering Resolution XLI of the XXVII Meeting of the Directing Council, which called upon the Member Governments to establish mechanisms for monitoring drug abuse and to integrate drug abuse into their national health programs and plans;

Recognizing Resolution EB69.R9 of the WHO Executive Board concerning obligations under the international conventions and the need for WHO to intensify its efforts to strengthen national drug regulatory mechanisms;

Taking into account Resolution WHA33.27 concerning the need for greater attention to drug abuse in the WHO program;

Being aware of the growing social, economic, and public health problems related to the use and misuse of psychotropic and narcotic substances;

Realizing that an isolated medical approach to the prevention and treatment of drug abuse is more costly and provides less relative benefit than innovative multisectoral efforts, in which the health sector's role is defined more broadly;

Realizing the political, administrative and technical deficiencies in the existing national drug regulatory systems and the potentially adverse consequences they may have for the general health and well-being of the public; and

Recognizing the important and valuable role which has been played by the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC) in financing country projects in the Region,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to:
 - a) Consider concentrating the broad spectrum of health sector drug abuse activities in a single office within the Ministry of Health, with adequate resources to be used for existing health programs such as drug control, health education, epidemiology, and mental health, in accordance with clearly defined program priorities;
 - b) Recognize the need for multisectoral planning and programming as part of an overall national drug abuse plan in which health sector objectives, strategies, and responsibilities are clearly identified;
 - c) Adopt policies which will permit and facilitate the integration of drug abuse activities into the general health services system, and, in particular, to explore new prevention and treatment approaches geared to specific high-risk groups (such as adolescents) and covering a wide spectrum of health and social needs;
 - d) Collaborate with the private sector in exploring new prevention and treatment approaches utilizing existing community resources, and, in particular, community groups and voluntary organizations;
 - e) Strengthen their drug management and regulatory systems with a view to reducing costs and improving the delivery of essential drugs, while at the same time increasing the effectiveness of drug abuse prevention;
 - f) Accede to the international conventions and take steps toward implementing them.
2. To call upon the Director to:
 - a) Collaborate with the countries in designing and implementing simple, low-cost systems for monitoring usage patterns and social and public health problems associated with the use and misuse of psychotropic and narcotic substances;
 - b) Continue to work with the countries in strengthening their drug management and regulatory measures;
 - c) Facilitate the transfer of information and technology among the countries of the Region concerning epidemiological methods, innovative low-cost approaches to treatment, the impact of policy on the field of prevention, and training methods and materials which can be used for professional and paraprofessional personnel in the general health services system;
 - d) Assist the countries in seeking extrabudgetary financing for projects;
 - e) Report to the XXIX Meeting of the Directing Council in 1983 on drug abuse prevention efforts in the Region.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre el uso indebido de drogas (Documento CSP21/13);

Considerando lo dispuesto en la Resolución XLI de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, en la que se pide a los Gobiernos Miembros que establezcan mecanismos para vigilar el uso indebido de drogas y que integren estas actividades en sus programas y planes nacionales de salud;

Reconociendo lo dispuesto por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su Resolución EB69.R9 respecto a las obligaciones emanadas de los convenios internacionales y a la necesidad de que la OMS intensifique sus esfuerzos por reforzar los mecanismos nacionales de reglamentación farmacológica;

Teniendo en cuenta la Resolución WHA33.27 sobre la necesidad de que en el programa de la OMS se dedique más atención al uso indebido de drogas;

Consciente de los crecientes problemas sociales, económicos y de salud pública relacionados con el empleo y el uso indebido de sustancias psicotrópicas y estupefacientes;

Comprendiendo que la acción médica aislada en materia de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas es más costosa y relativamente menos eficaz que una labor multisectorial innovadora, en la que se asigne una función más amplia al sector salud;

Consciente de las deficiencias de orden político, administrativo y técnico de los sistemas nacionales existentes de reglamentación farmacológica así como de las consecuencias negativas que podrían tener para la salud y el bienestar general del público, y

Reconociendo la importancia y la utilidad de la acción desplegada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID) en el financiamiento de proyectos para los países en la Región,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Consideren la posibilidad de concentrar las actividades dispersas del sector salud en materia de uso indebido de drogas en un solo departamento del Ministerio de Salud dotado de los recursos necesarios para programas tales como los de fiscalización de drogas, educación en salud, epidemiología y salud mental, conforme a un orden de prioridad bien definido;
 - b) Reconozcan la necesidad de la planificación y programación multisectoriales como parte de un plan general nacional de lucha contra el uso indebido de drogas, en el que estén bien puntualizados los objetivos, las estrategias y las responsabilidades del sector salud;
 - c) Adopten políticas encaminadas a facilitar la integración de las actividades relativas al uso indebido de drogas en el sistema general de servicios de salud, y en particular a que estudien nuevos métodos de prevención y tratamiento orientados hacia grupos particularmente expuestos (como los adolescentes) y que permitan atender un amplio espectro de necesidades sanitarias y sociales;
 - d) Colaboren con el sector privado en la exploración de nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento, recurriendo a los recursos existentes en la comunidad y, en particular, a los grupos comunitarios y a las organizaciones voluntarias;

- e) Refuercen sus sistemas de gestión y reglamentación farmacológicas con objeto de reducir los costos y mejorar el suministro de medicamentos esenciales, aumentando al mismo tiempo la eficacia de las medidas de prevención del uso indebido de drogas;
 - f) Se adhieran a los convenios internacionales y adopten medidas para su cumplimiento.
2. Pedir al Director que:
- a) Colabore con los países en el estudio y la organización de sistemas sencillos y poco costosos de vigilancia de sus características y los problemas sociales y de salud pública del empleo y el uso indebido de sustancias psicotrópicas y estupefacientes;
 - b) Siga cooperando con los países en el fortalecimiento de sus medidas nacionales de gestión y reglamentación farmacológicas;
 - c) Facilite la transferencia de información y tecnología entre los países de la Región en lo que respecta a métodos epidemiológicos, sistemas de tratamiento innovadores y de bajo costo, efectos de la política de prevención y métodos y material didácticos utilizables por personal profesional y paraprofesional del conjunto de servicios generales de salud;
 - d) Ayude a los países a buscar fondos extrapresupuestarios para sus proyectos;
 - e) Informe a la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983 sobre los esfuerzos que se llevan a cabo en la Región para prevenir el uso indebido de drogas.

Mr. BOYER (United States of America) said that the proposed resolution successfully synthesized a number of the points that had been discussed in the Committee at an earlier meeting, as far as the activities both of Member Governments and of the Director were concerned. He hoped that it would be adopted.

El PRESIDENTE estima que el proyecto de resolución se ha examinado cuidadosamente y considera que puede darse por aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 22: PAN AMERICAN FOOT-AND-MOUTH DISEASE CENTER (continued)

TEMA 22: CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA (continuación)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution submitted by the Delegation of Uruguay:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that animal health activities have implications for human health and socioeconomic development, and consequently for primary health care;

Realizing the particular importance of harmonizing animal health activities, which are part of the goal of health for all by the year 2000, with the strategy of primary care;

Recognizing that the technical cooperation activities of the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (PANAFMOSA) are an important part of the aims and strategies contained in the Plan of Action for implementation of the Regional Strategies;

Considering that the close interaction between the technical cooperation programs of PANAFTOSA and those of the other units of PAHO's Special Program for Animal Health has resulted in the formation of a valuable pool of international resources to serve the countries;

Taking into account Resolution XXVI of the XXVI Meeting of the Directing Council, and bearing in mind the desire expressed by the Ministers of Agriculture during the XII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control that PANAFTOSA should remain part of PAHO;

Aware that the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), the Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture (IICA), the International Office of Epizootics, and other international agencies conduct animal health and production programs;

Recognizing the value of international cooperation in matters of animal health; and

Mindful of the views expressed by the Member Governments in this Conference,

RESOLVES:

1. To request the Director to endeavor, in consultation with the appropriate international agencies (FAO, IICA, etc.) and in accordance with the program priorities and needs of the Member Governments, to expand the technical cooperation services performed for the countries in matters of animal health and veterinary public health, and in so doing to avoid duplication of effort.

2. That the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center shall remain a regular program of PAHO.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presente las repercusiones de las actividades de salud animal en la salud humana y en el desarrollo socioeconómico y, por lo tanto, en la atención primaria de salud;

Consciente de la particular importancia que tiene el armonizar con la estrategia de atención primaria las actividades de salud animal que forman parte de la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo que las actividades de cooperación técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) constituyen parte importante de los objetivos y estrategias del Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales;

Teniendo en cuenta que la interacción de los programas de cooperación técnica de PANAFTOSA y los de otras unidades del Programa Especial de Salud Animal de la OPS ha dado lugar a una valiosa integración de recursos internacionales al servicio de los países;

Vista la Resolución XXVI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo y teniendo presente el deseo expresado por los Ministros de Agricultura en la XII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis de que PANAFTOSA siga formando parte de la OPS;

Enterada de que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), la Oficina Internacional de Epizootias y otros organismos internacionales tienen programas de salud y producción animal;

Reconociendo el valor de la cooperación internacional en materia de salud animal, y

Teniendo en cuenta las opiniones expuestas por los Gobiernos Miembros en la presente Conferencia,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que, en consulta con los organismos internacionales correspondientes (FAO, IICA, etc.) y de acuerdo con las prioridades y necesidades programáticas de los Gobiernos Miembros, trate de ampliar los servicios de cooperación técnica prestados a los países en materia de salud animal y de salud pública veterinaria, evitando la duplicación de esfuerzos.

2. Que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa se mantenga como un programa regular de la OPS.

Mr. INGLIS (Canada) proposed that operative paragraph 2 of the proposed resolution should be replaced by the words "To request that the Director conduct a joint PAHO/IICA study to identify the financial, program, membership, and administrative implications associated with the proposal to transfer PANAFTOSA from PAHO to IICA and to report back to the XXIX Meeting of the Directing Council."

El Dr. BALAGUER (Uruguay) manifiesta que la modificación propuesta por el Delegado del Canadá cambia sustancialmente el sentido del proyecto de resolución presentado por la Delegación del Uruguay y apoyado por varias delegaciones. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que el tema ya se ha discutido en una sesión precedente, no puede aceptar la enmienda propuesta por el Delegado del Canadá.

El Lic. LARREA DONOSO (Ecuador) apoya el texto propuesto por la Delegación del Uruguay. La enmienda propuesta por el Delegado del Canadá no se justifica, simplemente porque la parte dispositiva del proyecto de resolución es lo bastante completa como para llegar a la conclusión de que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa debe permanecer bajo la dirección de la OPS. En el caso de que se procediese a una votación, la Delegación del Ecuador votaría en favor del proyecto de resolución propuesto por la Delegación del Uruguay.

El Dr. ROLDAN (Colombia) dice que la posición oficial de su Gobierno es la de que el Centro debe seguir formando parte de un programa regular de la OPS, por lo que apoya el proyecto de resolución presentado por el Delegado del Uruguay y rechaza la enmienda propuesta por la Delegación del Canadá.

El Dr. PONCE DE LEON (Perú) declara que su Delegación apoya el proyecto de resolución propuesto por la Delegación del Uruguay y no acepta la enmienda propuesta por el Delegado del Canadá. En caso de que se procediese a votación, la Delegación del Perú votaría en favor del proyecto de resolución original.

Mr. PAHALAN (Guyana) said that his Delegation also supported the proposed resolution submitted by Uruguay. Nevertheless, he had a few amendments to propose. In the first line of operative paragraph 1 the word "endeavor" should be replaced by the words "develop the policy," and in the fourth line of the same paragraph the words "to expand the technical cooperation services performed for" should be replaced by the words "aimed at maximizing the horizontal cooperation of agencies serving." A third paragraph should be added thanking countries and international organizations for supporting the Center, particularly the Government of Brazil for its valuable and continued contribution to its operation.

El Lic. CABRERA (México) estima que la enmienda propuesta por el Delegado del Canadá no prejuzga los resultados del estudio ni parece obedecer a ninguna motivación determinada, sino que tiene un carácter muy amplio.

Teniendo en cuenta la solicitud del IICA, así como el hecho de que los ministros de agricultura allí reunidos manifestaron el deseo de participar en el estudio con miras a una mayor coordinación, para evitar duplicaciones y conseguir que los países puedan beneficiarse al máximo de las actividades del Centro, la Delegación de México estima que convendría realizar el mencionado estudio.

En el caso de que la propuesta formulada por el Delegado del Brasil fuese aceptada, la Delegación de México sugeriría que en el estudio se incluyese el tema de la composición del Centro.

O Dr. BICA (Brasil) recorda, que na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1978, o Brasil lançou a idéia de transferir o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa para uma organização internacional mais vinculada com suas atividades. Sem desmerecer as atividades do Centro, aliás inteiramente apoiadas teórica e materialmente pelo Governo do Brasil, impõe-se sua transferência para uma esfera que lhe seja mais apropriada, a fim de evitar duplicação de esforços.

Justifica sua tese de duplicação de esforços, assinalando que a febre aftosa, problema agrícola e econômico, é investigada no âmbito da OPAS, mas combatida, controlada ou, se se quiser, erradicada no âmbito dos ministérios da agricultura. Por essa razão, concorda com a proposta do Canadá no sentido de que o estudo da localização do Centro seja realizado com extremo cuidado, a fim de não prejudicar o valioso trabalho até agora realizado pelo mesmo.

Mr. BOYER (United States of America) agreed with the Delegate of Mexico that the Canadian amendment did not prejudice the outcome of the study. Everyone agreed that the Center had done outstanding work, that it was necessary, and that it ought to continue operating in the best possible way. It was clear that the Center was primarily an agricultural concern with only a minimal relationship to the problems of human health, which were the main concern of PAHO. Yet, whenever consideration had been given to the possibility of transferring the Center from PAHO to another organization such as IICA, concern had been expressed about whether there would be enough money to continue to operate the Center in the same manner in which it was operated at PAHO and whether the personnel of the Center would have their rights and privileges damaged by the transfer.

The answers to many of those questions were unknown, and the argument was therefore taking place in a vacuum. To request that a study of those matters be undertaken was quite an innocent proposal. It would not be surprising if the study found that the Center should remain with PAHO, although it could well find that it would function better if attached to IICA. In any case, it ought to be possible to find some language that would permit those questions to be asked and enable the Directing Council, at its 1983 Meeting, to consider the matter on a more factual and dispassionate basis.

Le Dr. BROUELLE (France) rappelle que sa délégation appuie le maintien du Centre, en raison de l'importance des problèmes qu'il traite et des améliorations qui peuvent en résulter; elle n'est cependant pas fixée quant à son appartenance à l'Organisation Pan-américaine de la Santé, du moment que la qualité de son travail n'en est pas affectée. Le Dr. Brouelle reconnaît que l'on ne dispose pas de beaucoup de données permettant de déterminer si la qualité et l'intensité du travail seraient affectées par un transfert. A son avis, l'idée exprimée par la délégation canadienne pour la réalisation d'une étude est bonne, car elle permettrait de déterminer si, les activités du Centre seraient affectées ou non par le transfert, et d'en calculer les incidences financières, étant entendu que l'idée exprimée par la délégation canadienne ne préjuge d'ailleurs pas du résultat final.

El Lic. LARREA DONOSO (Ecuador) se refiere a los dos últimos párrafos del preámbulo del proyecto de resolución y recuerda que los Ministros de Agricultura, en el marco de la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial sobre Control de la Fiebre Aftosa y otras

Zoonosis, manifestaron el deseo de que PANAFTOSA siguiera formando parte de la OPS. Si se introdujesen enmiendas al proyecto de resolución mencionado, habría que reconsiderar los dos párrafos citados.

O Dr. FERNANDES (Chefe, Programme Especial de Saúde Animal) informa ao Delegado do Equador que tal como consta em documento oficial da OPAS, os ministros de agricultura aprovaram por unanimidade uma resolução em que solicitavam ao Conselho Diretor a reconsideração da resolução aprovada em Grenada, porquanto estavam de acordo em que o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa deveria permanecer na esfera da Organização.

O Dr. BICA (Brasil) observa que a Conferência Sanitária Pan-Americana reúne ministros de saúde, e não de agricultura, e que compreende o interesse destes últimos em que o Centro Pan-Americano de Febre aftosa seja mantido na esfera da saúde, já que assim os órgãos de que são titulares não arcam com qualquer despesa de investigação do problema.

Ressalta, porém, que pela mesma razão, não se pode alegar que deveria caber aos ministérios de agricultura a responsabilidade pelo programa de erradicação do Aedes aegypti, por não se tratar de problema da alçada de suas pastas.

A questão consiste, portanto, em que cada setor reconheça e aceite as responsabilidades que lhe competem, e que não cabe aos órgãos de saúde resolver problemas agrícolas.

Dr. MORAN (Observer, Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture) informed the Committee that in 1980, under the new Convention of the Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture, the Ministers of Agriculture had become IICA's Board. In mid-September 1982 the Representatives and Ministers of Agriculture, at the Executive Committee Meeting held in San José, Costa Rica, had adopted a resolution expressing support for the joint IICA/PAHO study.

The SECRETARY noted that the Committee had two amendments before it, one by Canada and the other by Guyana, and that under the Rules of Procedure the amendment farthest removed, as proposed by Canada, should be voted on first.

Mr. BOYER (United States of America) said that many of the previous speakers had seemed to be supporting the idea that the Canadian amendment was a relatively harmless one designed only to produce some facts. He wondered therefore whether the sponsor and supporters of the original proposed resolution would be willing to accept it. A vote would thus be avoided.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) reitera que, a juicio de su Delegación, la enmienda propuesta no es tan "inocente" como dice el Delegado de los Estados Unidos de América, ya que se trata de un estudio de prefactibilidad, que se solicita efectúe el Director.

Refiriéndose al tema de la duplicación de esfuerzos mencionado por algunos delegados, el orador cita algunos ejemplos de colaboración realizados en su país. Uno de ellos es la actuación conjunta del Ministerio de Agricultura y Pesca y del Ministerio de Salud Pública que, a través de pequeños grupos de trabajo que funcionan en ambos Ministerios, intervienen en los programas de hidatidosis, que en realidad son de la competencia del Centro Panamericano de Zoonosis. Lo mismo ocurre con las actividades de fiebre aftosa, en las que esos dos Ministerios realizan programas de salud pública en las zonas rurales del país. Todo ello entra dentro del espíritu de coordinación intersectorial, tan promovido por la Organización que hace que, en vez de duplicarse los esfuerzos, se racionalicen y se concentren los recursos.

El Lic. LARREA DONOSO (Ecuador) dice que del estudio realizado en su país sobre las actividades del Centro se deduce que funciona de manera encomiable. Además, en el preámbulo del proyecto de resolución se menciona la relación existente entre las actividades

del Centro y la atención primaria de salud, por una parte, y la consecución de la salud para todos en el año 2000, por otra parte.

Por lo tanto, al no tener nada que reprochar a la marcha del Centro, la Delegación del Ecuador propone que se mantenga en la situación actual, es decir dentro de los programas de la OPS, sin perjuicio de que más adelante pudiera efectuarse un estudio más detallado. Quizá estos últimos términos pudiesen ser incluidos por la Delegación del Uruguay en el proyecto de resolución por ella propuesto.

El PRESIDENTE dice que se ha presentado una nueva propuesta en el sentido de que, si bien el Centro seguiría dependiendo de la OPS, podría realizarse posteriormente un estudio, a cargo de la OPS y del IICA, para determinar la conveniencia de un traspaso del mismo.

O Dr. BICA (Brasil) afirma não haver sugerido qualquer modificação no estudo, e sim, no seu ritmo. Até que o estudo demonstre de maneira cabal a questão da localização do Centro em esfera mais apropriada, este manter-se-á como até agora, sem ser afetado.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) estima que, al hablar de estudios de factibilidad, o de transferencias, etc., conviene ser precisos en la terminología. Es indispensable que la política de la OSP respecto de los centros regionales sea clara, como así se ha expresado en los diferentes estudios de evaluación realizados últimamente.

Por lo tanto, el orador manifiesta que puede añadirse un párrafo al proyecto de resolución en el sentido de que se continuará el procedimiento de evaluación de los centros, en la forma actual o con nuevos métodos, formulándose recomendaciones en cuanto al funcionamiento y a la ubicación.

El Dr. TERCERO-TALavera (Nicaragua) apoya la propuesta del Delegado del Ecuador porque, a su juicio, incluye los dos puntos más importantes del debate: la permanencia del Centro en la OPS y la realización de ulteriores estudios sobre las actividades del Centro. Además de contar con el apoyo de muchos delegados en la presente sesión, coincide con el punto de vista de los Ministros de Agricultura.

El PRESIDENTE dice que la propuesta de la Delegación del Ecuador ha sido aceptada por el Delegado del Uruguay y posteriormente apoyada por la Delegación de Nicaragua. Teniendo en cuenta que, al mismo tiempo, recoge los puntos de vista de las Delegaciones de México y de los Estados Unidos de América, quizá las Delegaciones del Canadá y del Brasil pudieran aceptar la última propuesta.

Mr. INGLIS (Canada) said that he was hopeful that the Committee would be able to reach a compromise that would recognize the anomaly involved in a health organization sponsoring a foot-and-mouth disease center. There seemed to be a great deal of concern that, by conducting a study, the Committee would prejudge the issue. Nevertheless, it was clear from the Representative of IICA that the Ministers of Agriculture wished such a joint study to be made, and it would be extraordinary if the Committee rejected such a request. As far as the proposal made by the Delegate of Ecuador and supported by the Delegate of Uruguay was concerned, he would have to see the proposed wording before he could agree to it.

It was necessary to look at all the implications and to ask very clearly whether PANAFTOSA was located in the best multilateral agency for its own good. The Delegate of the host Government, Brazil, had summed up the issue very well. He himself was doubtful whether under the present arrangements the best international cooperation was being achieved, since he had before him letters written to the Minister of Agriculture of Canada from the Director-General of IICA expressing some concern regarding cooperation between IICA and PAHO. He hoped that no formal vote would be needed and he was ready to sit down

with anyone whom the Chairman chose to designate in order to work out a compromise. Nevertheless, he still believed that the work on foot-and-mouth disease was being prejudiced by being done outside the agricultural sector.

El PRESIDENTE da lectura al texto de la propuesta del Delegado del Ecuador, apoyada por Nicaragua y aceptada por el Uruguay. El texto dice así: "Supeditaré la consideración del Uruguay a la propuesta del párrafo 2 del proyecto de resolución el que, sin modificar lo resuelto en la propuesta, se añada como solución conciliatoria la recomendación al Director de que se realice un estudio sobre las repercusiones que podría tener la transferencia del Centro, lo cual podría ser resuelto en el futuro".

Teniendo en cuenta lo avanzado de la hora, la Presidencia propone que las Delegaciones del Canadá, Guyana, Ecuador, Brasil y México se reúnan durante el día y preparen un nuevo proyecto de resolución, en el que se concilien todas las propuestas formuladas, que pueda ser presentado en una próxima sesión.

O Dr. BICA (Brasil) declara que envidará o máximo esforço para fazer parte da Comissão.

The session rose at 12:45 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:45 p.m.

COMMITTEE A
COMISION A

EIGHTH SESSION
OCTAVA SESION

Monday, 27 September 1982, at 2:30 p.m.
Lunes, 27 de septiembre de 1982, a las 2:30 p.m.

Chairman pro tempore:
Presidente pro tempore:

Dr. Alfredo Arreaza-Guzmán

Venezuela

The SECRETARY announced that, since neither the Chairman nor the Vice-Chairman could be present, it would be necessary to elect an official to officiate pro tempore at the afternoon session. He proposed Dr. Arreaza-Guzmán of Venezuela, but would welcome any other proposals. There being none, he asked Dr. Arreaza-Guzmán to take the chair.

Dr. Arreaza-Guzmán took the chair.
El Dr. Arreaza-Guzmán ocupa la Presidencia.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

ITEM 23: FIVE-YEAR REGIONAL PLAN OF ACTION ON WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT. PROGRESS REPORT (conclusion)
TEMA 23: PLAN QUINQUENAL REGIONAL DE ACCION SOBRE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO. INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS (conclusión)

El PRESIDENTE expresa su agradecimiento por el honor que se le confiere al nombrarle para presidir la Comisión A y espera hacerlo tan bien como lo han hecho sus predecesores, el Delegado de la Argentina y el de la República Dominicana. Luego procede a dar la palabra al Secretario para que explique algunos puntos en relación con las tareas de la Comisión.

The SECRETARY said that, the agenda for Committee A included the consideration of four pending resolutions. That relating to item 36, proposed at the morning session by the Delegation of Canada, would be circulated within a few moments. That relating to *Aedes aegypti* (item 18) was also in preparation and would be distributed as soon as both English and Spanish versions were ready. He urged the members to reach a consensus on the resolution relating to item 22 (Pan American Foot-and-Mouth Disease Center) as soon as possible so that it could be considered at the current session. He suggested that the session begin with the resolution relating to Women in Health and Development (Item 23), of which copies had been distributed to all the Delegations present.

El PRESIDENTE pregunta si hay alguna observación al respecto y como no hay ninguna, pide a la Relatora que lea la resolución en cuestión.

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution (A-PR/8):

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recognizing the importance of integrating the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development into the Regional Plan of Action to implement the strategies to achieve the goal of health for all by the year 2000;

Acknowledging the progress which has been made in some countries but that information on women in health and development is still scarce and that many activities are in the planning stages;

Mindful of the need for each country to establish a mechanism to coordinate the implementation of activities and collect information on women in health and development at the intersectoral level;

Bearing in mind the urgent need to improve the situation of women in health and development;

Recognizing the value of fellowships as a tool for professional development, and the underrepresentation of women as recipients of the same;

Noting that some progress has been made by the Secretariat in institutional strengthening, training, and recruitment of women to professional posts within the Organization; and

Renewing its commitment to the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development,

RESOLVES:

1. To thank the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development for its work in monitoring and reporting on the progress made, and for the cooperation of the PASB (Document CSP21/15).

2. To recommend that Member Governments:

- a) Establish, in each country, a focal point for women in health and development to coordinate related intersectoral activities;
- b) Establish mechanisms for the regular collection of information required to monitor and evaluate the progress made and to submit this information to the Secretariat as requested;
- c) Incorporate the special health needs and requirements of women into ongoing activities without creating new programs focused solely on women, and to incorporate activities of the Five-Year Regional Plan of Action into national health and development strategies and plans;
- d) Develop and implement national policies to provide for the health and well-being of working women and their dependents, especially for those women employed in unregulated sectors of the economy;
- e) Enhance training opportunities for women, especially in sectors professional in which they are underrepresented, with particular reference to the PAHO fellowship program;
- f) Ensure equal opportunities for women in recruitment and selection to professional and senior management positions;
- g) Encourage and promote the interchange among countries of results of activities carried out in connection with the Five-Year Regional Plan of Action.

3. To request that the Director:

- a) Encourage and support activities at regional, Area, and national levels for the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action;
- b) Intensify efforts to obtain and channel funds in support of activities related to women in health and development;

- c) Review the mechanisms and human resources needed for the effective coordination and implementation of activities related to the Five-Year Plan of Action and strengthen these where indicated to ensure successful achievement of the goals;
- d) Develop a simplified, uniform methodology for compiling national and regional information on progress made toward reaching the goals of the Five-Year Plan;
- e) Support the continued coordination of activities with other organizations in the Inter-American and United Nations Systems, and other women's organizations;
- f) Strengthen efforts for the recruitment and selection of women for senior professional and managerial posts and further develop the leadership potential and a technical skills of women within the Organization;
- g) Promote the greater use of fellowships by Member Governments for the development and training of women;
- h) Convene the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development immediately preceding the meeting of the Executive Committee to monitor and evaluate the progress achieved in the implementation of the Five-Year Regional Plan, and to meet again immediately following the meeting of the Directing Council or Sanitary Conference to follow-up on relevant decisions taken during the meeting, and review the achievements of the year.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo la importancia de integrar el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo en el Plan Regional de Acción para la instrumentación de las estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo el progreso alcanzado en algunos países pero que la información sobre la mujer en la salud y el desarrollo es aún escasa y que muchas actividades se encuentran en la fase de planificación;

Consciente de la necesidad de que cada país establezca un mecanismo para coordinar la ejecución de actividades y acopiar información sobre la mujer en la salud y el desarrollo a nivel intersectorial;

Habida cuenta de la urgente necesidad de mejorar la situación de la mujer en la salud y el desarrollo;

Reconociendo el valor de las becas como una herramienta para el desarrollo profesional, y la baja representación de las mujeres como beneficiarias de las mismas;

Reconociendo que se ha alcanzado algún progreso por la Secretaría en el fortalecimiento de la capacidad institucional, en la capacitación y en el reclutamiento de mujeres para puestos profesionales en la Organización, y

Reiterando su adhesión al cumplimiento del Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo,

RESUELVE:

1. Dar las gracias al Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo por el trabajo realizado en el seguimiento e información sobre la marcha de las actividades y por la cooperación de la OSP (Documento CSP21/15).

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que:

- a) Designen un punto focal para la mujer en la salud y el desarrollo en cada país que coordine las actividades intersectoriales pertinentes;
- b) Establezcan un mecanismo para recopilar regularmente los datos que hagan falta a fin de vigilar y evaluar los progresos que se realicen, y que suministre esa información a la Secretaría cuando se solicite;
- c) Incorporen las necesidades y requisitos especiales de salud de la mujer a las actividades en curso, sin establecer nuevos programas destinados exclusivamente a la mujer, y que incorporen las actividades del Plan Quinquenal de Acción a las estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo;
- d) Formulen y apliquen políticas nacionales acordes con la salud y bienestar de la mujer que trabaja y sus dependientes, especialmente aquellas que trabajan en sectores no regulados de la economía;
- e) Den mayores oportunidades a la mujer para formación profesional, especialmente en sectores donde está poco representada, con especial referencia al programa de becas de la OPS;
- f) Aseguren la igualdad de oportunidades para mujeres en el reclutamiento y selección a puestos profesionales y cargos directivos;
- g) Alienten y promuevan al intercambio entre países acerca de los resultados de las actividades llevadas a cabo en relación con el Plan Quinquenal de Acción.

3. Pedir al Director que:

- a) Aliente y apoye las actividades regionales, de Área y nacionales para la ejecución del Plan Quinquenal de Acción;
- b) Intensifique los esfuerzos para obtener y canalizar fondos en apoyo de las actividades relacionadas con la mujer en la salud y el desarrollo;
- c) Revise los mecanismos y recursos humanos necesarios para la coordinación y el cumplimiento efectivo del Plan Quinquenal de Acción y fortalecerlo cuando convenga, para asegurar el exitoso cumplimiento de sus objetivos;
- d) Desarrolle una metodología simplificada y uniforme para recopilar la información nacional y regional sobre el progreso para alcanzar los objetivos del Plan Quinquenal de Acción;
- e) Apoye la coordinación continua de actividades con otras organizaciones de los Sistemas Interamericano y de las Naciones Unidas, y con otras organizaciones femeninas;
- f) Intensifique los esfuerzos para reclutar y seleccionar mujeres para cargos de alto nivel, profesionales y administrativos, y desarrollar más las potencialidades de liderazgo y las habilidades técnicas de la mujer dentro de la Organización;
- g) Promueva un mayor uso de las becas entre los Gobiernos Miembros, para el desarrollo y adiestramiento de mujeres;
- h) Convoque una reunión del Subcomité Especial del Comité Ejecutivo sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo inmediatamente antes de la que celebre el Comité

Ejecutivo, con el fin de vigilar y evaluar los progresos realizados en el cumplimiento del Plan Quinquenal Regional, y convocar otra reunión que siga inmediatamente a la del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria para dar seguimiento a las decisiones apropiadas que estos órganos hayan adoptado y examinar los logros alcanzados en el curso del año.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The SECRETARY suggested that one of the members of the working group that had drafted Resolution A-PR/8 might explain whether the time when the Special Subcommittee should meet (operative paragraph 3 h) meant the Meeting of the Executive Committee immediately following the present Conference, or the 90th Meeting in June 1983.

Mr. INGLIS (Canada) said he believed that the earlier resolution stated that the Subcommittee should meet twice a year. He wondered incidentally whether the proper name was "Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development" or "Special Subcommittee on Women in Health and Development."

El Dr. BORGONO (Presidente, Comité Ejecutivo) cree que se llama el Subcomité del Comité Ejecutivo. Agrega que no va a haber muchos progresos entre junio y septiembre, época en que tienen lugar las dos reuniones y que no tiene objeciones personales a que haya dos reuniones. Lo que se hacía antes era reunirse en febrero, o quizá en enero, para que hubiera una diferencia de por lo menos seis meses, la que daba tiempo suficiente para que se produjera alguna modificación, o algún progreso digno de evaluarse.

El Dr. Borgono añade que no se trata de consecuencias financieras, sino de una utilidad real y que se puede redactar de alguna otra manera el párrafo en el sentido de que existan dos reuniones, una inmediatamente antes del Comité Ejecutivo, que es la tradicional, y otra en la fecha que el Director estime conveniente.

El PRESIDENTE señala que el problema está en que la resolución ya fue aprobada en la forma que se leyó y que los delegados no hicieron ninguna observación. La idea del Dr. Borgono le parece lógica, pero lamentablemente no habló en el momento en que se solicitó la opinión de todo el Comité. Cree que la resolución puede mejorarse sin necesidad de introducir cambios de fondo.

Dr. KEY (United Kingdom) explained that the Subcommittee had simply taken operative paragraph 3 h) straight from the recommendations of the Executive Committee and had incorporated it as it stood, in the belief that the text conveyed the wishes of the Subcommittee as to the scheduling of its meetings.

El PRESIDENTE observa que la Delegada del Reino Unido ha señalado muy bien el problema. Sería preferible dar el texto por aprobado así como está, y si hay alguna modificación, se podría introducir luego en la plenaria. Lo que sería deseable es que se llevara ya el texto escrito para evitar mayores problemas en la plenaria.

El proyecto de resolución relativo a la transfusión de sangre no está terminado pero, para aprovechar el tiempo, sería conveniente que se reunieran los miembros de la comisión encargada de compatibilizar los criterios en relación con PANAFITSA. Para ello disponen de 30 minutos.

The session was suspended at 3:15 p.m. and resumed at 4:00 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:15 p.m. y se reanuda a las 4:00 p.m.

El PRESIDENTE comunica a los asistentes que la comisión encargada de conciliar los diversos textos relacionados con el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa no pudo ponerse de acuerdo y que por lo tanto las distintas proposiciones se someterán a votación de

conformidad con las indicaciones dadas por el Presidente en la sesión de la mañana. Por el momento pide a la Relatora que proceda a la lectura del proyecto de resolución sobre el Aedes aegypti.

ITEM 18: STUDY OF THE AEDES AEGYPTI PROBLEM (conclusion)
TEMA 18: ESTUDIO DEL PROBLEMA DEL AEDES AEGYPTI (conclusión)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having studied the Final Report of the Meeting of the Technical Group on Aedes aegypti, Dengue, and Yellow Fever (Document CSP21/22);

Considering the Regional Plan of Action for the implementation of the Regional Strategies for health for all by the year 2000, with particular reference to those activities relating to the control of vector-borne diseases;

Considering the present status of the program for the eradication of Aedes aegypti in the Americas and the serious problems of reinfestation plaguing many of the countries;

Considering that the risk of urbanization of jungle yellow fever and the aggravation of the dengue situation in the Americas—given the increase in virus activity in many countries, the spread of the disease to new areas, the appearance of the hemorrhagic form with the occurrence of fatal cases—pose serious threats to the Hemisphere; and

Bearing in mind that the decision taken by the Directing Council at its I Meeting (1947) is still in effect,

RESOLVES:

1. To maintain the present policy for eradication of Aedes aegypti from the Hemisphere and to recommend to the Governments of the countries and territories still infested by the vector that they take appropriate measures to remove the financial and administrative difficulties that may be hindering the progress of their programs, and that they give such priority as is necessary to the allocation of funds, personnel and materials for the completion of those programs.

2. To ask the Director to take all appropriate measures to promote and support national, subregional and regional activities as specified in the areas of action for the eradication of the vector of urban yellow fever (item 1.1.4 B.3 of the Plan of Action).

3. To recommend to the countries and territories already free of Aedes aegypti that they step up their surveillance efforts with a view to the early detection of any manifestation and to its elimination before it spreads.

4. To request the countries that had succeeded in eradicating Aedes aegypti and have later been reinfested to take every appropriate measure to eradicate the vector.

5. To recommend that countries still infested give the necessary priority to the implementation of measures which prevent exportation of the vector to other countries, at least increasing surveillance and control efforts based on epidemiological knowledge of local situations.

6. To recommend to the Director that he take all appropriate measures to intensify and accelerate the Hemisphere-wide campaign for the eradication of Aedes aegypti so that the goal of elimination of the vector may be attained as quickly as possible.

7. To recommend to each Government, considering that the general goal of eradication will not be reached by all the countries in the Region in the short run, and in view of the danger of fresh dengue epidemics and the threat of urbanization of yellow fever, that it draw up an emergency plan to inventory the resources available in neighboring countries and a plan of operations for implementation in the event of an epidemic.

8. To recommend that the countries assist each other either directly or through the Pan American Sanitary Bureau, by means of bilateral loans and grants and the provision of equipment and materials, and with technical advisory services to vector eradication.

9. To thank the scientists of the meeting in Mérida for their study and evaluation of the present situation of Aedes aegypti, dengue, and yellow fever and take note of their recommendations.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe final de la Reunión del Grupo Técnico sobre Aedes aegypti, Dengue y Fiebre Amarilla (Documento CSP21/22);

Considerando el Plan de Acción Regional para la instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, con particular referencia a las actividades relativas al control de las enfermedades transmisibles por vectores;

Considerando la actual situación del programa de erradicación de Aedes aegypti en las Américas y los graves problemas de reinfestación con que se enfrentan numerosos países;

Considerando que el riesgo de que la fiebre amarilla selvática se convierta en urbana y la agravación de la situación en cuanto a dengue en las Américas--vista la recrudescencia de la actividad del virus en muchos países, la extensión de la enfermedad a nuevos territorios y la manifestación de la forma hemorrágica de esta, con los consiguientes casos mortales--constituyen una grave amenaza para el Hemisferio, y

Habida cuenta de que sigue en vigor la decisión de la I Reunión del Consejo Directivo (1947),

RESUELVE:

1. Mantener la actual política de erradicación de Aedes aegypti en el Hemisferio y recomendar a los Gobiernos de los países y territorios aún infestados por el vector que adopten las medidas necesarias para eliminar las dificultades de carácter económico y administrativo susceptibles de impedir el progreso de sus programas y que concedan la prioridad debida a la provisión de las consignaciones presupuestarias, el personal y los materiales imprescindibles para llevar a término dichos programas.

2. Pedir al Director que tome todas las medidas pertinentes para promover y respaldar las actividades nacionales, subregionales y regionales, tal como se especifica en las áreas de acción para la erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana (punto 1.1.4 B.3 del Plan de Acción).

3. Recomendar a los países y territorios ya exentos de Aedes aegypti que intensifiquen sus actividades de vigilancia para la detección precoz de cualquier manifestación y para eliminarla antes de que se extienda.

4. Pedir a los países que después de erradicar el mosquito Aedes aegypti hayan sido reinfestados que adopten todas las medidas apropiadas para eliminar el vector.

5. Recomendar a los países aún infestados que otorguen la prioridad necesaria a la aplicación de medidas que impidan la exportación del vector a otros países, al menos incrementando los esfuerzos de vigilancia y control a base del conocimiento de la situación epidemiológica local.

6. Recomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña continental de erradicación de Aedes aegypti, de manera que la meta de eliminación del vector pueda alcanzarse en el más breve plazo.

7. Recomendar a cada Gobierno, habida cuenta de que el objetivo general de erradicación no será alcanzado a corto plazo por todos los países de las Américas, así como el peligro de nuevas epidemias de dengue y la amenaza de urbanización de la fiebre amarilla, que prepare un plan de emergencia con un inventario de los recursos disponibles en los países vecinos y un plan de operaciones para el caso de que se produzca una epidemia.

8. Recomendar a los países que se ayuden recíprocamente, sea de manera directa o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante préstamos o subvenciones bilaterales y provisión de equipo y suministros, así como de asesoría técnica para los programas de erradicación del vector.

9. Dar las gracias a los científicos que se reunieron en Mérida para estudiar y evaluar la situación actual en lo que se refiere al Aedes aegypti, dengue y fiebre amarilla y tomar nota de sus recomendaciones.

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes la propuesta de suprimir en el párrafo 7 dispositivo las tres palabras referentes a "los países vecinos".

Decision: The proposed resolution as amended was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 36: BLOOD TRANSFUSION SERVICES (conclusion)

TEMA 36: SERVICIOS DE TRANSFUSION DE SANGRE (conclusión)

The RAPPORTEUR read the following proposed resolution:

THE XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Resolution WHA28.72 of the World Health Assembly (1975) and Resolution XVIII of the XXII International Conference of the Red Cross;

Conscious of the need for effective blood transfusion services for the achievement of the goal of health for all by the year 2000;

Expressing concern over the quality and availability of blood transfusion services in some developing countries of the Region and the lack of effective legislation governing the provision of such services;

Aware of the risk of transmitting disease through lack of effective controls and inadequate training of health personnel in the provision of blood transfusion services; and

Convinced that PAHO has the necessary technical and administrative capacity to coordinate cooperation among Member Countries for the development of safe and effective blood transfusion services,

RESOLVES:

1. To urge Member Countries to consider the control of blood transfusion services a priority item in their national strategies for health for all by the year 2000.

2. To set the year 1990 as the goal for achieving effective blood transfusion services in all countries of the Region, taking into consideration each Member Country's needs and capacity to provide such services.

3. To request the Director to:

- i) Seek the technical cooperation of the League of Red Cross Societies, the International Society of Blood Transfusion, and other international bodies concerned with the use of blood products in the provision of health care, to develop an appropriate methodology to evaluate Member Countries' needs and the methods of assistance required for the processing and control of blood and blood products and for the provision of effective blood transfusion services;
- ii) Assist smaller Member Countries to establish cooperative mechanisms for the provision of adequate and safe supplies of blood and other blood transfusion products;
- iii) Present proposals for the achievement of the goal of effective blood transfusion services by 1990 for the consideration of the XXIX Meeting of the Directing Council in 1983.

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vistas las Resoluciones WHA28.72 de la Asamblea Mundial de la Salud (1975) y XVIII de la XXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja;

Consciente de la necesidad de servicios eficaces de transfusión de sangre para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000;

Inquieta ante la calidad y la disponibilidad de los servicios de transfusión de sangre en algunos países en desarrollo de la Región y ante la falta de legislación efectiva sobre la prestación de dichos servicios;

Enterada del riesgo de transmisión de enfermedades por falta de control efectivo y adiestramiento insuficiente del personal de salud en la prestación de servicios de transfusión de sangre, y

Persuadida de que la OPS tiene la capacidad técnica y administrativa necesaria para coordinar la cooperación entre los Países Miembros en el establecimiento de servicios seguros y eficaces de transfusión de sangre,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Países Miembros la conveniencia de que consideren el control de los servicios de transfusión de sangre como atención prioritaria en sus estrategias nacionales de salud para todos en el año 2000.

2. Fijar el año 1990 como límite para el logro de la meta de establecimiento de servicios eficaces de transfusión de sangre en todos los países de la Región, habida cuenta de las necesidades y la capacidad de cada País Miembro en lo que respecta a prestación de esos servicios.

3. Pedir al Director que:

- i) Recabe la cooperación técnica de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y de otros organismos internacionales que se ocupan del uso de la sangre y los productos sanguíneos por

los servicios de salud en el establecimiento de una metodología apropiada para evaluar las necesidades de los Países Miembros y los sistemas de asistencia que requieren la elaboración y el control de la sangre y los productos sanguíneos, y la prestación de servicios eficaces de transfusión;

- ii) Se preste ayuda a los Países Miembros que lo necesiten para el establecimiento de mecanismos de cooperación en el suministro de sangre y productos sanguíneos inocuos y en cantidad adecuada;
- iii) Prepare propuestas para el logro de la meta de prestación de servicios eficaces de transfusión sanguínea de aquí a 1990, con el fin de presentarlas en la XXIX Reunión del Consejo Directivo en 1983.

El PRESIDENTE pone en consideración el proyecto de resolución leído y señala que en la traducción del inglés al español, el inciso ii del párrafo 3, hay una diferencia entre el español y el inglés. En el inglés dice "smaller Member Countries" y no está claro si se refiere a los países de menor desarrollo o de menor tamaño y en el español dice "a los Países Miembros que lo necesiten". Hay una sugerencia en el sentido de que se ponga "que se preste ayuda a los países más pequeños que lo necesiten para el establecimiento de mecanismos" con el fin de igualar el texto inglés y el texto español.

El Dr. SYMON (Chile) puntualiza que durante la mañana el Delegado del Uruguay planteó la conveniencia de separar la función de los bancos de sangre de la función de los laboratorios lo que concuerda con el párrafo 1 de las recomendaciones de esta resolución. Expresa que está de acuerdo con la moción del Delegado del Uruguay en el sentido de incorporar un párrafo 4 en el que se proponga la creación de un subcomité, o bien que en todo caso la OPS separe las funciones de los bancos de sangre de las de laboratorio.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) dice que está precisamente en consonancia con los párrafos 1 y 2 en que se citan la cooperación internacional y, en particular, la cooperación de la OPS con los países. Esos puntos están en un rubro que se denomina laboratorios. Vista la necesidad de que los servicios nacionales de sangre o los servicios de bancos de sangre, o como se denominan esos servicios en los diversos países, se desarrollen eficazmente, es por lo que se sugirió emprender un subprograma específico que sea de bancos de sangre, y que no esté incluido dentro de un programa genérico.

El Dr. BORGÑO (Presidente, Comité Ejecutivo) solicita que se le aclare la diferencia, para los fines de la OPS, ya que se aprobó la clasificación presupuestaria en la cual naturalmente si se introducen modificaciones no queda claro el criterio que procede seguir.

El Dr. Borgño sugiere que el asunto se plantee desde un punto de vista no demasiado general que pueda involucrar otros aspectos que han sido ya aprobados en forma diferente. Solicita al Dr. Balaguer que aclare este punto de vista para poder hacerlo lo más compatible posible con el proyecto de resolución.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) indica que no se le oculta que han sido aprobados el presupuesto y todos sus rubros con la apertura de créditos que corresponde. Agrega que esto más que nada aparecía en la parte resolutive instando al Director a que estudiara la factibilidad de iniciar un subprograma específico sobre bancos de sangre.

The SECRETARY felt that it might meet the point made by the Delegates of Chile and Uruguay if operative paragraph 3 i) were to be divided into two separate subparagraphs, the first ending with the words "provision of health care," to be followed by the remainder of the paragraph renumbered as subparagraph ii).

El Dr. BALAGUER (Uruguay) contesta que está de acuerdo con lo planteado por la Secretaría y que ese es el espíritu de lo que se pretendía lograr.

El Dr. PAGES (Cuba) hace una observación referente al inciso iii del párrafo 3 del proyecto de resolución con objeto de enriquecer el texto y proporcionar algunas pautas que faciliten el trabajo que tiene que desarrollar la Organización y que podría estar en consonancia directa con lo que plantea el documento entregado por la Secretaría o sea la propuesta de la Delegación del Canadá sobre este tema. Propone una adición específicamente ubicada a continuación de "servicios eficaces de transfusión sanguínea de aquí a 1990". La adición sería "donde se contemplen la determinación de una metodología apropiada para obtener los datos necesarios sobre el estado de los servicios de transfusión de sangre en los países de la Región, la evaluación de las necesidades de cada País Miembro y los posibles métodos apropiados de ayuda a los países para la creación de servicios conforme a sus necesidades y a sus capacidades"; por otra parte expresa su interés en saber si el hecho de que este asunto se vuelve a tratar en la próxima reunión del Consejo Directivo implica también que será revisado por el Comité Ejecutivo en su próxima reunión.

El PRESIDENTE especifica que tiene dos modificaciones sugeridas al proyecto: una propuesta por el Secretario y apoyada por el Delegado del Uruguay con la cual se dividiría simplemente el inciso del párrafo 3 de modo que se separara la parte de colaboración técnica de la del establecimiento de una cooperación internacional, y otra proposición del Delegado de Cuba en la cual se habla también de una metodología apropiada para evaluar, o sea que habría una repetición.

El Dr. PAGES (Cuba) responde que realmente en el aspecto referido específicamente al establecimiento de una metodología apropiada puede considerarse que hay repetición. Sin embargo, lo que le llama la atención es que sea la Secretaría quien debe trabajar en función de esa colaboración de la metodología y que no sabe hasta qué punto la cooperación técnica de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y de otros organismos internacionales podrían hacer realmente valioso este trabajo.

El PRESIDENTE cree que precisamente se solicita la ayuda de estas organizaciones con gran experiencia para que respalden a la Organización en el establecimiento de la metodología apropiada.

The SECRETARY suggested that it might facilitate the discussion if the subparagraphs of operative paragraph 3 were renumbered a), b), c) and d). If his suggestion, which had been supported by the Delegate of Uruguay, were accepted, the content of subparagraph b) would be similar to the point proposed for inclusion by the Delegate of Cuba.

El PRESIDENTE dice que se mantendría la alusión al uso de la sangre y los productos sanguíneos por los servicios de salud.

El Dr. PAGES (Cuba) expresa que la observación está clara y que no tiene ninguna objeción en este sentido. Considera la posibilidad de que el Comité Ejecutivo en su 90a Reunión analice este asunto.

El PRESIDENTE: desea que el Secretario o la Relatora expongan nuevamente cuál es el estado del proyecto de resolución para saber si los delegados están de acuerdo y si se puede someter a votación o aprobación.

Mr. INGLIS (Canada) said that, as sponsor of the proposed resolution and as the author of the document on the item, he was somewhat concerned by the proposal to divide that particular subparagraph into two parts. The need for cooperation from the League of Red Cross Societies, the International Society of Blood Transfusion and other international bodies had been stressed, and those organizations had responded with enthusiasm. He was therefore concerned the amendment might have as a consequence their not being involved in the development of an appropriate methodology.

The SECRETARY said that a possible solution might be to begin subparagraph b) with the words: "To develop, in cooperation with other international and national organizations, an appropriate methodology...."

El PRESIDENTE solicita al Secretario que vuelva a leer todo el párrafo 3, tal como quedaría redactado.

The SECRETARY pointed out that it would be necessary to insert the words "in need" following the words "Member Countries" in subparagraph c) so as to bring it into line with the Spanish text.

He then read the amended text of operative paragraph 3, taking into account the various suggestions made:

"3. To request the Director to:

- a) Seek the technical cooperation of the League of Red Cross Societies, the International Society of Blood Transfusion and other international bodies concerned with the use of blood products in the provision of health care;
- b) Assist smaller Member Countries in need to establish cooperative mechanisms for the provision of adequate and safe supplies of blood and other blood transfusion products;
- c) Present proposals for the achievement of the goal of effective blood transfusion services by 1990 for the consideration of the XIX Meeting of the Executive Committee and the XXIX Meeting of the Directing Council; and
- d) Develop, with other international and national organizations, an appropriate methodology to evaluate Member Countries' needs and the methods of assistance required for the processing and control of blood and blood products and for the provision of effective blood transfusion services."

El PRESIDENTE sugiere invertir el orden de los dos últimos incisos, poniendo el b) en lugar del c), y el c) en lugar del b), de modo que termine de manera más apropiada.

El Dr. PAGES (Cuba) dice que no está muy familiarizado con la terminología que se utiliza y pregunta si al decir "Países Miembros más pequeños", se está hablando en sentido territorial, poblacional, de alcance de los servicios o de los indicadores de salud.

El PRESIDENTE sugiere que se elimine "Países Miembros más pequeños" y que se utilice "países que lo necesitan".

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 22: PAN AMERICAN FOOT-AND-MOUTH DISEASE CENTER (conclusion)

TEMA 22: CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA (conclusión)

El PRESIDENTE indica que las Delegaciones de Canadá y de Guyana han presentado modificaciones para el proyecto de resolución A-PR/7 sobre este tema.

The SECRETARY said that the working party had been unable to reach agreement earlier in the afternoon on a resolution to present to the Committee. The Committee would, therefore, have to revert to consideration of the text proposed by the Delegation of Uruguay for proposed resolution A-PR/7, together with the amendments proposed by the Delegations of Canada and Guyana. A vote could then be taken on the amendment furthest

away from the original proposal--in the present instance the Canadian amendment--following which the Committee would vote on the amendment submitted by Guyana and then on the proposed resolution as a whole.

El Lic. LARREA DONOSO (Ecuador) agradece a la Presidencia la propuesta de reunión de un grupo de trabajo en un intento de conciliar las posiciones opuestas al proyecto de resolución propuesto por el Uruguay, y respalda plenamente este proyecto.

El PRESIDENTE hace notar la manera en que se va a proceder en la consideración del proyecto de resolución pendiente, sobre el tema 22, e indica que se discutirá primero la enmienda propuesta por el Canadá, por ser la más alejada del original, y después la enmienda propuesta por Guyana.

Mr. INGLIS (Canada) said he would refrain from commenting on the discussions aimed at reaching a consensus. He recalled that the amendment he had proposed at the previous session was to replace operative paragraph 2 by the following:

"2. To request the Director to conduct a joint PAHO/IICA study to identify the financial, program, membership, and administrative implications associated with the proposal to transfer PANAFOSA from PAHO to IICA and to report back to the XXIX Meeting of the Directing Council."

Speaking on a point of order, Mr. Inglis considered that his amendment should be given first consideration, as being the furthest removed from the original motion, and maintained his request that, in accordance with the Rules of Procedure and general custom, his amendment be voted upon first.

El PRESIDENTE somete a votación la enmienda propuesta por la Delegación del Canadá e indica el resultado de la misma: 9 votos a favor, 15 en contra y 0 abstenciones. Da la palabra al Delegado de Guyana para que lea su proyecto de resolución.

Mr. PAHALAN (Guyana) said that his Delegation supported the resolution proposed by the Delegation of Uruguay, with the following amendments: In operative paragraph 1, the word "endeavor" should be replaced by the words "develop a policy," and the last part of that paragraph beginning "To expand the technical cooperation..." should be replaced by the words "aimed at maximizing the horizontal cooperation of agencies serving the countries in matters of animal health and veterinary public health, and in so doing to avoid duplication of effort." He also proposed the addition of an operative paragraph 3, reading as follows: "To thank the countries and international organizations that are supporting the Center, and particularly the Government of Brazil, for their valuable and continued contribution to the Center."

El PRESIDENTE indica que se va a someter a votación primero la enmienda al párrafo 1 y luego una segunda votación acerca del nuevo párrafo sugerido por la Delegación de Guyana.

The RAPPORTEUR then read the proposed amended text of operative paragraph 1:

"1. To request that the Director in consultation with the appropriate international agencies (FAO, IICA, etc.) and in accordance with the program priorities and needs of the Member Governments, develop a policy aimed at maximizing the horizontal cooperation of agencies serving the countries in matters of animal health and veterinary public health, and in so doing to avoid duplication of effort."

El PRESIDENTE indica que está en consideración el párrafo leído por la Relatora.

Mr. BOYER (United States of America) felt that the language proposed was not entirely clear. However, it seemed to him that the original text, which requested the

Director to expand the technical cooperation services performed, had budgetary implications for the Organization which were inappropriate, since he felt that PAHO should not expand expenditures under the Regular Budget for animal health. Since the amendment submitted by the Delegate of Guyana deleted that wording, he would support it.

El Dr. PAGES (Cuba) manifiesta que, en su opinión, los términos que se utilizan en la redacción de la parte dispositiva del proyecto de resolución son perfectamente aceptables, ya que podrían ser útiles al analizar otras connotaciones de los aspectos presupuestarios.

El PRESIDENTE somete a votación el párrafo 1 de la parte dispositiva del proyecto de resolución.

Decision: The amended text of operative paragraph 1 of the proposed resolution was adopted by 10 votes in favor, 6 against, and 6 abstentions.

Decisión: Se aprueba el texto enmendado del párrafo 1 de la parte dispositiva del proyecto de resolución por 10 votos a favor, 6 en contra y 6 abstenciones.

El PRESIDENTE solicita a la Relatora que lea el nuevo párrafo 3 presentado por la Delegación de Guyana.

The RAPPORTEUR read the new proposed operative paragraph 3:

"3. To thank the countries and international organizations that are supporting the Center, and particularly the Government of Brazil, for their valuable and continued contribution to the operation of the Center."

Decision: The amended text of operative paragraph 3 was adopted by 23 votes in favor, 0 against, and 1 abstention.

Decisión: Se aprueba el texto enmendado del párrafo 3 por 23 votos a favor, 0 en contra y 1 abstención.

El PRESIDENTE pide a la Relatora que dé lectura a la parte dispositiva del proyecto de resolución, con los párrafos enmendados, para proceder a la votación del proyecto en su conjunto.

The RAPPORTEUR then read the text of the operative part, as amended, of the proposed resolution:

"1. To request that the Director, in consultation with the appropriate international agencies (FAO, IICA, etc.) and in accordance with the program priorities and needs of the Member Governments, develop a policy aimed at maximizing the horizontal cooperation of agencies serving the countries in matters of animal health and veterinary public health and in so doing to avoid duplication of effort.

2. That the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center shall remain a regular program of PAHO.

3. To thank the countries and international organizations that are supporting the Center, and particularly the Government of Brazil, for their valuable and continued contribution to the Center's operation."

Mr. INGLIS (Canada) stated that, since his Delegation felt that it was inconsistent, for reasons it had specified already, for the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center to remain a regular program of PAHO, he was unable to support operative paragraph 2 and would therefore vote against the proposed resolution as a whole.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted by 15 votes in favor, 2 against, and 6 abstentions.

Decisión: Se aprueba el proyecto de solución así enmendado por 15 votos a favor, 2 en contra y 6 abstenciones.

El Dr. CABRERA (México), como explicación de su voto, manifiesta que su Delegación se abstuvo de votar porque considera que se niega la oportunidad de hacer un estudio que analice si es conveniente o no que PANAFITOSA siga perteneciendo a la OPS, con objeto de evitar la duplicación de esfuerzos.

Mr. BOYER (United States of America) said that the United States Delegation had abstained from voting on the proposed resolution for precisely the reasons so well stated by the Delegate of Mexico.

El Dr. CASTAÑEDA (Guatemala) indica que su país se ha abstenido por los mismos motivos que México.

Le Dr. VERNEREY (France) s'abstient pour les mêmes raisons que le Mexique.

El Dr. GUEDEZ LIMA (Venezuela) dice que también se abstuvo por los mismos motivos.

Dr. MORAN (Observer, Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture) said that IICA shared much the same concerns as had been expressed by Delegations regarding the implication of the transfer of the Center to another international organization such as IICA. It would accordingly welcome a study for decision-making purposes, not for actual transfer. IICA had expressed interest in having an opportunity to acquaint itself with more details regarding any such possible transfer.

El Dr. BALAGUER (Uruguay) dice que el grupo de trabajo que se había reunido durante el receso deseaba lograr un proyecto de resolución congruente, y que de ninguna manera se oponía a que se llevara a cabo un estudio sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en el momento oportuno. Manifiesta que en lo que no estaba de acuerdo el grupo de trabajo era en que se suprimiera el párrafo 2 de la parte dispositiva del proyecto de resolución. El grupo hubiera deseado que la resolución tuviera un tercer párrafo en el cual se indicara la necesidad de realizar el estudio.

Mr. BOYER (United States of America) expressed the view that, in light of the comments made by the Representative of IICA and the Delegate of Uruguay, the Secretariat should not interpret the resolution just approved as precluding it from attempting to develop some useful information in cooperation with IICA. It seemed to him that a formal request from a Governing Body was not required before the Secretariat could enter into consultations with representatives from IICA with a view to evolving information useful to both Organizations.

El PRESIDENTE señala que se presentará un informe para que sea considerado el martes, 28 de septiembre, en sesión plenaria.

The session rose at 5:15 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:15 p.m.

HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

In 1977, the World Health Assembly decided that the main social target of the governments and of WHO should be the attainment by all people of the world by the year 2000 of a level of health that would permit them to lead a socially and economically productive life, that is, the goal popularly known as "health for all by the year 2000."

In 1978 the International Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, USSR) declared that, as a central function of the national health system and an integral part of economic and social development, primary health care was the key to achieving that goal. Subsequently, the governments committed themselves—at the global level at the World Health Assembly, and at the regional level at meetings of the PAHO Governing Bodies—to implement the resolutions adopted for attaining health for all. In the Americas the high point of these mandates was reached on 28 September 1981 when the Directing Council of PAHO approved the Plan of Action for implementing the regional strategies for health for all by the year 2000. These strategies had been approved by the Directing Council in 1980 (Resolution XX) and today constitute the basis of PAHO's policy and programming, and represent in addition the contribution of the Region of the Americas to the global strategies of WHO.

The Plan of Action approved by the Directing Council contains the minimum goals and regional objectives, as well as the actions governments of the Americas and the Organization must take in order to attain health for all. The Plan, continental in nature, is essentially dynamic and is addressed not only to current problems but also to those likely to arise from the application of the strategies and the fulfillment of regional goals and objectives. It also defines priority areas that will serve as a basis, in developing the program and the necessary infrastructure, for national and international action.

The exchange and dissemination of information constitutes one of the priority areas of the Plan of Action. PAHO's publication program—including periodicals, scientific publications, and official documents—is designed as a means of promoting the ideas contained in the Plan by disseminating data on policies, strategies, international cooperation programs, and progress achieved in collaboration with countries of the Americas in the process of attaining health for all by the year 2000.

Organización Panamericana de la Salud
 Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
 Organización Mundial de la Salud
 525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, E.U.A.



Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
 World Health Organization
 525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, U.S.A.